# Psicoterapia psicodinamica supportiva per i pazienti con Disturbo Borderline di Personalità: elementi comuni tra setting individuale e istituzionale

**Monari Marco[1] MD, Balzarro Beatrice[2] MD, Bandieri Valentina[2] MD, Manzo Valentina[2] MD, Martino Francesca[3] PsyD, Menchetti Marco[3] MD, Trappoli Angela[2] MD, Berardi Domenico[3] Prof**

Affiliazione:

1. Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche (DSM-DP), Ausl Bologna
2. Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie DIBINEM - Università di Bologna
3. Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche DIMEC - Università di Bologna

Corresponding author:
Dott. Marco Monari
Email: ma.monari@ausl.bologna.it
Telefono: 3398676231
Inviato il 18.5.2015 rivisto il 24.6.2015 accettato il 29.6.2015

## Riassunto

Nel presente lavoro intendiamo presentare i dieci principi ispiratori del modello di psicoterapia psicodinamica supportiva individuale che viene offerta ai pazienti con disturbo borderline di personalità (DBP) nell'ambito del nostro progetto. Tali principi non sono tuttavia di esclusiva pertinenza del setting psicoterapeutico; riteniamo infatti che possano rappresentare aspetti fondanti del rapporto terapeutico di ogni operatore con i pazienti affetti da DBP nei diversi assetti istituzionali.

Il primo aspetto è il lavoro di tessitura dell'alleanza terapeutica, che è un processo lento, simile al costituirsi nel tempo di un legame di attaccamento. Il secondo principio è il modello di trattamento in due tempi, che ha a che fare con il tentativo di confezionare "su misura" il trattamento, sviluppando prima una relazione di fiducia (I fase), per poi affrontare gli aspetti traumatici (II fase). Riteniamo inoltre fondamentale l'individuazione di un focus chiaro e condiviso sul quale lavorare (terzo punto), anche in considerazione dei limiti temporali previsti dal modello che presentiamo. La nostra proposta prevede che il terapeuta mantenga costantemente un atteggiamento attivo nel qui e ora della relazione (quarto punto), evitando di porsi in modo troppo difensivo in considerazione della spiccata sensibilità di cui spesso i pazienti affetti da DBP sono dotati. Il quinto punto riguarda la fluttuazione del lavoro terapeutico tra il polo positivo, che corrisponde alle risorse psicologiche del paziente con cui iniziare a lavorare, ed il polo negativo, che ha a che fare con le inevitabili rotture nel rapporto di cura. Il lavoro con il Sé (sesto punto) rappresenta il delicato processo di aggiustamento emotivo e di regolazione reciproca degli stati del sé all'interno della coppia terapeutica. Il lavoro con l'Io del paziente (settimo punto) rappresenta invece l'instancabile processo di sviluppo della consapevolezza, fondamentale con un paziente che spesso è naturalmente portato ad agire piuttosto che pensare le proprie emozioni. Altrettanto importante è il lavoro del terapeuta sul controtransfert (ottavo punto), al fine di evitare che egli sia portato ad agire senza riflettere (enactment) a fronte delle forti ondate emotive da cui inevitabilmente è invaso nel rapporto col paziente con DBP. E' inoltre necessario mantenere la consapevolezza che sullo sfondo della relazione con questi pazienti permane il rapporto con l'oggetto traumatico-traumatizzante, al fine di aiutarli a favorire il passaggio da difese dissociative rigidamente difensive verso soluzioni dissociative più elastiche e personali. Infine, è fondamentale che il terapeuta abbia la possibilità di usufruire di un attento scrutinio delle proprie reazioni controtransferali attraverso una supervisione clinica strutturata delle psicoterapie individuali, alla quale si aggiunge una supervisione specifica del gruppo istituzionale allargato.

## Abstract

In this paper we describe the ten principles of the model of the supportive psychodinamyc individual psychotherapy that is offered to patients with borderline personality disorder (BPD) as a part of our project. These principles, however, do not pertain only to the psychotherapeutic setting; we believe that they can represent the fundamental aspects of the therapeutic relationship of each psychiatric operator with patients affected by BPD in different institutional settings.

The first aspect is the work of forming the therapeutic alliance, which is a slow process, similar to the establishment of an attachment bond over time.

The second principle is the two stage treatment model which is trying to package a "customized" treatment, first developing a relationship of trust (Phase I), then dealing with the traumatic aspects (phase II). We also believe that it is fundamental to find a clear and shared focus to work on (the third point), also considering the time constraints allowed by the model we present. Our proposal provides that the therapist maintains a constantly active attitude in the here and now of the relationship (the fourth point), avoiding a defensive attitude towards the marked sensitivity which patients with BPD often have. The fifth point concerns the fluctuation of the therapeutic work between the positive pole, which corresponds to the patient's psychological resources to start working with, and the negative pole, which has to do with the inevitable fractures in the treatment relationship. The work with the Self (sixth point) represents the delicate process of emotional adjustment and mutual regulation of the states of the self within the therapeutic couple. The work with the patient's ego (seventh point) represents the tireless process of developing awareness, fundamental with a patient who often is naturally inclined to act rather than thinking about his emotions. Equally important is the work of the therapist on countertransference (eighth point), to avoid to be brought to act without thinking (enactment) due to the strong emotional surges which inevitably flood the relationship with the patient with BPD. It is also necessary to be aware that, on the background of the relationship with these patients, the relationship with the traumatic-traumatizing object remains, in order to help to facilitate the transition from rigidly dissociative defenses toward dissociative solutions that are more flexible and personal.

It is essential for the therapist to have the opportunity to benefit from a careful scrutiny of his countertransferal reactions through a structured clinical supervision of individual psychotherapy, to which a specific extended institutional supervision group is added.

## INTRODUZIONE:

Nell'elaborazione del progetto già descritto, siamo partiti dal presupposto che le problematiche interpersonali dei pazienti affetti da disturbo borderline di personalità (DBP) rappresentino una componente essenziale del disturbo. La filosofia di fondo, necessaria a formare il cemento connettivo degli interventi, è rappresentata perciò da una proposta terapeutica diversificata e adeguata alle risorse psicologiche e relazionali del paziente, nonché alla fase del disturbo e della vita in cui si trova. In particolare, la proposta che qui vogliamo illustrare riguarda l'offerta di una psicoterapia individuale, attentamente supervisionata e portata avanti da medici e psicologi in formazione, destinata a quei pazienti che mostrano una certa capacità autoriflessiva. Ci preme tuttavia sottolineare come i principi ispiratori del modello di psicoterapia proposta, rappresentino le basi fondanti del rapporto terapeutico di tutti gli operatori con i pazienti affetti da DBP, nei diversi assetti istituzionali di cura, a prescindere dall'applicazione o meno di una psicoterapia specifica.

Il modello psicoterapeutico che andiamo a presentare può essere considerato di tipo C (1), secondo la classificazione del NHS (National Health Service) intorno alla pratica clinica dei servizi di psicoterapia in Inghilterra, cioè ben delineata formalmente e basata su una chiara cornice di riferimento teorico. Il "dosaggio" terapeutico consiste in una seduta settimanale di 50-60 minuti, accompagnata da una supervisione clinica in gruppo con la stessa cadenza temporale. La durata della psicoterapia è proposta in tranche della durata di 12 mesi "pieni", il tempo praticabile (sebbene non ottimale) con le risorse disponibili.

Si tratta di una psicoterapia psicodinamica supportiva relazionale e integrata. Psicodinamica in quanto di derivazione psicoanalitica, basata su un'ottica di psicologia bipersonale e fondata sulla psicopatologia dello sviluppo infantile. Supportiva in quanto è ormai provata l'efficacia terapeutica di alcuni suoi strumenti specifici quali il setting, lo sviluppo dell'alleanza terapeutica, l'attenzione centrata sul paziente e sulla sua storia personale oltre che sui sintomi, lo stile comunicativo, il clima emotivo e la regolazione delle aspettative reciproche (2). Relazionale in quanto improntata all'offerta di un'esperienza terapeutica che si adegua al deficit delle capacità psicologiche e relazionali del paziente, alla luce delle teorie da più parti dimostrate (3,4) che vedono il DBP come conseguenza di un disturbo dell'attaccamento generato da un deficit delle relazioni primarie. Integrata perché attenta alle aree comuni di intervento psicoterapeutico rispetto agli altri modelli ed alle specifiche prove di efficacia disponibili.

La psicoterapia così concepita risponde alla necessità di approntare un ambiente facilitante e contenitivo, una situazione di holding environment (5,6), implicitamente offerta anche dalla strutturazione del dispositivo di trattamento nel suo insieme, che descriveremo nei dieci punti salienti che caratterizzano il nostro approccio con i pazienti con DBP:

- La costruzione dell'Alleanza Terapeutica e il lavoro psichiatrico di base
- Un modello di trattamento in II tempi
- L'esistenza di un focus chiaro e condiviso
- Un terapeuta attivo
- Il lavoro sul positivo e sul negativo
- Il lavoro con il Sé
- Il lavoro con l'Io
- Le risposte non pensate del terapeuta (enactment) e il controtransfert
- Il rapporto con l'oggetto traumatico-traumatizzante
- La supervisione clinica strutturata

1. La costruzione dell'Alleanza Terapeutica e il lavoro psichiatrico di base

Come già precedentemente esposto, il primo e fondamentale aspetto è il lavoro di costruzione-tessitura-sviluppo dell'alleanza terapeutica, che richiede tempo ed un intenso esercizio mentale ed emotivo. Si tratta di un'esperienza messa in comune da curanti e pazienti, che avviene come per accumulo e lento deposito di incontri successivi, allo scopo di giungere ad una sorta di addomesticamento dell'altro (7) e ad una maggiore fiducia e familiarità reciproca. L'Alleanza Terapeutica è per definizione bassa all'inizio del trattamento con i pazienti difficili e, quando è troppo elevata, rischia di essere la conseguenza di un eccesso di idealizzazione, che può comportare cadute e rotture importanti. Il suo costituirsi nel corso del trattamento, il passaggio cioè dalla fase di accettazione del setting terapeutico a quella di lavoro, è un processo lungo e difficile, della durata a volte di anni; spesso, nei casi favorevoli, essa rappresenta un punto di arrivo e non di partenza (8). Tale processo non esclude anche momenti di rottura, inevitabili ed utili a visualizzare sotto una nuova luce aspetti altrimenti inediti del sé dei pazienti. Le fasi di rottura dell'Alleanza Terapeutica -il cartellino giallo nel lavoro di psicoterapia istituzionale di un Day Hospital territoriale (9,10)- possono infatti costituire, se comprese nelle loro motivazioni, occasioni di riparazione della relazione. In fondo il processo di sviluppo dell'Alleanza Terapeutica può essere considerato del tutto analogo al processo che porta alla costruzione di un legame di attaccamento, allo sviluppo di una base sicura, per dirla nel linguaggio clinicamente così evocativo della Teoria dell'Attaccamento.

2. Un modello di trattamento in II tempi

Il secondo principio è quello di un modello di trattamento in due tempi (11,12) a complessità crescente. Si tratta del tentativo di rispondere in maniera ottimale alle specificità del paziente, di personalizzare il trattamento confezionandolo "su misura" sia nelle caratteristiche di setting formale sia nelle funzioni che vi svolge il terapeuta. Se è vero che l'ipersensibilità interpersonale è un aspetto rilevante della patologia borderline, ogni ipotesi terapeutica mette alla prova il paziente rispetto al suo enorme desiderio di vicinanza emotiva e alla sua paura speculare della dipendenza e del rifiuto. Nel momento in cui il paziente si sente emotivamente connesso, tende tipicamente ad oscillare tra idealizzazione e angosce di separazione. Contemporaneamente, rischia di mettere in atto agiti potenzialmente pericolosi sia per cercare un

riavvicinamento che per guadagnare una distanza emotiva di sicurezza. La ripetuta esperienza di riuscire ad attraversare, senza danni eccessivi, questa prima delicata fase di negoziazione della distanza terapeutica, mantenendo attiva la connessione con il paziente, è di grande aiuto nel migliorare la capacità di reciproca regolazione affettiva e la competenza relazionale della coppia. Una considerazione merita infine l'elemento della limitazione temporale, dettato da esigenze pratico-organizzative, che rappresenta un focus essenziale fin dall'inizio dell'esperienza psicoterapeutica. Nonostante tale rilevante limite, la nostra impressione è che un'esperienza psicoterapeutica di un anno possa costituire una preziosa occasione di ricognizione delle vicende psicologiche, regolazione emotiva e del Sé e di rinforzo dell'Io, possibile sulla base di un approccio intensamente pensato, commisurato e discusso nel corso della sua attuazione. D'altra parte le esperienze psicoterapeutiche parziali che spesso i pazienti più gravi accumulano lungo le diverse fasi della loro vita depongono per una lenta ma possibile sedimentazione di qualche elemento positivo.

3. L'esistenza di un focus chiaro e condiviso

L'esistenza di un focus chiaro (autolesionismo, problemi relazionali o comportamentali, mancanza di motivazioni) sul quale lavorare nel corso del trattamento per trovare soluzioni più adattive e meno dannose per il paziente è di fondamentale importanza, a maggior ragione in una psicoterapia con limiti temporali predefiniti come previsto nel modello che presentiamo. A tale proposito, un focus di grande intensità terapeutica, che può essere affrontato nella prima fase del trattamento, non solo dal terapeuta ma da operatori con diverse professionalità, e che può rivelarsi di grande efficacia, è la predisposizione insieme al paziente di un piano di gestione della crisi (13). Essa parte dalla rielaborazione e dalla riflessione condivisa delle dinamiche in gioco nel corso dei momenti di crisi, e passa attraverso l'analisi puntuale dei "segnali premonitori", dei fattori scatenanti, delle sue conseguenze, e delle strategie che il paziente, le persone a lui vicine ed, in ultima istanza, il Servizio, possono mettere in atto per fronteggiarla. Essendo un processo individualizzato e pensato insieme al paziente, che si fonda sulla sua responsabilizzazione attiva, richiede un'approfondita conoscenza del paziente e della sua storia.

4. Un terapeuta attivo

Il terapeuta deve mantenere un atteggiamento attivo nel qui e ora della relazione, ponendo attenzione agli aspetti transferali e mantenendoli monitorati, ma raramente esplicitandoli come tali al paziente. E' inoltre utile che il suo approccio oscilli fra accoglimento e fermezza, fra valorizzazione del bisogno sincero del paziente e limitazione delle pretese eccessive.

E' suo compito altresì monitorare il procedere della terapia e interrogarsi periodicamente sul suo andamento. Il terapeuta "non deve fare il professore" o avere un atteggiamento troppo ingessato e difensivo nel suo ruolo professionale per poter entrare in contatto col paziente che a sua volta, per la sua storia emotiva, è spesso dotato di antenne immediatamente molto sensibili alle emozioni presenti nella mente del terapeuta, pur essendo cieco rispetto alla capacità di mentalizzare le proprie. Va da sé che anche il terapeuta debba avere la stessa sincerità ed onestà intellettuale richiesta al paziente, così da consentirgli di riconoscere con schiettezza l'errore o le ragioni dell'altro. I suoi interventi devono essere proposti inoltre con una certa enfasi affermativa del diritto di esistere per il paziente del mondo delle sue emozioni e della loro espressione, validandone l'esistenza. Come già esposto, non ci possono essere infatti modificazioni psicologiche se non partendo da una situazione di fiducia che va costruita e sviluppata attraverso anche momenti di rottura. L'offerta discreta e crescente del terapeuta e della sua mente come una sorta di parete attrezzata, i cui appigli emotivi e le cui funzioni cognitive sia possibile mostrare al paziente, può rappresentare un'importante occasione di identificazione. Non va richiesta al paziente la capacità di analizzare le ragioni e le componenti emotive dei propri agiti, ma è il terapeuta a dover attivamente proporre ipotesi su cui lavorare, offrendo al paziente la possibilità di sentirsi capito, con conseguente miglioramento della coesione del sé e della capacità di riflettere. L'esperienza di superare insieme le burrasche emotive e di conservare una realistica speranza nella ricerca di strategie meno autodistruttive, costituiscono due esempi positivi di questo riuscito intreccio.

5- Il lavoro sul positivo e sul negativo

La fluttuazione del lavoro tra positivo e negativo costituisce una ginnastica emotiva importante nella psicoterapia dei pazienti con DBP. Infatti, solo quando sono in gioco affetti positivi è possibile la comparsa di una forma di funzionamento mentale nel paziente con un carattere associativo e non lineare in cui i pensieri vagano nella mente in libertà (14,15); solo quando compare questo tipo di attività mentale può nascere un sentimento condiviso di sintonia che porta con sé uno stato di benessere. E' a questo punto che diventa possibile scegliere se e come affrontare in un tempo successivo (II fase) gli aspetti traumatici delle problematiche borderline che, come vedremo meglio in seguito, invadono la situazione psicoterapeutica.

Il polo positivo corrisponde allora al tentativo di sintonizzazione emotiva e di regolazione affettiva col Sé del paziente (vedi punto 6), che porta ad un'atmosfera terapeutica fiduciosa, ad una sorta di condivisione di stati del sé tra emisferi destri (15,16). A tale scopo, è prevista una valorizzazione iniziale degli elementi positivi del paziente e della sua storia, delle risorse psicologiche in lui presenti, della sua fame di rapporti oggettuali, mantenendo sullo sfondo gli aspetti negativi o fortemente aggressivi, in attesa del momento clinico opportuno perché siano apertamente affrontati. In alcuni casi ci si trova a comportarsi un po' come Mr. Magoo, il personaggio dei cartoni animati spesso in bilico su baratri e pericoli che soltanto sfiora, ma molto determinato a procedere nel suo cammino.

Il polo negativo ha a che fare con le inevitabili rotture nel rapporto terapeutico, a cui conseguono fasi di forte turbolenza tra rabbie improvvise e brusche escursioni della temperatura emotiva. Tutto questo richiede, dal lato del terapeuta, un atteggiamento di grande pazienza che non può che derivare da un interesse genuino e positivo verso il paziente; le personalità troppo rigide e normative di solito non reggono nel tempo tali situazioni. D'altra parte se il paziente con DBP è veramente ingaggiato nella sua terapia, è inevitabile anche per i clinici più esperti provare intensi sentimenti negativi di rabbia e di odio che il paziente, e non solo lui, convoglia nella relazione. L'essere incollerito e il "giusto" odio, anche se non automaticamente agito da parte del terapeuta, ma in qualche modo elaborato, non può che trapelare nella relazione (17) e rappresenta il limite di cui molto spesso i pazienti hanno bisogno per essere contenuti.Un aspetto tecnico fondante di queste burrascose relazioni terapeutiche diviene allora la capacità del curante di evitare derive distruttive e di mettersi ugualmente al servizio del paziente, potendo permettersi una certa elasticità all'interno delle inevitabili fluttuazioni tra emozioni negative e positive. E ancora il riuscire in qualche modo a stare a galla rispetto ad ondate e ad atmosfere relazionali di segno opposto e cangiante presuppone l'importanza della conoscenza puntuale e dettagliata da parte del terapeuta della storia personale del paziente e quindi della dimensione narrativa (18), sia nelle fasi di impostazione del trattamento che nel corso del suo svolgimento, poiché questa può essere di aiuto per superare le inevitabili situazioni di stallo della terapia.

6- Il lavoro con il Sé

Nel lavoro con il Sé nota1 (tra/con il sé del terapeuta e quello del paziente in qualche modo deficitario) un'attenzione particolare va posta inizialmente agli aspetti emotivi-affettivi in cui avviene l'incontro, in quanto il paziente con DBP ha bisogno di sentirsi compreso più che di capire. Vale perciò la metafora, non facile da realizzare, di trovare la lunghezza d'onda comune in cui esprimersi e comunicare.In questo senso il concetto di sintonizzazione-intonazione affettiva descritto da Stern (20) riguarda tutti quegli aggiustamenti reciproci nella coppia terapeutica, che attingono ad una dimensione non verbale del rapporto e sono così importanti nelle fasi iniziali col paziente (i ritmi della conversazione, la quantità degli interventi, il tono della voce, la distanza fisica più vicina o lontana in certe fasi, e la cura della temperatura emotiva in seduta…). Questo continuo processo di aggiustamento emotivo e di regolazione reciproca degli stati del sé all'interno della coppia terapeutica, che procede tra errori, collisioni, rotture e correzioni riparative, ed è asimmetrico per il maggiore impegno del curante in questo sforzo, ha un forte significato intersoggettivo che permea profondamente l'atmosfera dell'incontro (21). Riconoscimento, rispecchiamento, reverie, adattamento, relazione d'oggetto-Sé, empatia, costruzione di un porto-base sicura, sono termini equivalenti per descrivere quegli aggiustamenti emotivi ed affettivi necessari allo sviluppo di una dipendenza positiva, tenendo conto anche della necessaria gradualità per la paura del paziente con DBP di un'esposizione emotiva troppo intensa, che rischia di ottundere, per la forte ansia che induce, le sue capacità riflessive. A questo proposito, una paziente che ne aveva ben compreso la matrice infantile comune paragonò questo sforzo al tepore prodotto da una scassata incubatrice, utile ancorché umanamente fallibile, rimandando a quell'inevitabile "grado di inesattezza" (22) delle cure del genitore rispetto al bambino, essenziale però al suo progresso evolutivo.

7- Il lavoro con l'Io

Il lavoro con l'Io nota2 (tra/con l'Io del terapeuta e quello del paziente in qualche modo deficitario) è un instancabile lavoro di tessitura della relazione, di imbastitura leggera e di sviluppo della consapevolezza particolarmente importante per il paziente con DBP. Il supporto, la chiarificazione di ciò che è bene e ciò che è male per il paziente, la riformulazione, gli accordi sul setting, il terapeuta che si offre come un discreto testimone riflessivo per poter cercare di capire cosa sta succedendo (mentalizzazione), l'attenzione alle emozioni presenti più che ai comportamenti (4), lo sforzo di superare le reazioni terapeutiche negative cercando di esplorarne le motivazioni, l'ampliamento della capacità di tollerare visioni del mondo oltre alle proprie e di affrontare la scissione tentando di cogliere anche l'aspetto in quel momento oscurato, tutti questi sono aspetti evolutivi del lavoro con l'Io del paziente. Egli è infatti naturalmente portato ad agire piuttosto che pensare le proprie emozioni. L'incalzare il paziente sulla sua esperienza legittimando anche angoli di prospettiva diversi, dare il nome alle emozioni, ricostruire le sequenze attraverso le quali giunge agli agiti impulsivi e le strategie per cercare di superare i momenti critici, l'esercizio di vedere se stessi dall'esterno e gli altri dall'interno, le fasi di psicoeducazione e di problem solving sono altri elementi importanti nello sviluppo del lavoro con l'Io. Altrettanto significativa è la scelta della modalità e del momento opportuno in cui porgere al paziente le ipotesi elencate, avendo cioè attenzione ad utilizzare un tono dubitativo e non troppo assertivo e fare ciò nelle fasi del dialogo meno calde sul piano emotivo.

8- Le risposte non pensate del terapeuta (enactment) e il controtransfert

Dal momento che anche il terapeuta, a fronte delle forti ondate emotive che lo invadono, è portato ad agire senza poter riflettere (enactment), risulta fondamentale, ai fini della tenuta della psicoterapia, la sua capacità di cogliere le proprie reazioni emotive (controtransferali), distinguendo, attraverso una congrua elaborazione, a chi nella coppia esse appartengano. Sentimenti salvifici, di rabbia, di odio, di terrore, di impotenza assoluta e di autosvalutazione, di ansia e di colpa fino all'estremo della trasgressione dei limiti professionali, possono violentemente irrompere nella mente del terapeuta, che tipicamente si sente invaso e spossessato della sua capacità di pensare. A ciò si aggiunge la frequente oscillazione controtransferale tra l'identificazione concordante ed empatica, le ragioni del paziente di essere così, e quella complementare con i suoi oggetti interni, tra un eccesso di identificazione iniziale che è fisiologica con questo gruppo di pazienti, ed una successiva presa di distanza, spesso punitiva per il paziente. Anche ai terapeuti più esperti può succedere di passare dal rischio di trattare il paziente come persona speciale, di cui sentirsi l'unico fedele interprete e depositario, alla delusione profonda con arretramenti o comportamenti abbandonici. La capacità di tollerare un'escursione termica ampia tra sentimenti opposti costituisce il marchio di fabbrica di queste turbolente relazioni terapeutiche; la rabbia e la noia nelle fasi paludose del trattamento, sono i due poli estremi attraverso cui più frequentemente si snoda controtransferalmente la terapia dei pazienti con DBP. "Per noi è un lavoro per te è la vita" è un concetto da tenere in mente; anche se per certi versi brutale, riporta nel mezzo la barra del timone, in quanto contiene un elemento di realtà semplice e spesso utile ad entrambi, pazienti ed operatori.

9- Il rapporto con l'oggetto traumatico-traumatizzante

E' importante mantenere la consapevolezza che, sullo sfondo della relazione psicoterapeutica con il paziente con DBP, permane il rapporto con l'oggetto traumatico-traumatizzante (7). Da questo deriva il paradosso terapeutico secondo il quale il paziente nel momento in cui cerca un aiuto professionale rischia di trovarsi nella trappola del rapporto con l'oggetto traumatico; da ciò non può che uscire deluso, incompreso, arrabbiato, o sintomatologicamente peggiorato nel tentativo di approdare nuovamente ad una distanza emotiva di sicurezza. In queste fasi è inevitabile che compaia sulla scena non solo la ricerca dell'oggetto sufficientemente buono da parte del paziente -per il terapeuta l'essere o il sentirsi buoni non basta- ma anche di quello sufficientemente cattivo, magari facendo arrabbiare il proprio terapeuta così buono. In questi casi il terapeuta deve faticosamente imparare sulla propria pelle anche a saper fare la parte del cattivo, per i tempi necessari al paziente e senza esagerare. Aspetti che complicano ulteriormente il quadro sono spesso la scomoda posizione dettata dalla repentina sequenza biunivoca salvatore-vittima-persecutore, dai comportamenti traumatofilici e dalla maligna identificazione con l'aggressore. Permane comunque la necessità di sottolineare che il trauma e il rapporto con l'oggetto traumatico emergono inevitabilmente sul piano transferale nel corso di questa terapia, seppure limitata nel tempo, ma vanno tenuti, per quanto possibile, sullo sfondo, cercando di polarizzare l'attenzione sul qui e ora e sulle risorse psicologiche e personali presenti. Il lavoro clinico nei setting territoriali (23) insegna che l'esperienza ripetuta nel tempo di essere in qualche modo contenuto e compreso dal terapeuta, e anche dai diversi curanti del dispositivo complessivo della cura nei casi più gravi, può in parte bonificare queste aree traumatiche e attenuare le sequenze di agiti autolesionistici, offrendo un modello di identificazione e di mentalizzazione. L'ipotesi terapeutica diviene allora quella di aiutare il paziente con DBP a rimettere in moto il fisiologico processo dissociativo della mente, favorendo il non semplice passaggio da difese dissociative rigidamente difensive, o stati del sè connessi alle esperienze traumatiche, verso soluzioni dissociative creative più elastiche e personali (24).

10- La supervisione clinica strutturata

Tutti i movimenti emozionali-affettivi che attraversano così burrascosamente la coppia terapeutica rendono ragione dell'importanza fondante, ai fini dell'efficacia della

psicoterapia, di un attento scrutinio delle proprie reazioni controtransferali, a livello individuale e di gruppo quando esso è implicato. Ciò comporta la necessità assoluta di poter usufruire di un tempo sufficiente, e periodicamente costante, per poter discutere in un'atmosfera di libertà espressiva ciò che avviene col paziente. Questo può avvenire a due livelli. Il primo è rappresentato da una supervisione clinica strutturata delle psicoterapie individuali, condotta da clinici esperti, che rappresenta una forma di robusta sicurezza per pazienti ed operatori anche esperti, così come gli alpinisti fanno nel loro arrampicare in montagna. Questa metafora rende ragione sia della complementarietà e della sintonizzazione necessarie ai movimenti emotivi della coppia, perché sicurezza possa in qualche modo essere fatta, sia della necessità di un punto terzo di aggancio, quale la supervisione stessa, ma anche le teorie cliniche o il gruppo dei colleghi. A questo si aggiunge una supervisione specifica del gruppo istituzionale allargato, in cui possono trapelare le peculiarità dell'assetto istituzionale in cui essa si svolge e che comprendono la discussione sia delle relazioni interpersonali che il paziente intrattiene nei gruppi terapeutici, sia di ciò che succede tra pazienti ed operatori nell'istituzione curante nel suo insieme. In tale ambito particolare attenzione va data alla funzione del meccanismo della scissione cha da difesa intrapsichica diviene molto frequentemente interpersonale, con le conseguenti problematicità che il lavoro con questi pazienti tipicamente comporta nel gruppo terapeutico.

## Conclusione

E' fondamentale lo sforzo continuo di integrazione della psicoterapia individuale, nel tentativo di tenere insieme e miscelare i diversi aspetti della tecnica psicoterapeutica che abbiamo delineato. Alcuni di essi, come ad esempio la costruzione dell'alleanza terapeutica, il lavoro con l'io, l'individuazione del focus su cui lavorare ed il tentativo di sintonizzazione emotiva con il sé del paziente, sono in primo piano nella fase iniziale del lavoro, mentre solo in un secondo momento possono entrare in gioco altri aspetti, quali ad esempio il rapporto con l'oggetto traumatico-traumatizzante. Ciò che invece è indispensabile in ogni momento della terapia è il lavoro di discussione ed analisi delle risposte controtransferali del terapeuta attraverso la supervisione clinica strutturata.

I risultati empirici dell'applicazione del nostro modello di psicoterapia, pur su un numero limitato di pazienti, saranno illustrati e discussi in ulteriori lavori.

Ringraziamenti: Si ringraziano i colleghi del Gruppo di Lavoro per aver contribuito allo sviluppo del programma: Silvia Agostini, Maria Grazia Beltrami, Roberta Bonafede, Biancamaria Bortolotti, Sara Gibiino, LidiaPetrone, Cinzia Rocco, Anna Sasdelli, Enrico Maria Savoia, Paola Tedesco, Lorenza Tonti.

## CONFLITTO DI INTERESSI

Nessun autore del presente contributo ha relazioni economiche o personali o è affiliato con enti od istituzioni, pubbliche o private, che possano influenzarlo nell'esposizione dei dati, nell'elaborazione dei commenti o di qualsiasi altro contenuto espresso nel lavoro.

## BIBLIOGRAFIA


1. Caparrotta L., Ghaffarri K. La funzione della valutazione nelle terapie psicologiche. 1st ed. Roma, Borla, 2007
2. Berti Ceroni G. Confini, muri e bordi. 1st ed, Bologna, Persiani Editore, 2011
3. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. J Pers Disord. 2004 Feb;18(1):36-51
4. Bateman AW, M.A., F.R.C.Psych, Fonagy P, Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. 1st ed, Washington DC, London, England, American Psychiatric Publishing, 2011
5. Winnicott D.W. (1965) Sviluppo affettivo e ambiente. 1st ed. Roma, Armando Editore,1974
6. Gunderson JG, Links PS. Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. 1st ed. Washington D.C., American Psychiatric Publishing, 2014
7. Correale A. Area traumatica e campo istituzionale. 1st ed, Roma, Borla, 2006
8. Gunderson JG, Links PS. Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. 2nd ed. Washington D.C., American Psychiatric Publishing, 2001
9. Monari M. Sulle funzioni terapeutiche di un day-hospital psichiatrico territoriale. Riv. Psicoanal. 2004; 50(2):471-489
10. Monari M. Alleanza terapeutica, teoria dell'attaccamento e mentalizzazione negli inizi con i pazienti difficili. Psichiatria di Comunità, 2007; 4(2):99-106
11. Monari M., Berti Ceroni F. (1998) Criteri di gestione clinica dei pazienti borderline nei servizi psichiatrici pubblici. II: Alcune proposte operative. Rivista Sperimentale di Freniatria, 1998; 122(4): 220-234
12. Monari M., Il disturbo borderline. In Berti Ceroni G., Correale A., (a cura di) Psicoanalisi e Psichiatra. 1st ed, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1999
13. Bateman AW, Krawitz R. Borderline Personality Disorder. An evidence-based guide for generalist mental health professionals. 1st ed. Oxford, UK, Oxford University Press, 2013
14. Meares R. Intimità e alienazione. 1st ed. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2005
15. 15. Meares R. La natura, la perdita e la ricostituzione della coscienza umana o del Sé: la questione della coesione. Psiche, rivista on-line (
16. www.psiche-spi.it),1/2013
17. Schore A. Attaccamento, trauma, dissociazione. In: Bromberg PH, L'ombra dello tsunami. 1st ed. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2012
18. Carpy DV. Tolerating the countertransference: a mutative process. Int J Psychoanal. 1989;70(Pt 2):287-94
19. Monari M. Elementi di continuità tra psichiatria e psicoanalisi. In: Cuniberti P, Caparrotta L. Psicoanalisi in trincea. 1st ed, Milano, Franco Angeli, 2012
20. Bolognini S. Gli affetti dell'analista: analisi con l'io e analisi col sè. Riv. di psicoanalisi, 1991, anno 37(n.2)
21. Stern DN. Il mondo interpersonale del bambino. 1st ed, Torino, Boringhieri, 1985
22. The Boston Change Process Study Group, Il cambiamento in psicoterapia. 2012, Milano, Raffaello Cortina Editore
23. Winnicott DW. (1957) Il bambino, la famiglia e il mondo esterno. 2005, Roma, Tr. it. Magi
24. Chiesa M. Considerazioni sull'intensità del trattamento nei pazienti borderline con riferimento alle esperienze traumatiche precoci. Psiche, rivista on-line (**www.psiche-spi.it**), 1/2013
25. Boccara P, Monari M, Riefolo G., "Vola come una farfalla pungi come un'ape." Configurazioni Border del Sé e vicissitudini del Processo Dissociativo". Interazioni 1-

*Nota1: Sé inteso come soggetto in contatto con il fluire delle emozioni e delle rappresentazioni della propria esperienza (19)*

Nota2: Io inteso come nucleo organizzatore della coscienza riflessiva e della consapevolezza (19)