



Self-disclosures and case formulation

L'autosvelamento del terapeuta alla luce della formulazione del caso

Virginia Failoni^a, Tiziana Passarella^a, Felix Inchausti^{b,c}, Raffaele Popolo^a, Giancarlo Dimaggio^a

^aCentro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Rome, Italy

^bDepartment of Mental Health, Servicio Riojano de Salud, Logroño, Spain

^cDepartment of Psychology, University of Navarra, Pamplona, Spain

ARTICLE INFO

Submitted: 02 October 2019

Accepted: 27 October 2019

DOI: 10.4458/2733-04

ABSTRACT

Therapists self-disclose when they reveal personal information to the patient. Literature reports motivations for using self-disclosure and which information is more appropriate for this purpose. In spite of the potential usefulness of this strategy, indications about how to make it are often unclear and contradict each other. There is no a current and consistent rationale for deciding when to self-disclose and with which purposes. In particular, information is lacking about how to deliver self-disclosure on the basis of case-formulation. We contend here that in order to self-disclose therapists must form predictions about what benefits they could achieve thanks to an understanding of patients' maladaptive interpersonal schemas, interpersonal cycles active in session, patients' metacognitive capacities and the motives that guide the patients in each specific moment. A detailed case example is used in order to explain how Metacognitive Interpersonal therapists deliver self-disclosure on the basis of a fine-grained case formulation. Finally, we suggest how this rationale can be adopted by clinicians of any orientation in order to operate self-disclosure that are, at the same time, genuine and well-formalized.

Keywords: self-disclosure; therapeutic relationship; case formulation; metacognition; therapeutic alliance.

RIASSUNTO

L'autosvelamento consiste nella rivelazione da parte del terapeuta di informazioni su di sé al paziente. La letteratura riporta sia le motivazioni alla base del suo utilizzo che le informazioni più appropriate da includere. Le indicazioni sulle modalità con le quali farlo risultano spesso imprecise o contraddittorie e non esiste un razionale secondo il quale decidere se compiere uno svelamento e con quali obiettivi. Manca soprattutto l'idea di come utilizzare la *self-disclosure* sulla base della formulazione del caso. Sosteniamo qui che al fine di compiere una self-disclosure, il terapeuta debba formarsi delle previsioni sui benefici che potrebbe ottenere e debba basarle sulla comprensione degli schemi interpersonali maladattivi del paziente, dei cicli interpersonali attivi in seduta, delle capacità metacognitive del paziente e sulle motivazioni che lo guidano in quello specifico momento. Esemplichiamo tramite un caso clinico in che modo in Terapia Metacognitiva Interpersonale compiamo svelamenti orientati dalla formulazione. Proponiamo infine come utilizzare tale razionale per aiutare i clinici, a prescindere dall'orientamento a compiere svelamenti in modo allo stesso tempo genuino e formalizzato.

Parole chiave: autosvelamento; relazione terapeutica; formulazione del caso; metacognizione; alleanza terapeutica.

*Corresponding author.

Giancarlo Dimaggio

Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Piazza dei Martiri di Belfiore, 4, 00195, Rome, Italy.

Phone: +39 3519931390

Email: gdimaje@gmail.com

(G. Dimaggio)



RdP

Autosvelamento e relazione terapeutica

La *self-disclosure* o autosvelamento è una tecnica utilizzata dal 90% dei terapeuti (Henretty & Levitt, 2010) e può essere definita come la rivelazione da parte del terapeuta di informazioni su di sé al paziente (Danish, D'Augelli & Hauer, 1980; Ziv-Beiman et al., 2017). Il terapeuta racconta aspetti di sé, ricordi e vissuti poiché ipotizza che siano simili a quelli del paziente e capaci di promuovere un senso di condivisione e sintonia (Dimaggio et al., 2013).

La letteratura riporta molteplici motivazioni alla base del suo utilizzo: promuovere l'apertura del paziente, validare e normalizzare il suo vissuto, offrire modalità alternative di pensare o agire, rinforzare la relazione terapeutica, riparare rotture dell'alleanza terapeutica, utilizzare una comunicazione autentica e paritetica (Henretty & Levitt, 2010). In Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI; Dimaggio et al., 2003; 2013; 2019), l'autosvelamento opera a tre livelli, ognuno di diversa difficoltà per le capacità richieste al terapeuta: 1) la descrizione dei ragionamenti che portano alla formulazione degli interventi secondo il principio dell'empirismo collaborativo; 2) lo svelamento di aspetti riguardanti il terapeuta al fine di validare e creare un clima di similarità e condivisione; 3) la metacomunicazione sulla relazione, per prevenire o riparare eventuali rotture oppure consolidarla.

Lo svelamento è un intervento tecnico che il clinico deve dosare ed utilizzare nel momento adeguato. Richiede di saper fronteggiare le reazioni del paziente per evitare rotture nella relazione, oppure per procedere tempestivamente a una sua riparazione. Anche per questo motivo, i terapeuti più esperti ne fanno un uso intensivo (Dimaggio et al., 2013b) e selezionano lo svelamento dopo aver considerato i possibili effetti che potrebbe avere sul paziente (Ridley et al., 2011). Il terapeuta è osservatore-partecipe all'interno della relazione, poiché sempre coinvolto e responsabile in qualche misura dei processi interpersonali che accadono in seduta (Sullivan, 1954) e quindi «... da un lato conversa liberamente, si lascia andare come se fosse con un amico, dall'altro ascolta con *orecchio terapeutico* tutto quello che si dice, pronto a utilizzarlo nelle riformulazioni» (Dimaggio et al., 2013, p. 110).

Le informazioni che è più appropriato includere nelle *self-disclosure* sono: informazioni demografiche, pensieri ed affetti riguardo il paziente e/o la relazione terapeutica, errori commessi in terapia da parte del terapeuta, problemi passati del clinico che sono stati risolti con successo – anticipiamo che dissentiamo su questo punto -, somiglianze tra paziente e terapeuta (Henretty & Levitt, 2010). Il tempismo (in quale momento della terapia sia consigliabile utilizzarlo) attualmente non sembra aver raggiunto consensi tra clinici e ricercatori (Henretty & Levitt, 2010). Le linee guida riassunte nella *review* di Henretty e Levitt (2010) enfatizzano l'importanza della solidità dell'alleanza terapeutica come presupposto di base per l'autosvelamento.

La relazione terapeutica, specialmente quando si lavora con pazienti con disturbi di personalità, viene accuratamente osservata e costruita sin dai primi scambi relazionali, dato che può rappresentare una preziosa fonte di informazioni sul funzionamento del paziente e sui suoi schemi interpersonali (Dimaggio et al., 2013; Dimaggio & Semerari, 2003). La relazione diviene strumento di cura essa stessa: il paziente di fatto ha la possibilità di interiorizzare una relazione interpersonale caratterizzata da un clima emotivo ben modulato, che potrà applicare alle proprie relazioni al di fuori della seduta (Dimaggio et al., 2013). La relazione, in questo senso, rappresenta un'esperienza emotiva correttiva (Alexander & French, 1946; Dimaggio et al., 2019; Gazzillo, 2016).

A volte il terapeuta entra in momenti di *impasse* e sperimenta un senso di paralisi e di blocco, il che spesso è segno di una difficoltà a identificare ciò che sta sperimentando. In questi casi, un possibile intervento del clinico per chiarire a sé stesso e al paziente il proprio vissuto prevede il coinvolgimento attivo del paziente stimolandolo apertamente a fare ipotesi riguardo ciò che sta succedendo all'interno della relazione, ed al possibile contributo del terapeuta all'*impasse* (Safran & Krauss, 2014). Questo tipo di intervento può aiutare a fare chiarezza su ciò che il paziente vive rispetto al terapeuta, a supportare un'elaborazione più approfondita degli schemi interpersonali del paziente e a fornire importanti indicazioni riguardo il contributo del terapeuta all'*impasse* (Safran & Krauss, 2014). Si tratta di una metacomunicazione sulla relazione che diventa essa stessa una modalità di riparazione dell'alleanza (Hanson, 2005; Liotti & Monticelli, 2014; Weiner, 2002).

Inoltre, l'autosvelamento dei propri stati d'animo sulla relazione può avere l'obiettivo di facilitare lo stesso processo nel paziente, agevolando in questo modo una comunicazione paritetica, favorire il coinvolgimento del paziente e riparare le rotture dell'alleanza (Liotti & Monticelli 2014; Hill et al., 2008).

Lo svelamento di materiale personale legato alla propria vita – e non semplicemente a proposito dei propri pensieri e sentimenti nella relazione terapeutica – in TMI ha obiettivi in parte simili, ovvero aiutare il paziente a sperimentare un clima di similarità e parità, sentirsi validato e non giudicato. Oltre al racconto di episodi di vita personali che il terapeuta ritiene simili per pensieri, emozioni, desideri a quelli riportati dal paziente, il clinico può cercare interessi in comune di cui parlare quando il paziente mostra una narrazione impoverita oppure fatica ad aprirsi (Dimaggio et al., 2013). Lo svelamento di materiale personale è una valida strategia soprattutto con pazienti che mostrano difficoltà metacognitive di comprensione della mente altrui e con accesso limitato ai propri stati interni, poiché permette alla conversazione di fluire armoniosamente ed al terapeuta di sentirsi e mostrarsi più coinvolto (Dimaggio et al., 2013). Anche quando si parla di argomenti apparentemente poco rilevanti ai fini terapeutici (es. passioni, interessi, hobby in comune), è fondamentale che il coinvolgimento del terapeuta sia autentico. Un autosvelamento correttamente utilizzato prevede che il terapeuta lo usi strategicamente ma al tempo stesso in modo spontaneo e genuino (Liotti & Monticelli, 2014; McCarthy Veach, 2011).

L'obiettivo dello svelamento non è di proporre soluzioni mostrando il modo in cui il terapeuta ha risolto situazioni comparabili a quella del paziente; si tratta piuttosto di dare prova di come il clinico abbia vissuto circostanze simili e assunto punti di vista paragonabili al suo. In fasi più avanzate della terapia, dove il *problem solving* può assumere un ruolo centrale nel trattamento, il paziente può chiedere esplicitamente al terapeuta cosa farebbe al suo posto e lo svelamento può assumere la funzione di *modeling*. Il terapeuta dovrà ugualmente guardarsi dal proporre le proprie esperienze come modello universale a cui aspirare e mostrerà al paziente come abbia cercato di risolvere il problema trovando una soluzione che sentisse propria, rimarcando come questo sia proprio l'obiettivo della terapia. Presupposto fondamentale è la conoscenza dei propri schemi patogeni e l'acquisizione di distanza critica da essi (Dimaggio et al., 2013).

Nel complesso, clinici e ricercatori hanno raggiunto un buon livello di consenso sull'utilità della *self-disclosure* e sul tipo di informazioni da rivelare, ma le indicazioni sulle modalità spesso risultano poco precise o contraddittorie poiché non esistono definizioni concettuali ed operative uniformi e universalmente condivise. Ad esempio, Henretty & Levitt (2010) suggeriscono che tra i buoni svelamenti ci sia il racconto di episodi simili a quelli del paziente che il terapeuta ha risolto con successo, mentre Dimaggio e colleghi (2019) proscrivono tale tipo di intervento perché rischia di fare sentire il paziente inferiore o accentuarne il senso di impotenza, mentre lo utilizzano quando il paziente sembra orientato al *problem-solving*. L'autosvelamento è un intervento complesso e non permette di trovare regole standardizzate sempre valide per tutti i pazienti (e i terapeuti). Un punto centrale, sul quale al meglio delle nostre conoscenze la letteratura dà meno indicazioni, è come possa essere utilizzata la *self-disclosure* sulla base della formulazione del caso del paziente, che è l'obiettivo del presente articolo. Difatti, la formulazione del caso permette al terapeuta di utilizzare questa tecnica coerentemente con il piano di trattamento definito all'interno della formulazione del caso stessa.

La formulazione del caso

Una formulazione del caso corretta permette al terapeuta di formulare un piano di trattamento specifico, incrementando la possibilità che venga scelto il trattamento più adatto, efficace e con prognosi migliore (Sim, Gwee & Bateman, 2005; Wolpe e Turkat, 1985). La formulazione del caso è «un processo che mette in connessione un gruppo di dati e informazioni per definire un pattern coerente e che aiuti a definire la diagnosi, fornire spiegazioni e preparare il clinico al lavoro terapeutico e prognostico» (Sperry et al., 1992). La formulazione è un processo che guida il terapeuta nell'ipotizzare fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento dei problemi psicologici, interpersonali e comportamentali del paziente (Kendjelic & Eells, 2007; Sim et al., 2005). L'efficacia

dell'intervento clinico difatti dipende in larga parte da un'accurata comprensione dei fattori che causano e mantengono il disturbo (Wolpe & Turkat, 1985). La formulazione, inoltre, offre un importante supporto alla comprensione della relazione terapeutica e delle probabili future difficoltà relazionali (Horowitz et al., 1989).

La strutturazione della formulazione del caso può variare sia nelle modalità che utilizza sia negli obiettivi che si prefigge a seconda del modello teorico di riferimento, ma gli scopi generali appena descritti permangono (Kramer, 2019; Sim et al., Gwee & Bateman, 2005). Ciò che dovrebbe accomunare qualsiasi formulazione in psicoterapia è la costruzione di un'immagine il più possibile completa e coerente degli obiettivi del paziente, di ciò che gli impedisce di mettere in atto comportamenti in linea con essi, delle origini di questi ostacoli, di ciò che di diverso potrebbe essere fatto per raggiungerli e di come possa essere aiutato (Gazzillo, Dimaggio & Curtis, 2019).

La formulazione iniziale costituisce un importante indicatore di riferimento per riformulazioni successive all'acquisizione di nuovi dati ed al raggiungimento di risultati in terapia (Horowitz et al., 1989). Si tratta di un processo iterativo e che deve sempre contemplare la conferma da parte del paziente (Sim, Gwee & Bateman, 2005).

La formulazione del caso formula il piano di trattamento. Questo si modifica con l'evolversi della formulazione, ed è guidato da una attiva e consapevole collaborazione e condivisione tra paziente e terapeuta. La rinegoziazione degli obiettivi può avvenire anche in risposta ad una rottura (e riparazione) dell'alleanza terapeutica (Dimaggio et al., 2013; 2019; Liotti & Monticelli, 2014).

La formulazione del caso in Terapia Metacognitiva Interpersonale

La formulazione in TMI ha origine nell'assessment ed ha lo scopo di comprendere gli schemi interpersonali patogeni, definire le possibili difficoltà metacognitive di ostacolo al trattamento, individuare i punti di forza e le risorse, comprendere i processi di regolazione emotiva e le strategie di coping (Dimaggio et al., 2013). Lo scopo ultimo dell'assessment è la pianificazione del trattamento.

Inizialmente, il piano terapeutico darà avvio alla scoperta del mondo mentale del paziente, tenendo conto delle difficoltà metacognitive che possono complicare la raccolta di informazioni utili alla ricostruzione degli schemi interpersonali (Dimaggio et al., 2013). Solo in un secondo momento si prefigge il cambiamento degli aspetti disfunzionali. In TMI gli obiettivi cambiano anche in base al miglioramento delle capacità metacognitive del paziente.

In TMI la formulazione è caratterizzata anche da prime operazioni di cambiamento, ossia il miglioramento della capacità del paziente di divenire consapevole dei propri stati mentali ed esplicitarli al terapeuta, congiuntamente alla acquisizione di consapevolezza del suo modo di attribuire significati agli eventi (Dimaggio et al., 2019). Si tratta quindi di promuovere il monitoraggio metacognitivo attraverso esercizi di attivazione ed esplorazione comportamentale, unitamente a specifiche tecniche di riduzione del rimuginio e di regolazione delle emozioni. A differenza della promozione del cambiamento che ha luogo in fasi avanzate della terapia, in questo stadio precoce lo scopo è rendere il paziente attivo rispetto alla sua sofferenza e poter comprendere approfonditamente il suo mondo interiore. Si tratta del cosiddetto "assessment dinamico": coinvolgere attivamente il paziente attraverso esercizi comportamentali, immaginativi, corporei e drammaturgici che lo invitino a mettere in atto comportamenti in contrasto con il *coping*, al fine di promuovere il miglioramento della metacognizione (Dimaggio et al., 2019).

Per una corretta formulazione del caso, terapeuta e paziente necessitano della condivisione di una approfondita conoscenza e di una chiara comprensione dei processi cognitivo-emotivi che guidano le azioni del paziente stesso, individuabili attraverso l'esame di specifici episodi autobiografici. Gli episodi narrativi aiutano il clinico ad identificare le componenti essenziali dello schema interpersonale, ossia: desiderio o *wish* (motivazioni umane universalmente condivise come protezione, accudimento, inclusione sociale, accettazione, esplorazione); procedure relazionali del tipo "se...allora..."; risposta dell'Altro; risposta del Sé alla risposta dell'Altro (Dimaggio et al., 2013).

Nella disamina di un episodio narrativo devono essere sempre ben chiari: quali sono i personaggi coinvolti (chi è presente nella scena) e cosa fanno/dicono/sentonno; spazio e tempo in cui

si è svolto l'episodio (dove e quando). Poiché per sua natura lo schema caratterizza molteplici situazioni della vita del paziente, sarà necessario raccogliere più di un episodio specifico per ognuno di essi.

Comprensione degli schemi interpersonali

Lo schema interpersonale si forma nel corso del tempo a partire da innumerevoli esperienze passate e recenti. Esso assume il ruolo di guida all'azione, aiutando le persone a prevedere le reazioni dell'altro ai propri bisogni (Dimaggio et al., 2013). Lo schema ostacola possibilità alternative di lettura della realtà poiché, per sua natura, è una struttura stabile e alquanto rigida, in particolare quando riguarda le relazioni interpersonali. È normale che le persone entrino in relazione guidate da specifici obiettivi e motivazioni, rappresentazioni di sé e dell'altro, aspettative sul modo in cui l'altro risponderà e sulle proprie reazioni alla risposta dell'altro (Dimaggio et al., 2006; Safran & Muran, 2000). Se però tali previsioni sono virate stabilmente al negativo, per esempio la persona si aspetta il rifiuto dell'altro, i comportamenti conseguenti saranno fallimentari. La persona che si aspetta di non essere amata non manifesterà il desiderio, magari comportandosi in modo irritato e scostante. L'altro, in risposta a questo atteggiamento, probabilmente non dimostrerà amore e confermerà quindi l'aspettativa negativa di partenza. Si formano in questo modo i cicli interpersonali (Safran & Muran, 2000).

Autosvelamento alla luce della formulazione del caso in TMI

L'autosvelamento deve basarsi su un razionale ben chiaro nella mente del terapeuta. Infatti, una *self-disclosure* impulsiva e non meditata può essere causa di flessioni o rotture dell'alleanza terapeutica e dell'attivazione di cicli interpersonali in seduta (Dimaggio et al., 2013; Liotti & Monticelli, 2014). L'utilizzo di una tecnica che non sia guidato da un obiettivo preciso perderebbe di utilità e non comporterebbe probabilmente alcun cambiamento terapeutico, oltre a favorire potenziali conseguenze negative (Ridley, Mollen & Kelly, 2011). Anche per questo motivo, la *self-disclosure* dovrebbe essere utilizzata alla luce della formulazione del caso. Il terapeuta dovrebbe tenere costantemente a mente gli schemi, gli obiettivi e le capacità metacognitive del paziente per avere buone probabilità che lo svelamento abbia l'effetto desiderato. Il clinico dovrebbe porre attenzione al motivo per il quale intende utilizzare questa tecnica, chiedendosi ad esempio se e con quali schemi del paziente e/o obiettivi attuali della terapia risulta essere connesso (McCarthy & Veach, 2011).

Utilizzare lo svelamento alla luce della formulazione del caso significa saper visualizzare il beneficio terapeutico che potrebbe apportare conoscendo schemi e cicli interpersonali del paziente, ma anche e soprattutto saper fare precocemente previsioni sulle possibili reazioni del paziente. Allo stesso tempo però, al di là delle proprie previsioni, il clinico dovrà essere pronto a intervenire sulla base del feedback del paziente stesso, che avrà cura di domandare esplicitamente (Safran & Muran, 2000). Solo in seguito alla sua risposta, infatti, fatta di segnali non verbali, comportamenti e verbalizzazioni, il terapeuta saprà valutare se il suo intervento sia stato efficace oppure no (Dimaggio et al., 2013). Tramite la *self-disclosure*, infatti, il clinico può dare il via ad una riscrittura primitiva dello schema.

Se la formulazione è assente, incompleta o errata, lo svelamento ne risente. Qualora il terapeuta non avesse ancora identificato i pattern relazionali del paziente, oppure lo avesse fatto in modo errato, l'atto di metacomunicare sulla relazione potrebbe rivelarsi improduttivo (Dimaggio et al., 2013). Oppure, una comunicazione relazionale con lo scopo di riparare una rottura può fallire quando il paziente non possiede le capacità metacognitive sufficienti a comprendere e comunicare i propri stati mentali e le proprie emozioni (Dimaggio et al., 2013). Appare evidente quindi come l'atteggiamento del terapeuta non dovrebbe solamente essere caso-specifico, ma anche momento-specifico (Gazzillo, 2016).

Il terapeuta TMI, inoltre, pone sempre la massima attenzione ad evitare di attivare il paziente sul sistema del rango, facendolo sentire in una posizione di inferiorità, poiché potrebbe sperimentare emozioni quali frustrazione, rabbia o vergogna e riattivare schemi e cicli interpersonali in seduta (Dimaggio et al., 2013).

Come spiegato dalla Control-Mastery Theory (CMT), l'attivazione dello schema in terapia assume la funzione di un "test": le persone vorrebbero smettere di credere a ciò che lo schema prevede per loro poiché ne guida l'azione ostacolandone spesso desideri e obiettivi; i pazienti cercano quindi di disconfermarlo *testando* il terapeuta (Gazzillo, 2016; Weiss, 1993): lo schema diventa un vero e proprio test relazionale con l'obiettivo di verificare se l'Altro confermerà o disconfermerà l'immagine nucleare negativa di sé (Dimaggio et al., 2019; Gazzillo 2016). In CMT si direbbe che il terapeuta, se disconferma quest'immagine negativa, supera il test del paziente.

Un autosvelamento efficace, oltre alla riscrittura primitiva dello schema ed al superamento di un test relazionale, può apportare benefici alla relazione terapeutica, come già discusso in precedenza. Un importante indicatore di alleanza rinforzata, ad esempio, è l'emergere di nuovi episodi autobiografici nel racconto del paziente.

Caso clinico

Marina ha 26 anni, è figlia di architetti e studia Architettura indotta dalle pressioni della madre. Arriva in terapia per un Disturbo da Attacchi di Panico, che si presentano principalmente in prossimità degli esami, e una depressione maggiore. Presenta un Disturbo Borderline di Personalità con tratti narcisistici.

L'infanzia di Marina è caratterizzata dall'assenza dei genitori, che per lavoro sono spesso fuori casa. Li percepisce distanti emotivamente, colpevolizzanti, carichi di attese che Marina abbia prestazioni eccezionali, svalutanti, prestanti e pronti ad accusarla della propria infelicità. La relazione tra i genitori è fortemente conflittuale e si separano quando la paziente ha 6 anni. In quel periodo è in varie occasioni testimone di aggressioni verbali che il padre rivolge alla madre, e accoglie la separazione con un misto di sollievo e angoscia: il padre scompare per mesi e Marina se ne fa una colpa. La madre lavora fino a tarda sera e inizia presto una relazione che, riferisce Marina, la allontana ulteriormente da lei. Marina descrive inoltre la madre come bisognosa emotivamente. Uniche figure di riferimento sono i nonni materni, fonte di calore, accoglienza e sostegno.

Dopo esperienze positive di psicoterapia e psicofarmacologica per precedenti crisi di panico, a 24 anni Marina ha una ricaduta. Parte da sola per Parigi per un viaggio studio e lì ha un nuovo episodio di panico che la coglie di sorpresa. Tornata a casa, l'ansia cronica le impedisce di sostenere l'esame e si blocca negli studi: la mattina dell'esame, mentre immagina di recarsi in facoltà, ha una forte reazione di panico e rinuncia. Legge questo problema come segno della propria inadeguatezza e si innesca una depressione maggiore che dura per due anni, fino al momento della richiesta della nuova psicoterapia con una di noi.

Marina seguirà quindi una psicoterapia TMI i cui obiettivi sono, in sintesi, migliorare la metacognizione (comprendere pensieri, emozioni e cause psicologiche dei comportamenti propri, migliorare la capacità di lettura della mente altrui, utilizzare queste conoscenze per relazioni interpersonali più soddisfacenti); comprendere e saper riconoscere gli schemi interpersonali che guidano le azioni (in particolare quelli patogeni); comprendere le strategie adottate per gestire/ridurre/evitare le emozioni negative; promuovere operazioni di cambiamento alla luce dell'acquisizione delle capacità appena descritte. A questo fine, la TMI adotta procedure decisionali dettagliate (Dimaggio et al., 2013; 2019) che non riportiamo per brevità.

Durante la fase di formulazione, la terapeuta e Marina ricostruiscono il funzionamento della paziente: Marina è mossa dal desiderio di autonomia ma dà per certo di non essere adeguata, per cui se immagina di lasciare ciò che è costretta a fare per seguire ciò che le piace deve fare i conti con un "altro" che la accusa, la critica, la biasima e disprezza risvegliando l'immagine di sé come difettosa e incapace di agire. Questa immagine si accompagna a emozioni di tristezza, ansia, vergogna, colpa, umiliazione e impotenza per uscire dalle quali Marina mette in atto strategie di coping come il

rimuginio ansioso, la ruminazione depressiva, il perfezionismo, il controllo e soprattutto l'evitamento delle situazioni temute. Queste strategie peggiorano i sintomi di ansia e depressione. Inoltre, alimentano l'immagine negativa di sé come inetta e impotente. Nei momenti di sofferenza più intensa, Marina utilizza abbuffate e abuso di alcol e psicofarmaci per placarsi. Emerge in parallelo, pur se labile e subito sostituita nel flusso di coscienza dall'immagine negativa, un'immagine di sé sana in cui la paziente si descrive come degna, "giusta", energica, sicura e solida.

A seguito della formulazione del caso, Marina e la terapeuta concordano due livelli di obiettivi: il primo basato sulla riduzione dei sintomi attraverso un lavoro di esposizione e gestione di rimuginio e ruminazione; il secondo basato sulla consapevolezza fuori seduta dell'attivazione dello schema interpersonale per favorire il processo di differenziazione, e la ricerca di nuove strategie di coping per gestire l'immagine negativa di sé e le emozioni ad essa legate.

Marina ricomincia a dare esami, si mette in gioco accettando la possibilità di "sedermi lì e fare scena muta... voglio affrontare il rischio della bocciatura" e questo aiuta ulteriormente il lavoro di distanza critica (in termini metacognitivi definita *differenziazione*) dall'immagine negativa.

Il lavoro in seduta sulla consapevolezza dello schema in quanto tale e non come realtà, tuttavia, non risulta facile e la parte sana di Marina risulta sempre soccombente rispetto a quella negativa. Dopo circa sei mesi e tre esami superati brillantemente il percorso di miglioramento, che ha sempre avuto un andamento di alti e bassi, si arresta. Durante la preparazione del quarto esame ritornano ansia, depressione e l'abuso di alcol e psicofarmaci. Il trigger sembra essere la sospensione della terapia durante il periodo estivo. In quel periodo, inoltre, la paziente torna da una vacanza e la madre le racconta in modo distaccato che uno dei gatti che viveva con lei e a cui era molto legata è morto mentre lei era via. In questo momento nessuno degli strumenti utilizzati in precedenza per ridurre la sofferenza sembra essere efficace.

A questo punto la terapeuta esprime a Marina ciò che sente, ossia che ha la sensazione che per lei sia davvero molto importante che il suo dolore venga visto in terapia e come in questo momento non ci sia spazio per azioni che tentino di modificare il modo in cui si sente. Aggiunge che, al tempo stesso, osserva dei segnali di richiesta di aiuto e di presenza sentendo la spinta a rimanere concentrata sulla paziente e al tempo stesso avverte un rischio nel distrarsi dalla relazione con lei, come mai era accaduto in precedenza. La terapeuta chiede se questo suo vissuto corrisponda in qualche modo al vissuto della paziente, se ha un qualche senso per Marina, se le dice qualcosa rispetto a come si sente lei.

Marina si protende in avanti sulla poltrona, ha gli occhi lucidi, il senso di calore genera un lieve rossore in viso e commenta "non ci avevo mai pensato, questo è interessante..." ed iniziano ad emergere ricordi del senso di solitudine e abbandono nel viaggio a Parigi da parte sia dei genitori che della psichiatra che fino a poco prima la seguiva, episodi di tristezza e disperazione da bambina nel vedere la mamma che usciva continuamente di casa, l'assenza del padre, il rischio ripetuto di abbandono nel non sottomettersi alle aspettative, la spinta continua della madre a riuscire all'università senza tenere in alcun modo in considerazione la sua enorme sofferenza, la perdita del suo gatto che rievoca la morte improvvisa del nonno che non è riuscita a salutare.

La terapeuta ha scelto di metacomunicare sulla relazione rivelando i propri stati d'animo; l'obiettivo era stimolare lo stesso tipo di comunicazione nella paziente, favorendone il coinvolgimento e rinforzando la relazione terapeutica. La correttezza dell'utilizzo dell'autosvelamento è stata confermata dall'emergere di nuovi episodi autobiografici e nuovi temi che fino a quel momento non erano stati affrontati.

In seduta Marina e la terapeuta finalmente iniziano ad approfondire un tema: per Marina le figure che si prendono cura di lei ci sono finché c'è uno stato di allarme, quando Marina sta meglio loro si dimenticano di lei. Sostanzialmente essere autonoma e portare avanti i suoi obiettivi non è possibile sia perché incontra l'immagine di sé inadeguata sia perché sprofonda nello stato di abbandono e solitudine.

In coerenza con la CMT, la terapeuta in questo caso ha superato un test di transfert. Con questo tipo di test, il paziente affida al terapeuta il ruolo di "genitore traumatico" per poter verificare se si comporterà in linea con esso, nella speranza che ciò non accada (Gazzillo, 2016). Marina aveva bisogno di scoprire che la terapeuta sarebbe stata lì per lei anche nel caso in cui lei fosse stata meglio.

Ora che Marina è sicura di ciò, può tornare a lavorare con la propria terapeuta con l'obiettivo di migliorare.

Dopo poco Marina cambia università commentando “per la prima volta nella mia vita ho deciso in base a quello che sentivo”. La terapeuta, vedendola cercare rilassata sul telefono delle foto da mostrarle in cui vede finalmente il proprio viso gioioso insieme ai compagni della nuova facoltà, si commuove, glielo comunica e insieme fissano un nuovo obiettivo di terapia: condividere lo stato di benessere, renderlo sempre più stabile e recuperabile. Dopo qualche mese la terapeuta propone di iniziare a parlare della possibilità di ridurre la terapia a due settimane. Nella seduta successiva la paziente riporta di avere l'impressione che la terapeuta voglia liberarsi di lei. Esplorando cosa stia accadendo emerge come la condivisione del benessere, insieme all'idea di iniziare a ridurre la frequenza delle sedute, abbia riattivato lo schema di abbandono; la paziente teme, stando meglio, di non essere più una persona interessante e che quindi, di fronte ai suoi racconti, la terapeuta si annoi e voglia liberarsi di lei.

I tentativi di *differenziazione* generano una presa di distanza critica dallo schema e un maggiore benessere, ma la paziente mostra ancora segnali di tensione e non si rilassa del tutto. La terapeuta a questo punto chiede “E se invece lei mi lasciasse annoiare?”, e le racconta di quando suo figlio le chiede di guardarlo mentre gioca a basket durante gli allenamenti. La terapeuta descrive il desiderio di fare altro e il senso di costrizione e noia nell'assecondare quella richiesta, la propria decisione di fermarsi a guardarlo perché ci teneva a lui e di come lui non fosse minimamente interessato a come lei stesse, ma si godesse la sua presenza. La paziente si commuove, si rilassa sprofondando nella poltrona e sorride. Paziente e terapeuta condividono la possibilità per Marina di sentire che la terapeuta ci tiene a lei e di rimanere in un clima di condivisione senza che debba fare nulla per rendersi “interessante” attraverso la sofferenza. Paragonando la relazione con Marina ad un episodio vissuto con suo figlio, la terapeuta ha nuovamente dimostrato alla paziente come l'altro ci tenga a lei anche quando sta bene o si annoia, superando un test di transfert per compiacenza: Marina ha testato la propria credenza patogena di essere noiosa e che l'altro la abbandonerà quando non soffre, comportandosi in conformità con essa (“per compiacenza”) e sperando venisse disconfermata.

Conclusioni

La letteratura supporta l'utilità dell'autosvelamento. Rimane difficile stabilire per i clinici quali informazioni rivelare, in che modo farlo e in quale momento. Una risposta potenzialmente utile è utilizzare la *self-disclosure* alla luce della formulazione del caso. La formulazione in TMI fornisce informazioni su fattori che causano e mantengono il disturbo e, cosa per noi ancora più importante, sugli schemi interpersonali del paziente. Conoscere gli schemi permette al clinico di scegliere il tipo di intervento più adatto, ipotizzando con maggiore facilità l'effetto dell'intervento stesso e la possibile reazione del paziente (che fornirà al terapeuta una misura di efficacia dell'intervento). Inoltre, in coerenza con la CMT, conoscere i piani del paziente e saper riconoscere il modo in cui “*testa*” le proprie credenze patogene nella relazione con il terapeuta permette al clinico di utilizzare l'autosvelamento – laddove lo ritenga necessario - tenendo a mente lo scopo del test del paziente e, quindi, del suo intervento.

Author Contributions

The authors contributed equally to this manuscript.

Compliance with Ethical Standards

Conflict of interest

The authors declare that they have no competing interests.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

Ethical approval

All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Informed Consent

Each participant dealt with the process of informed consent.

Bibliografia

- Alexander, B. K., French, T. M. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*. Ronald Press, New York.
- Danish, S., D'Augelli, A., & Hauer, A. (1980). *Helping skills: A basic training program*. New York: Human Sciences Press.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., & Salvatore, G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale: dei disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Dimaggio, G., Ottavi, P., Popolo, R., & Salvatore, G. (2019). *Corpo, immaginazione e cambiamento. Terapia metacognitiva interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Dimaggio, G., & Semerari, A. (Eds.). (2003). *I disturbi di personalità: modelli e trattamento: stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Laterza.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Procacci, M., & Nicolò, G. (2006). Toward a model of self pathology underlying personality disorders: Narratives, metacognition, interpersonal cycles and decision-making processes. *Journal of personality disorders*, 20(6), 597-617.
- Gazzillo, F. (2016). *Fidarsi dei pazienti: introduzione alla Control Mastery Theory*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- 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*. Advance online publication.
- Hanson, J. (2005). Should your lips be zipped? How therapist self-disclosure and nondisclosure affects clients. *Counselling & Psychotherapy Research*, 5(2), 96-104.
- Henretty, J. R., & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 63-77.
- Hill, C. E., Sim, W., Spangler, P., Stahl, J., Sullivan, C., & Teyber, E. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study II. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(3), 298.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Ureño, G., Kalehzan, B. M., & O'Halloran, P. (1989). Psychodynamic formulation, consensual response method, and interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 599.
- Kendjelic, E. M., & Eells, T. D. (2007). Generic psychotherapy case formulation training improves formulation quality. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(1), 66.
- Liotti, G., & Monticelli, F. (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina.
- McCarthy Veach, P. (2011). Reflections on the meaning of clinician self-reference: Are we speaking the same language? *Psychotherapy*, 48, 349-358.

- Ridley, C. R., Mollen, D., & Kelly, S. M. (2011). Beyond microskills: Toward a model of counseling competence. *The Counseling Psychologist*, 39, 825– 864.
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381.
- Safran, J.D., Muran, J.C. (2000). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Tr. It. Laterza, Roma-Bari 2003.
- Sim, K., Gwee, K. P., & Bateman, A. (2005). Case formulation in psychotherapy: Revitalizing its usefulness as a clinical tool. *Academic Psychiatry*, 29(3), 289-292.
- Sperry, L., Gudeman, J. E., Blackwell, B., & Faulkner, L. R. (1992). *Psychiatric case formulations*. American Psychiatric Association.
- Sullivan, H.S. (1954). *Il colloquio psichiatrico*. Tr. It. Feltrinelli, Milano 1967.
- Weiner, M. (2002). Reexamining therapist self-disclosure. *Psychiatric Services*, 53(6), 769.
- Wolpe, J., & Turkat, I. D. (1985). Behavioral formulation of clinical cases. In Behavioral case formulation (pp. 5-36). Springer, Boston, MA.
- Ziv-Beiman, S., Keinan, G., Livneh, E., Malone, P. S., & Shahar, G. (2017). Immediate therapist self-disclosure bolsters the effect of brief integrative psychotherapy on psychiatric symptoms and the perceptions of therapists: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 27(5), 558-570.