

FrancoAngeli

Collana diretta da Paolo Moderato

PRATICHE COMPORTAMENTALI E COGNITIVE

Raffaele Popolo
Giancarlo Dimaggio
Paolo Ottavi



La Terapia Metacognitiva Interpersonale di Gruppo (TMI-G) per i disturbi di personalità



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

PRATICHE COMPORTAMENTALI E COGNITIVE

Direzione: Paolo Moderato

Comitato Scientifico:

Roberto Anchisi (*Università degli Studi di Parma*),
Maurizio Cardaci (*Università degli Studi di Palermo*),
Roberto Cavagnola (*ANFFAS di Brescia*),
Rosalba Larcán (*Università degli Studi di Messina*),
Fabio Celi (*Università degli Studi di Parma*),
Giovambattista Presti (*Libera Università di Lingue e Comunicazione – IULM*),
Vincenzo Russo (*Libera Università di Lingue e Comunicazione – IULM*),
Gabriella Pravettoni (*Università degli Studi di Milano*),
Francesco Rovetto (*Università degli Studi di Pavia*).

La necessità e la richiesta sempre maggiore di psicoterapie brevi basate su evidenze (EBI) ha contribuito alla crescente diffusione delle terapie cognitive comportamentali (CBT). Tali terapie sono presenti nel mondo scientifico e professionale da 50 anni e hanno conosciuto importanti evoluzioni, pur mantenendo il forte radicamento nella visione scientifica della terapia.

La Collana si propone di presentare un panorama di queste buone “pratiche”, prima di tutto in ambito clinico; ma non solo in quello, data la versatilità dimostrata dal modello cognitivo comportamentale anche in ambito evolutivo, organizzativo e nella prevenzione.

Stanti con date, i volumi della Collana si rivolgono principalmente ai professionisti del settore, ma si ritengono utili anche a studenti in formazione e specializzandi.

Tutti i volumi della Collana vengono sottoposti a referaggio tra pari.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella homepage al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Raffaele Popolo
Giancarlo Dimaggio
Paolo Ottavi

La Terapia Metacognitiva Interpersonale di Gruppo (TMI-G) per i disturbi di personalità

FrancoAngeli

PRATICHE COMPORTAMENTALI
E COGNITIVE

Per accedere all'allegato online è indispensabile
seguire le procedure indicate nell'area Biblioteca multimediale
del sito www.francoangeli.it
registrarsi e inserire il codice EAN 9788835135739 e l'indirizzo e-mail
utilizzato in fase di registrazione

In copertina: Round chandelier © William Mahnken
by Dreamstime.com

Copyright © 2022 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione	pag.	9
Bibliografia	»	12
Introduzione	»	15
Complessità delle interazioni sociali e metacognizione	»	17
Pazienti e malfunzionamento metacognitivo	»	19
Perché la TMI in gruppo?	»	21
L'efficacia della TMI in gruppo: lo stato dell'arte	»	23
1. TMI-G background: i Sistemi Motivazionali Interpersonali	»	27
Introduzione	»	27
I Sistemi Motivazionali Interpersonali	»	29
I Sistemi Motivazionali Interpersonali in seduta	»	33
2. TMI-G background: la Metacognizione	»	35
La Metacognizione nei Disturbi di Personalità	»	35
La Metacognizione. L'Autoriflessività	»	41
La Metacognizione. La Comprensione della Mente Altri	»	46
La Metacognizione. La Mastery	»	47
3. TMI-G background: gli Schemi Interpersonali Maladattivi	»	51
Schemi Interpersonali Maladattivi	»	51
Lo Schema Interpersonale Maladattivo in TMI	»	53
Lo Schema Interpersonale Maladattivo nella clinica	»	55
4. TMI-G background: i cicli interpersonali	»	59
I cicli interpersonali	»	59
Attivazione di cicli interpersonali e mantenimento della patologia	»	61

5. TMI-G background: il coping	pag.	65
Il coping	»	65
Il coping nella clinica	»	67
Gli schemi di coping	»	68
6. La Terapia Metacognitiva Interpersonale di Gruppo (TMI-G)	»	72
Introduzione	»	72
Psicoeducazione	»	73
Il role play	»	76
Il role play nella TMI-G	»	78
7. La struttura del gruppo: i partecipanti	»	80
Il numero	»	80
Criteri di inclusione	»	80
Criteri di esclusione	»	82
8. La struttura del gruppo: i conduttori	»	84
I conduttori nel gruppo	»	84
Gli scambi tra i conduttori	»	85
Le caratteristiche dei conduttori	»	86
Le Metacomunicazioni	»	89
La regolazione emotiva in seduta	»	91
9. La struttura del gruppo: le regole	»	96
Incontri tra partecipanti	»	96
La composizione del gruppo	»	99
La partecipazione alle sedute	»	100
Trasgressione alle regole	»	102
TMI-G e il trattamento integrato del paziente grave	»	104
Comunicazione tra conduttori del gruppo e terapeuti individuali dei pazienti	»	105
10. Assessment	»	109
11. TMI-G: il protocollo. Gli incontri individuali	»	114
Prima seduta individuale	»	114
Seduta individuale intermedia	»	115
Terza seduta individuale	»	120
12. TMI-G: il protocollo. La seduta	»	121
La struttura della seduta per ciascun sistema motivazionale	»	121
La seduta 16	»	123

13. Il warm up	pag. 125
Come iniziare una seduta	» 125
Modulazione del clima emotivo	» 126
Come facilitare il dialogo	» 128
Un esempio	» 129
Warm up nella prima seduta	» 131
14. La parte psicoeducativa	» 133
Psicoeducazione: teoria	» 133
Psicoeducazione: presentazione di video	» 138
Psicoeducazione: discussione	» 140
15. Il break	» 151
16. La parte esperienziale: fase iniziale	» 153
Preparazione di un role play	» 153
Scrittura di un episodio autobiografico	» 154
Lettura degli episodi autobiografici	» 158
Difficoltà a scrivere l'episodio	» 160
17. La parte esperienziale: il role play	» 164
Scelta dell'episodio	» 164
La scelta degli attori	» 168
18. La parte esperienziale: lo svolgimento del role play	» 173
Il role play: prima seduta del SMI	» 173
Prima seduta del SMI: il role play reverse	» 177
Il ruolo degli osservatori nel role play	» 178
Discussione libera "a caldo"	» 178
Il role play della prima seduta di un SMI: un esempio	» 180
Il role play: seconda seduta del SMI	» 186
Il role play della seconda seduta di un SMI: un esempio	» 187
19. La parte esperienziale: la discussione	» 191
Caratteristiche generali della discussione	» 191
Discussione: prima seduta del SMI	» 193
Discussione: seconda seduta del SMI	» 199
20. La parte esperienziale: un esempio	» 203

21. La TMI-G con pazienti disregolati	pag. 216
Introduzione	» 216
Il paziente borderline nel gruppo	» 220
Il paziente borderline e il gruppo TMI-G	» 224
La TMI-G con i pazienti borderline	» 232
Bibliografia	» 239

Prefazione

È un grande onore per me scrivere un prologo a questo indispensabile manuale curato dal dottor Raffaele Popolo e dal suo team su una delle proposte terapeutiche più interessanti nell'attuale campo della psicoterapia per i disturbi di personalità (DP): la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI). L'utilità di questo trattamento psicoterapeutico integrato non è solo supportata da prove scientifiche sempre più copiose, ma anche dalla mia esperienza clinica quotidiana in un servizio pubblico di salute mentale in Spagna. Pertanto, collaborare, anche minimamente, alla presentazione di questo libro è un obbligo imprescindibile.

Negli ultimi decenni c'è stata una grande crescita e differenziazione dei trattamenti psicoterapeutici per i DP, motivo per cui l'attuale panorama teorico e applicativo è molto ricco e variegato. Tuttavia, per il clinico che ha la necessità di applicare i trattamenti in circostanze, contesti e pazienti "reali", questa grande varietà non solo non rappresenta un beneficio, ma genera anche un ulteriore mal di testa. È necessario sviluppare proposte integrate e flessibili, guidate da obiettivi veramente rilevanti per il paziente e le famiglie che richiedono il nostro aiuto.

I DP costituiscono uno dei problemi psicologici più peculiari, molto presenti nella pratica clinica e ancora oggetto di un profondo dibattito sulla propria natura e classificazione. Lo studio dei DP e la discussione sulla loro entità dimensionale iniziano con i primi autori rilevanti nella storia della psicopatologia come Pinel, Kraepelin o Schneider (Zachar, 2017). L'11^a Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce i DP come problemi nel funzionamento di alcuni aspetti del sé, o qualche tipo di disfunzione interpersonale, che persistono per un lungo periodo. Questa condizione clinica si manifesta in modelli di pensiero, espressione emotiva – comprese le risposte somatiche – e comportamento disadattivo in un'ampia varietà di situazioni personali e interper-

sonali. L'importanza oggettiva dei DP nel campo della salute mentale è indiscutibile, con dati di prevalenza per questi problemi nella popolazione generale dei paesi occidentali vicini al 13% (Volkert, Gablonski e Rabung, 2018). Allo stesso modo, la comorbilità tra i DP e altri tipi di disturbi è elevata, sia all'interno che all'esterno dello spettro dei DP. Un paziente su quattro nei servizi di assistenza primaria e uno su due che riceve cure di salute mentale specifiche soddisfano i criteri diagnostici per almeno un DP (Ekse-lius, 2018).

La classificazione dei DP non è stata ancora risolta all'interno della comunità scientifica e ci sono motivi per pensare che queste discrepanze continueranno ad essere vive nei prossimi anni. Le nuove linee guida sia del DSM-5 che dell'ICD-11 hanno segnato un cambiamento radicale nella storia della classificazione dei DP, sostituendo il tradizionale approccio categorico con uno più dimensionalmente orientato che elimina le classiche etichette DP (Tyrer e Mulder, 2019). Sia il DSM-5 che l'ICD-11 valutano, in primo luogo, il livello di gravità con cui sono colpiti il sé e il funzionamento interpersonale, quindi valutano cinque dimensioni degli stili di comportamento disfunzionali. Le prime indagini da questi nuovi approcci indicano che la visione dimensionale dei DP si adatta meglio di quella categoriale al funzionamento clinico e ottengono una maggiore validità della valutazione tradizionale (Krueger e Hobbs, 2020).

L'approccio psicoterapeutico ai DP non può essere separato dalle sue fondamenta concettuali. Forse il tentativo più forte di fondare una visione dei DP all'interno di quadri teorici generali del comportamento e della personalità umani appartiene a Theodore Millon. L'importanza del suo lavoro nel campo della concettualizzazione e valutazione dei DP è stata ampiamente riconosciuta, soprattutto in occasione della sua morte (Pincus e Krueger, 2015). Millon, mosso da un interesse permanente nell'integrare lo studio della personalità normale e anormale, comprende i DP come le soluzioni disadattative che le persone possono presentare ai dilemmi vitali di base, che sono in ultima analisi legati alla storia evolutiva della nostra specie, come ad esempio, la polarità tra dolore e piacere, tra attività e passività, tra sé e gli altri, o tra cognizioni e sentimenti. Posizioni estreme o caotiche di fronte a questi continuum daranno origine, attraverso varie combinazioni, alle forme di DP che conosciamo, caratterizzate da instabilità, circoli viziosi che perpetuano stili di comportamento disfunzionali e fragile stabilità del concetto di sé. Attualmente esiste un ampio gruppo di trattamenti psicoterapeutici basati sulle prove di efficacia per i DP, fondamentalmente per il DP Borderline. Tuttavia, il resto dei DP (cioè, schizoide, paranoico, istrionico, schizotipico, dipendente, ossessivo-compulsivo, antisociale, evitante e narcisistico) ha avuto un interesse scientifico marginale. Per questo motivo, la maggior parte

delle affermazioni fatte sui DP sono in realtà riferibili al DP borderline. Questo problema rappresenta un abisso teorico e pratico che condanna molti pazienti – e le loro famiglie – alla sofferenza cronica e a ricevere cure non ottimali. Questo libro è un tentativo, basato sull'evidenza sperimentale, di colmare questa lacuna e offrire aiuto all'intero spettro dei DP.

Livesley (2012) lancia il primo appello ufficiale per l'integrazione nel trattamento dei DP, supportato da un gran numero di clinici e ricercatori di varie tendenze psicoterapeutiche. Sembra logico: per affrontare un problema così complesso e diversificato come sono i DP è necessario integrare concetti, contributi e tecniche provenienti da modelli diversi. La TMI è stata sviluppata con l'intento di aiutare a risolvere i due problemi sopra descritti. Da un lato, affrontare l'intero spettro dei DP, con o senza tratti borderline. Dall'altro lato, offrire un'alternativa psicoterapeutica integrata che riunisca le migliori evidenze scientifiche disponibili: (i) grande sensibilità per i fattori comuni efficaci, (ii) formazione di abilità metacognitive o di mentalizzazione, (iii) modifica di schemi o modelli interpersonali disfunzionali, e (iv) formazione in abilità di regolazione emotionale e comportamentale adattiva. Gli obiettivi primari della TMI sono la promozione di un senso di orientamento all'obiettivo, un migliore funzionamento sociale e un sollievo dai sintomi. I meccanismi di cambiamento in entrambi i formati, individuale e di gruppo, sono miglioramenti nella metacognizione e cambiamenti negli schemi interpersonali maladattivi dominanti. I pazienti sono guidati a rivedere le loro costruzioni disfunzionali di sé e degli altri, sviluppando prospettive più ricche e flessibili su se stessi e sugli altri con cui interagiscono. Gli episodi interpersonali costituiscono la base del contenuto della seduta individuale o di gruppo.

In linea con altre psicoterapie a orientamento metacognitivo (Inchausti *et al.*, 2018a; Ottavi *et al.*, 2014), i pazienti sono incoraggiati a considerare i collegamenti psicologici, ad es. tra trigger esterni, pensieri, emozioni e comportamenti. Queste procedure sono progettate per facilitare la crescita delle abilità metacognitive, aumentando la consapevolezza del paziente delle proprie emozioni e delle catene di reazioni interne. Gli episodi interpersonali vengono utilizzati per sviluppare una formulazione condivisa degli schemi interpersonali maladattivi che costituiscono la base per esercizi tra una sessione e l'altra, progettati per interrompere i cicli guidati dallo schema (Dimaggio *et al.*, 2015). È ragionevole presumere che quando questi meccanismi di cambiamento supportati empiricamente sono sincronizzati e combinati in modo coerente dal punto di vista teorico e clinico, i risultati psicoterapeutici possono aumentare. In tutti questi punti fondamentali si trova il potenziale della TMI nel lavorare con i DP gravi.

Nella mia esperienza professionale ho potuto verificare i benefici dell'applicazione della TMI, sia in sedute individuali che di gruppo, quando si lavora con adolescenti e giovani adulti con DP gravi, con o senza tratti di DP borderline. Come risultato di questo lavoro, io e il mio team abbiamo pubblicato diversi articoli applicando la TMI in gruppo da sola (Inchausti *et al.*, 2020) e in combinazione con sedute individuali di terapia basata sulla mentalizzazione (Inchausti *et al.*, 2018b) in cui abbiamo confermato gli alti tassi di accettabilità del trattamento in profili di DP gravi molto suscettibili all'abbandono precoce del trattamento (ad esempio, DP evitante), nonché la sua utilità per migliorare i sintomi depressivi, la metacognizione – in particolare la consapevolezza di sé e le abilità di teoria della mente –, l'impulsività e il funzionamento interpersonale. Sebbene ancora limitati, questi risultati sono di grande valore poiché il contesto di queste indagini è nei servizi pubblici di salute mentale, con partecipanti "reali", cioè con diversi sintomi clinici (comorbidità) e grave disfunzionalità. Inoltre, nel caso dell'intervento di gruppo con la sola TMI, sono stati inclusi anche i casi con DP borderline ottenendo risultati ottimali, nonostante il fatto che la TMI sia diretta più specificamente a profili di DP inibito-coartati. Tuttavia, studi futuri dovrebbero replicare questi risultati in campioni più ampi ed eterogenei.

Senza ulteriori indugi, lascio che il lettore assapori questo lavoro tanto necessario quanto utile per clinici e ricercatori interessati al campo dei DP. Sta a voi, e non ad altri, decidere la qualità e l'utilità di questo libro.

Felix Inchausti
In Logroño, 2 Giugno, 2021

Bibliografia

- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., Salvatore, G. (2015). *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A treatment manual*. Routledge, London.
- Ekselius, L. (2018). Personality disorder: a disease in disguise. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 123(4), 194-204. doi: 10.1080/03009734.2018.1526235
- Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Ballesteros-Prados, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J. *et al.* (2018a). The effects of metacognition-oriented social skills training on psychosocial outcome in schizophrenia-spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1235-1244. doi: 10.1093/schbul/sbx168
- Inchausti, F., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Vilagrà-Ruiz, R., Fonseca-Pedrero, E. (2018b). El trastorno de personalidad por evitación: Una propuesta de tratamiento especializado en la sanidad pública Española [The avoidant

- personality disorder: A proposal for specialized treatment in the Spanish National Health System]. *Ansiedad y Estrés*, 24(2-3), 144-153. doi: 10.1016/j.anyes.2018.05.002
- Inchausti, F., Moreno-Campos, L., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Fonseca-Pedrero, E., MacBeth, A., Popolo, R., Dimaggio, G. (2020). Metacognitive Interpersonal Therapy in Group for Personality Disorders: Preliminary Results from a Pilot Study in a Public Mental Health Setting. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50, 197-203. doi: 10.1007/s10879-020-09453-9
- Krueger, R. F., Hobbs, K. A. (2020). An Overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. *Psychopathology*, 53(3-4), 126-132. doi: 10.1159/000508538
- Livesley, W. J. (2012). Integrated treatment: a conceptual framework for an evidence-based approach to the treatment of personality disorder. *Journal of personality disorders*, 26(1), 17-42. doi: 10.1521/pedi.2012.26.1.17
- Ottavi, P., D'Alia, D., Lysaker, P., Kent, J., Popolo, R., Salvatore, G., et al. (2014). Metacognition-oriented social skills training for individuals with long-term schizophrenia: Methodology and clinical illustration. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(5), 465-473.
- Pincus, A. L., Krueger, R. F. (2015). Theodore Millons contributions to conceptualizing personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 97, 537-540. doi: 10.1080/00223891.2015.1031376
- Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y.-R., Crawford, M. J. (2019). The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 481-502. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736
- Volkert, J., Gablonski, T. C., Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709-715. doi: 10.1192/bjp.2018.202
- Zachar, P. (2017). Personality disorder: Philosophical problems. In T. Schramme & S. Edwards (Eds.), *Handbook of philosophy of medicine*. Springer, Dordrecht.

Introduzione

Il miglioramento della capacità di ragionare in termini di stati mentali è un aspetto centrale nel trattamento dei disturbi di personalità (DP). Se la terapia aiuta questi pazienti a comprendere i propri desideri, emozioni, idee, i propri punti di forza e le proprie debolezze è più facile che si avvicinino alle relazioni, che si rapportino con gli altri in modi funzionali e che abbiano più chance di soddisfare i propri desideri e bisogni.

In parallelo, aiutarli a raggiungere una comprensione più chiara e articolata degli altri e delle diverse sfumature del loro carattere permette ai pazienti di immaginare cosa li muove nelle relazioni e di conseguenza di prevedere il possibile andamento delle interazioni nelle diverse situazioni. Tale consapevolezza permette ai pazienti di modulare i comportamenti allo scopo di raggiungere i risultati desiderati, minimizzare i conflitti e trovare soluzioni efficaci per affrontare i problemi relazionali.

Un problema che affligge la vita di chi soffre di DP è che sotto l'attivazione di varie motivazioni interpersonali, vanno incontro a malfunzionamenti delle capacità di riconoscere ciò che sentono e di comprendere le intenzioni degli altri, tanto da vivere con estrema difficoltà gli scambi interpersonali e mettere gli altri in difficoltà nell'interazione.

Tali competenze di ragionamento psicologico durante gli scambi relazionali rappresentano le abilità metacognitive (Semerari *et al.*, 2007; Dimaggio, Lysaker, 2010), ovvero quelle capacità che permettono di riconoscere gli stati mentali, di poter ragionare su di essi e di utilizzare tali informazioni al fine di affrontare situazioni problematiche.

I pazienti con DP mostrano problemi nella metacognizione e, in particolare, non riescono a utilizzare efficacemente la conoscenza sugli stati mentali per vivere una vita sociale più adeguata e soddisfacente; hanno difficoltà a definire ciò che sentono e a comprendere le intenzioni degli altri nel corso delle interazioni quando sono guidati da motivazioni come il rango sociale,

l'attaccamento, la sessualità, l'inclusione in un gruppo e così via. La presenza di un malfunzionamento metacognitivo influenza la fenomenologia clinica dei DP; è correlata infatti con la gravità del disturbo di personalità stesso (Dimaggio *et al.*, 2013a; Semerari *et al.*, 2014), e il miglioramento nel corso del trattamento del malfunzionamento influenza l'espressione sintomatologica e i problemi interpersonali (Carcione *et al.*, 2019; D'Abate *et al.*, 2020).

Migliorare il funzionamento metacognitivo rappresenta quindi un obiettivo necessario a trattare con successo i DP. L'idea è che aiutandoli a migliorare tali abilità, il loro funzionamento sociale nella vita di tutti i giorni ne trarrà benefici.

Alcuni studi hanno evidenziato, infatti, come la metacognizione funzioni come moderatore degli esiti clinici nel trattamento psicoterapico per i DP (Gullestad *et al.*, 2013); altri come il funzionamento metacognitivo dei pazienti sia in grado di predire il livello di alleanza terapeutica nel corso della psicoterapia (Dimaggio *et al.*, 2019).

Ad oggi, nel contesto della Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI), abbiamo sviluppato procedure manualizzate volte a favorire il miglioramento della capacità di riconoscere e ragionare sugli stati mentali principalmente in un setting di psicoterapia individuale. Queste procedure sono state adattate a pazienti che presentano una vasta gamma di DP, tra cui evitante, narcisista, dipendente, ossessivo-compulsivo, paranoide, depressivo, passivo-aggressivo e schizoide (Dimaggio, Montano, Popolo e Salvatore, 2013). La TMI è risultata efficace anche in casi clinici controllati di DP schizotipico (Cheli, Lysaker e Dimaggio, 2019) e di violenza domestica (Pasetto, Misso, Velotti e Dimaggio, 2021). Sono in corso di sviluppo applicazioni della TMI per DP con comorbilità di abuso di sostanze (Dimaggio *et al.*, 2015 b), DP che presentano un'oscillazione tra inibizione emotiva e disregolazione e borderline (Salvatore *et al.*, 2016; 2020).

La difficoltà nel funzionamento metacognitivo di fatto emerge proprio quando i pazienti con DP ne avrebbero più bisogno, ovvero all'interno di scambi interpersonali emotivamente carichi, quando è in gioco la realizzazione di desideri indispensabili per benessere e adattamento, quale essere autonomi, apprezzati, indipendenti e inclusi nel gruppo. All'interno degli scambi sociali nei quali la loro vita, come quella di tutti gli umani, è immersa, i pazienti con DP sono chiamati continuamente a costruirsi una rappresentazione della mente di quelli con cui, di volta in volta, entrano in relazione.

Complessità delle interazioni sociali e metacognizione

La capacità di focalizzarci su ciò che sappiamo, ciò che vogliamo e sulla coerenza tra le nostre azioni e la nostra intenzione in un determinato momento, così come la capacità di comprendere gli altri, sono necessarie per raggiungere i nostri obiettivi, per risolvere i conflitti e per superare gli ostacoli nella comprensione reciproca con gli altri.

Un architetto che lavora in un grande studio multiprofessionale, una mattina si reca sul posto di lavoro ed ha la mente ancora occupata dai soliti problemi familiari, ha appena litigato con la moglie. Incontra prima il collega che lo invita a prendere un caffè ma non fa in tempo perché il capo lo invita nella stanza per parlare. Ancora preso dalla tensione del conflitto coniugale, e sorpreso dalla chiamata dal capo, nota solo a margine che il collega sorride e cerca di trattenerlo, ma non ci si sofferma, anche perché mentre si dirige verso la stanza del capo gli arriva una chiamata sul cellulare. Compare il nome della moglie. A questo punto cosa fa il nostro architetto? Molto dipende da cosa immagina, dall'impatto emotivo, corporeo che lo stimolo relazionale ha su di lui, e dall'immagine che si è costruito della moglie. Se pensa che la telefonata sia legata al litigio, sarà probabilmente preso da emozioni forti, forse ansia, forse rabbia, e queste lo spingeranno a rispondere quasi automaticamente e ignorare il capo. Poi scoprirà che gli voleva assegnare un incarico prestigioso e che per un attimo ha rischiato di ignorare questa opportunità. Solo dopo, più lucido, capirà l'importanza di quello che è accaduto e sarà capace di dirsi: "Dai, ai problemi di casa ci pensi dopo, ora è il caso che ti concentri su quello che è successo, te la godi e soprattutto ti scusi e ringrazi". E in tutto si accorge che ha ignorato il collega. Andrà a scusarsi anche con lui e scoprirà il senso di quel sorriso: voleva avvisarlo della promozione! Ora il nostro impiegato si trova sommerso da emozioni contrastanti, rabbia e preoccupazione per i conflitti coniugali, gioia per la promozione, imbarazzo e un filo di colpa verso il capo e il collega. Ha bisogno che la metacognizione funzioni per mettere ordine e tirare le somme.

In situazioni multi-personali come queste, e ancora di più in quelle grup-pali vere e proprie, vista la molteplicità di rapporti nei quali siamo coinvolti, dobbiamo mantenere stabili le rappresentazioni di ciascuna persona nel nostro scenario mentale, così come degli stati interni che noi stessi viviamo in relazione a ciascun attore; questo per capire rapidamente le dinamiche inter-personali in corso, così da gestirle meglio. Anche le relazioni duali ci richiedono un analogo sforzo di comprensione dei processi psicologici degli altri. Torniamo indietro all'inizio della mattinata del nostro architetto. Cosa gli era successo? Prima di uscire aveva detto alla moglie che sarebbe tornato tardi

dal lavoro e che per questo non avrebbe avuto tempo per passare al supermercato. Pensava alla scadenza del lavoro ormai imminente; doveva terminarlo e al meglio per non fare una brutta figura con il suo capo: chissà cosa avrebbe pensato, altrimenti, di lui! Ma la moglie gli risponde in modo esasperato: anche lei doveva lavorare, e nel pomeriggio andare alla scuola del figlio per l'incontro con i genitori. Ne nasce una discussione, una delle tante, che si ripetono uguali da tempo. Chi deve andare al supermercato? Ciascuno ritiene di aver ragione. Il nostro impiegato sente crescere in lui una rabbia legata al fatto di non sentirsi capito, sostenuto in questo momento: "Proprio adesso, che è in ballo una promozione, invece di incitarmi mi fai tutto questo casino?". Passa, allora, all'attacco per far valere le proprie ragioni. Ricorda tutte le volte che ha giocato con il figlio o che ha fatto la fila all'ufficio postale per le bollette. Così facendo non si accorge che cresce, nella moglie, il risentimento nei suoi confronti; eppure, sono chiari i messaggi che lei manda: prima le critiche rabbiose verso di lui, quindi il rifiuto di parlare e di confrontarsi. La moglie da tempo si era fatta carico di gran parte delle incombenze familiari. Questo perché vedeva il marito preso totalmente dal lavoro, e non voleva distrarlo da ciò che in quel momento sembrava appassionarlo: "Dopo magari si arrabbia e succede un casino! E chi lo potrebbe sostenere!". Ma quella mattina, di fronte all'ennesimo rifiuto, la moglie non riesce più a trattenersi; non si accorge, in quel momento, dello sguardo preoccupato del marito, differente da quello vitalizzato nel lavoro dei giorni precedenti. Ha mai vinto qualcuno in queste discussioni? Discussioni dove nessuno è in grado di cogliere i propri e altrui bisogni? Entrambi vogliono far valere, in quel momento, le proprie ragioni anche se non sono mossi solitamente nel quotidiano da un desiderio di sopraffazione dell'altro. Per il marito è importante essere efficiente al lavoro perché forte è in lui il bisogno di riconoscimento e apprezzamento. Quando ciò non accade sperimenta immediatamente emozioni dolorose; ecco l'ansia anticipatoria per il lavoro da terminare, o la rabbia nei confronti della moglie vista come distante. La moglie stessa, invece, è mossa dal bisogno di sentire il marito vicino, di sentirsi pensata da lui; ecco l'atteggiamento accondiscendente delle giornate precedenti e l'esasperazione quando ha letto un nuovo rifiuto.

Problemi del genere sono parte della vita quotidiana di ognuno di noi. Per affrontarli e, si spera, risolverli, dobbiamo essere consapevoli di ciò che si attiva dentro di noi nel corso della relazione, di cosa ci aspettiamo dall'altro. Allo stesso tempo dobbiamo adattarci alle specifiche caratteristiche della persona con cui stiamo interagendo. Tutto ciò richiede una buona teoria della mente e una flessibilità psicologica. Immaginiamo quanto sia stato difficile il momento della telefonata ricevuta dalla moglie per il nostro architetto. Cosa fare, rispondere o andare subito nella stanza del capo? Nel decidere è

importante riconoscere lo stato interno attivo in quel momento. L'ansia legata alla convocazione inattesa ha sgombrato la sua mente da quel rimuginio rabbioso che si portava dietro da quando aveva chiuso la porta di casa? Oppure la telefonata ricevuta ha attivato in lui la fantasia che la moglie abbia compreso il valore di ciò che aveva precedentemente sostenuto? Due reazioni diverse che rispondono a due bisogni diversi; stati interni che devono essere riconosciuti per poter guidare con consapevolezza all'azione. Ma il nostro architetto, in quel momento, deve essere anche in grado di leggere l'espressione del capo, riconoscere se è benevola oppure arrabbiata. Solo così potrà decidere se rispondere alla moglie oppure andare nella stanza del capo, lasciando il telefono squillare. Dare un senso all'espressione degli altri non è sempre un'operazione semplice. La preoccupazione legata al fatto di non aver ancora completato il lavoro ha portato l'architetto ad immaginare il capo con un atteggiamento severo; per questo ha evitato quasi di guardarlo, non cogliendo così un cenno di complicità nel suo sguardo.

Pazienti e malfunzionamento metacognitivo

Abbiamo visto come abilità metacognitive ben funzionanti siano necessarie per poterci muovere in modo efficace all'interno delle interazioni sociali. Queste operazioni diventano sempre più difficili in persone che presentano tratti di personalità problematici, ad esempio dagli aspetti di timidezza di alcuni ragazzi a quelli di dipendenza che ritroviamo in alcune donne. Presentiamo un paio di vignette con le quali poter mostrare brevemente il malfunzionamento metacognitivo in azione.

Spostiamoci allora dallo studio affermato del nostro architetto al liceo che si trova all'angolo della strada. In una delle prime classi incontriamo Luigi, esperto in videogiochi e solito trascorrere il suo tempo tra i libri. Legge tanto perché a casa gli hanno sempre detto che una persona è di valore se ha una vasta cultura. Allora legge, legge di tutto, se gli chiedono quale sia il suo genere preferito risponde che ama leggere; ma in realtà non sa cosa preferisce, perché non sente un'emozione particolare in relazione al genere: lui legge. Per provare emozioni si rifugia nei videogiochi, ama soprattutto il genere sparattutto adrenalinico; per lui l'attivazione che prova nella competizione, nel rischio anche se virtuale, significa vivere emozioni anche se non riesce a dar loro un nome. Ora tutto questo non gli basta più. Sente forte il desiderio di fare parte di un gruppo, di condividere i propri interessi con i coetanei. Sì, ma quali interessi? Quando in classe prova a interagire con i propri compagni non sa cosa dire, di che parlare. Sale l'ansia dentro di lui; chiede se conoscono l'ultima versione di quel gioco di ruolo, proprio mentre

gli altri si confrontano sull'ultimo centro commerciale aperto. Per Luigi è difficile aver chiaro quali sono i propri interessi, quelli che gli riscaldano l'animo, da poter condividere in gruppo; ha difficoltà a riflettere sui propri stati interni, a riconoscere le emozioni che prova o i pensieri che gli passano per la mente e che possono essere collegati all'esperienza emotiva. Riconosce solo l'ansia che si attiva quando entra in rapporto con gli altri. Questi, in quel momento, diventano un mondo imperscrutabile per lui; non riesce a cogliere i loro pensieri, a identificare le emozioni che possono provare. Non riesce, quindi, a comprendere la mente dell'altro e gli attribuisce quell'idea tanto temuta di una persona rifiutante, distante, escludente. Gli resta dentro un sentimento di solitudine ed esclusione: meglio la propria stanza, i videogiochi ci sono e ci saranno per sempre; un evitamento salvifico in quel momento ma che può diventare per lui una condanna.

Il liceo di Luigi è poco distante da un supermercato molto frequentato dagli abitanti del quartiere. Qui incontriamo Gloria, casalinga quarantenne che vive presa tra i bisogni della famiglia e quelli di una madre anziana che deve accudire. La sua giornata è scandita sempre dai soliti appuntamenti: pulizie, spesa, cucina, medico, pulizia (questa volta a casa della madre), cucina, film della sera. Le giornate passano tutte quante sempre nella stessa maniera; se la madre sta bene e il figlio porta un bel voto a scuola, sono giornate anche piacevoli. Gloria non è in grado di riconoscere quali siano i suoi desideri personali, quelli che non sono legati al dovere verso gli altri ma solo ad un piacere personale; se non è impegnata per gli altri la sua giornata sarebbe vuota. Parlando con la madre di un compagno di classe di suo figlio, scopre che nella palestra vicina è stato attivato un nuovo corso di yoga. Per un attimo ricorda di essere stata assidua frequentatrice di palestre in adolescenza, le piaceva. Sente crescere in lei curiosità intensa ed entusiasmo, vuole vedere di che si tratta. Ma subito si affacciano nella sua mente i volti della madre e del figlio che le avanzano richieste e che criticheranno, quindi, la sua assenza; Gloria è assolutamente certa di questo, non si sogna neanche per un attimo che gli altri possano essere contenti per questa sua idea: i suoi cari hanno bisogno di lei e lei non può tirarsi indietro. Il desiderio di esplorare nuove situazioni, nuovi comportamenti, viene subito inibito dal senso del dovere, come sempre è accaduto; non può fare altrimenti, non gli resta che muoversi in funzione degli altri. Gloria non si chiede più se ci possano essere alternative, nel momento in cui pensa al bene dei familiari sparisce il ricordo piacevole della palestra, le due immagini non riescono a coesistere in lei. Tutto questo anche se il figlio, poi, trascorre il tempo da solo nella sua stanza e la madre ha sempre un'espressione triste nel vedere una figlia disponibile ma scontenta; Gloria non riesce a vedere cosa pensano o cosa provano i propri familiari, vede e sente solo quello che lei pensa e teme. Il fatto è che