

Il caso di Margherita come esempio clinico di trattamento secondo la Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP)

ANDREA FERRERO

Summary – THE CASE OF MARGHERITA AS A CLINICAL EXAMPLE OF TREATMENT ACCORDING TO ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY (APP). In this paper a clinical example of Adlerian Psychodynamic Psychotherapy is presented. The diagnosis of the psychic disorder is preliminarily discussed. The psychological dynamics underlying symptoms are subsequently investigated, mainly focusing patient's dysfunctional aspects involving five core areas: identity, comprehension, negative emotions, behavioural dysregulation and social skills. Treatment plan and setting are then presented and the overall psychotherapeutic technique is described as psychopathology – oriented. Therapist's choices are reported as referring to specific strategic axes, both considering relational and intrapsychic characteristics of the patient. Finally, psychotherapy development is described, from the early stages up to the terminal phase.

Keywords: ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY – PSYCHOPATHOLOGICAL FUNCTIONING LEVELS – INTENSIVE/SUPPORTIVE STRATEGY – MUTATIVE/CONSERVATIVE STRATEGY

I. Introduzione

La Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP), e le sue derivazioni a tempo limitato, è nata e si è sviluppata con l'obiettivo di fornire un trattamento psicoterapeutico che si possa configurare come:

- accessibile [18]: ovvero un trattamento breve, a tempo limitato o a lungo termine secondo le necessità dei pazienti, con un'attenzione particolare alle condizioni di accessibilità dei servizi pubblici di psichiatria, psicologia clinica e psicoterapia;
- duttile [12, 16]: ovvero una tecnica utile per una vasta gamma di disturbi psichici;
- specifico [15]: ovvero espressamente fondata sulla psicopatologia;
- sinergico [9]: ovvero concepito come parte di un progetto clinico coerente;
- verificabile dalla ricerca scientifica.

A proposito di quest'ultimo punto, le psicoterapie brevi e a tempo limitato che derivano dalla APP (B-APP: Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy; SB-APP: Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy) possiedono preliminari evidenze scientifiche di efficacia e le caratteristiche di processo che vi sono implicate sono sistematicamente oggetto di studio.

In senso generale, la APP si basa sulla Psicologia Individuale Comparata, la cui identità odierna, peraltro, non è univoca.

Infatti, dopo le prime esaustive descrizioni di Alfred Adler e, tra gli altri, di Wexberg, Dreikurs e degli Ansbacher, i contributi successivi provenienti soprattutto da Austria, Germania, Stati Uniti, Francia, Svizzera e Italia hanno messo in evidenza diverse modalità di sviluppare l'eredità adleriana.

Pertanto, la APP si differenzia, talora in maniera anche significativa, da altre psicoterapie adleriane più o meno strutturate.

Più specificatamente, la tecnica della APP si articola in modo diverso a seconda dello specifico disturbo psichico del paziente e fa, pertanto, riferimento: (a) ad una teoria causale dell'evento clinico che serve a spiegarne la genesi (psicopatologia – teoria della clinica) e a definire ciò che si cerca di guarire o di modificare; (b) ad una teoria del cambiamento dell'evento clinico (teoria della tecnica: strumenti e strategie del terapeuta – setting), che serve a formulare delle ipotesi sulle modalità attraverso cui il cambiamento si possa realizzare.

In questo senso questa tecnica psicoterapeutica, come ogni altra tecnica particolare, si può dunque considerare come un insieme di elementi di valutazione inerenti ad un preciso progetto clinico. In altri termini: descrivere meccanismi specifici significa descrivere contestualmente percorsi ed obiettivi.

Le modalità di trattamento secondo la APP sono presentate in questo contributo descrivendo un caso clinico.

II. *Il caso di Margherita come esempio clinico di trattamento secondo la APP*

Margherita è una donna di 52 anni, originaria del Sud Italia, che vive ora in un piccolo centro vicino a Torino.

Fa l'operaia e non è troppo ben pagata. Il marito, che lavora anch'egli, perde però regolarmente grosse somme di denaro al gioco, pregiudicando periodicamente le condizioni economiche della famiglia, che comprende anche due figli: il primogenito, di 28 anni, vive a casa propria, mentre la sorella di 22 anni vive ancora con i genitori.

La paziente soffre da circa cinque anni di episodi depressivi, caratterizzati da flessione dell'umore, pensieri di colpa, d'inutilità e di tipo rivendicativo e, in generale, da un sentimento che la vita non abbia molto senso.

Durante il primo episodio, in un momento di disperazione a seguito della decisione di sua figlia di abortire, la paziente assume una quantità eccessiva di psicofarmaci, anche se non con un esplicito intento di morire: a causa di questo gesto, viene ricoverata per un breve periodo.

Quando la sintomatologia depressiva si affievolisce, la paziente resta emotivamente instabile con rapidi cambiamenti di umore e si mostra fondamentalmente ansiosa con numerose somatizzazioni. Margherita tende anche a bere troppe bevande alcoliche

tutti i giorni, ma non la si può considerare un'etilista. Inoltre, in una sola occasione, la paziente è svenuta a causa della eccessiva tensione psichica.

Da ultimo, Margherita viene inviata per un trattamento psicoterapeutico dallo psichiatra che ha prescritto la cura farmacologica.

III. *APP: teoria causale dell'evento clinico: la comprensione della sofferenza della paziente*

Prima fase: la diagnosi del disturbo

Lo psicoterapeuta APP deve innanzitutto formulare una diagnosi categoriale circostanziata sulla base di un accertamento clinico autonomo, pur considerando, beninteso, la diagnosi già espressa eventualmente da altri colleghi.

Un approccio utile alla nosografia psichiatrica non deve però limitarsi a criteri differenziali di tipo descrittivo (peraltro indispensabili), ma porre l'accento sulla comprensione delle dinamiche psicopatologiche e degli aspetti disfunzionali che sono alla base dei disturbi psichici, come oggi viene fortemente raccomandato in base a robuste evidenze scientifiche [10].

Il primo obiettivo dello psicoterapeuta APP è comunque quello di tenere conto dei sintomi della paziente, che devono essere considerati come una modalità specifica e personale di comunicare la sua sofferenza.

In realtà, non sarebbe la stessa cosa se la paziente manifestasse le proprie difficoltà, per esempio, attraverso un delirio o una fobia, o un rituale ossessivo.

I sintomi, sia che si tratti di manifestazioni caratterizzanti per una certa diagnosi, come ad esempio le allucinazioni uditive per la schizofrenia, o siano invece del tutto generici, come l'ansia, costituiscono l'insieme dei segni da considerare per definire la presenza di un determinato disturbo psichico.

Nel caso di Margherita, lo psicoterapeuta APP deve dunque rispondere prioritariamente ad alcuni quesiti clinici.

(a) Gli episodi depressivi devono essere inquadrati in un disturbo bipolare dell'umore?

Si tratta di una questione fondamentale dal momento che la psicoterapia è tanto meno efficace quanto più le cause biologiche sono importanti nella genesi del disturbo [14]. In effetti, il "geneticpower" della depressione bipolare (cioè la probabilità statistica che i pazienti presentino nuovamente la sintomatologia su base genetica) è massimo tra i disturbi di pertinenza psichiatrica: all'incirca 0-75-0.80 [17]. Al contrario, le altre forme di depressione riconoscono un "geneticpower" molto inferiore.

Inoltre, sul piano fenomenologico (ovvero di ciò che i pazienti provano) sarebbe cosa ben diversa il vissuto di mancanza di significato degli avvenimenti presenti, che è tipico della depressione bipolare a causa di un improvviso sprofondamento dell'umore,

rispetto ai vissuti di perdita o di lutto che caratterizzano la depressione quando deriva da problematiche che si radicano nelle relazioni significative della vita e nella costruzione della personalità.

Nel caso di Margherita, sia le caratteristiche della sintomatologia (per esempio, un umore più instabile che sottoslivellato stabilmente in basso, un livello di desiderio e di attività soddisfacente, assenza di ipomania nella storia clinica), sia il decorso del disturbo (non chiare alternanze tra benessere e malattia e mancanza di remissione completa tra gli episodi) permettono di escludere una depressione bipolare e di considerare piuttosto una distimia, diagnosi che sostiene, sotto il profilo clinico, l'indicazione alla psicoterapia.

(b) Si può anche diagnosticare un disturbo di personalità?

È una questione preliminarmente rilevante, perché la ricerca indica che trattare la depressione con la psicoterapia è più necessario in caso di comorbidità con un disturbo di personalità.

In questo caso, i sintomi di somatizzazione e di conversione, il tentativo para-suicidario con carattere dimostrativo, il pensiero sovente fondato su impressioni, la volubilità drammatizzata tra accuse eccessive, di volta in volta rivolte contro sé o contro altri, sono indici di una personalità istrionica.

Questo riscontro rafforza ancora maggiormente l'indicazione alla psicoterapia, senza limitare il progetto clinico alla prescrizione di un trattamento farmacologico.

Seconda fase: la comprensione psicopatologica della paziente

Peraltro, in accordo con il pensiero di Adler [4], lo psicoterapeuta APP non può limitarsi alla diagnosi clinica per condurre il trattamento. Deve pertanto comprendere la paziente ascoltando con le sue orecchie e vedendo con i suoi occhi, cioè con una capacità di identificazione empatica.

Si sostiene qui che non si dà empatia se il terapeuta, tra le altre cose, non comprende la genesi per lo più simbolica della sofferenza dei pazienti ed i meccanismi coscienti ed inconsci di compensazione e di difesa (stile di vita) che essi utilizzano per affrontarla. Per la comprensione del paziente, lo psicoterapeuta APP fa specifico riferimento ad un modello psicopatologico denominato VulnerabilityEventsPersonality -Psychopathological Model (VEP-PM) [6].

Il VEP-PM permette di valutare il ruolo e il peso di ciascuno dei seguenti fattori: la vulnerabilità biologica, cioè modalità alterate di funzionamento di determinate aree cerebrali; la vulnerabilità psicosociale, cioè esperienze precoci difettuali o conflittuali vissute dal soggetto; l'incidenza di avvenimenti esistenziali significativi (compresa la presenza o l'assenza di traumi); la qualità della risposta individuale alla sofferenza, descrivibile in termini di meccanismi di difesa, di "coping" e di compensazione (organizzazione patologica della personalità); la qualità della risposta ambientale (incluse le

terapie) come fattore addizionale del risultato clinico, una volta comparsa la patologia.

Si possono sintetizzare le principali componenti della psicopatologia di Margherita secondo le considerazioni seguenti.

Considerando la diagnosi clinica, si deve ipotizzare una debole vulnerabilità biologica, senza rilevanza per la psicoterapia. Al contrario, la presenza di una importante vulnerabilità biologica, come quella che si riscontra nella depressione bipolare, dovrebbe indirizzare la psicoterapia in senso essenzialmente psico-educativo, finalizzata a contrastare le false spiegazioni negative dei pazienti rispetto ad una inesplicabile mancanza di senso dell'esperienza.

Riguardo alla vulnerabilità psicosociale, il terapeuta giunge a riconoscere, durante i primi colloqui, come le relazioni precoci di Margherita con i genitori non siano state fonte di sicurezza: sua madre è descritta come una donna forte ma abbastanza imprevedibile, talvolta rabbiosa e dura; il padre viene descritto invece come assente.

A questo proposito, da un punto di vista psicopatologico, è essenziale che lo psicoterapeuta APP possa distinguere se gli effetti patogeni delle relazioni primitive con i genitori hanno prodotto quella che si può definire [13] una disfunzione della struttura primaria del sé (ovvero un'identità precaria) oppure una disregolazione delle funzioni compensatorie del sé (ovvero un'identità stabile).

Bisogna ricordare qui che si è in presenza di un'identità stabile quando il soggetto dimostra di saper sostenere un'immagine ambivalente di sé e degli altri, Al contrario, si può supporre un'identità precaria quando la personalità del paziente è organizzata in funzione di non percepire allo stesso tempo gli aspetti contraddittori di sé e degli altri. Nella storia di Margherita, la qualità delle relazioni familiari precoci hanno reso possibile la coesione di differenti aspetti del sé. Per contro, le sue esperienze infantili, caratterizzate da un attaccamento insicuro [5], hanno avuto per conseguenza tensioni non risolte che turbano il mondo interiore e relazionale della paziente in modo persistente.

Queste considerazioni fondate su materiale clinico potrebbero essere suffragate con informazioni derivanti da test specifici, ma bisogna anche tener conto del fatto che la comprensione dei pazienti avanza sempre per gradi durante le sedute, attraverso supposizioni ed errori che il terapeuta può in seguito correggere.

Più in dettaglio, in base ai racconti della paziente, il terapeuta suppone che Margherita non abbia risolto un conflitto intrapsichico d'abbandono: "se sono come voglio, tu non mi amerai, ma non voglio essere come tu desideri; sono impotente" (come dire che qui si riconosce la matrice dell'inferiorità) "e sono rabbiosa" (e qui appare la soluzione inconscia secondo l'aspirazione alla supremazia).

Diversamente dagli orientamenti delle terapie interpersonali, dove il terapeuta cerca di identificare delle aree problematiche legate a conflitti relazionali, ruoli e abilità sociali, l'APP considera che la comprensione delle dinamiche di contesto non è mai disgiunta dall'attenzione sulle modalità soggettive attraverso cui i pazienti elaborano

il passato e si proiettano verso il futuro, ivi comprese le dinamiche contraddittorie che lacerano la psiche.

Contrariamente, invece, a quanto considera la psicoanalisi Freudiana, non si ipotizza un conflitto tra strutture ipotetiche, quali l'Es, l'Io e il Super-Io, ma piuttosto tra mete inconscie alternative: nel caso di Margherita, quella di regolare l'aggressività (meta intrapsichica) e di imporsi agli altri (meta relazionale) e, contemporaneamente, di regolare le dimensioni dell'intimità, dell'affettività e della sessualità (meta intrapsichica) e di essere amabile (meta relazionale).

Questa vulnerabilità, dunque, radicata nel soggetto dall'infanzia, può indebolire la sua resilienza, cioè la sua capacità di ridurre gli effetti penosi di certi avvenimenti, che diventano specificatamente "tossici" per la paziente.

Gli eventi scatenanti che precipitano il quadro clinico ad un certo punto dell'esistenza dell'individuo sono pertanto abbastanza difficili da comprendere perché la loro gravità non è legata solo all'impatto esistenziale oggettivo (come nel caso delle sindromi post-traumatiche dove i traumi turbano realmente la continuità e la coerenza dell'esperienza psichica), ma al loro significato simbolico.

La comparsa e l'aggravarsi dei sintomi di Margherita sono in relazione a due situazioni tra le altre: l'aborto della figlia e la morte della madre. Si tratta, beninteso, di situazioni gravi e tristi, ma che non scatenano per forza una depressione nella maggior parte della popolazione.

È dunque il legame emotivo inconscio tra questi avvenimenti ed il conflitto intrapsichico irrisolto di lutto e di abbandono che produce un'angoscia particolarmente intensa, dal momento che questo riattiva in maniera irrisolvibile contemporaneamente la rabbia e il desiderio d'amore.

Ecco dunque, si potrebbe dire, la "malattia" di Margherita.

Si può considerare, allora, che l'organizzazione dinamica della personalità costituisca una modalità per affrontarla, come una sorta di tentativo di auto-guarigione.

Il terapeuta APP considera l'organizzazione dinamica di personalità come l'insieme specifico di meccanismi di compensazione (secondo la teorizzazione Adleriana) dell'individuo, grazie a cui la paziente si adatta alla sofferenza.

Questi meccanismi provengono dall'esperienza passata, sono attivati nel presente e sono contemporaneamente orientati verso il futuro ed il progetto esistenziale.

L'organizzazione della personalità costituisce un a variabile indipendente e fondamentale nella genesi e nella continuità, qualità e gravità dei disturbi psichici [10].

I pazienti utilizzano sempre, inconsciamente o in maniera cosciente, le risorse più collaudate per mantenere inalterato il proprio equilibrio psichico, anche se queste si rivelano inadatte o inefficaci. L'utilizzazione di difese più adattive nel corso della terapia può essere un elemento predittivo del cambiamento dei sintomi.

Ecco quindi che non si può proporre una determinata terapia se non si conoscono

prima di tutto i rimedi della paziente.

In particolare, i meccanismi di difesa, che identificano il loro substrato fisiologico in connessioni funzionali che integrano l'attività neuronale attraverso differenti regioni cerebrali [11], tendono ad essere stabili e ad articolarsi secondo una gerarchia di funzionamenti più o meno adattivi.

Essi regolano sia l'esperienza del sé, sia il controllo e l'espressione delle dimensioni relazionali dell'aspirazione alla supremazia e del sentimento di appartenenza [1].

Il terapeuta di Margherita coglie durante le sedute tre differenti modalità psicologiche utilizzate dalla paziente per lottare contro la propria angoscia: negare, considerare solamente cause esteriori per ogni difficoltà ed ancora, all'inverso, pensare di essere la responsabile di ogni accadimento negativo. In certe circostanze sono anche evidenti due altre modalità, agire al posto di mentalizzare e somatizzare l'ansia, che rappresentano il rifiuto inconscio della paziente di accogliere le emozioni negative e contraddittorie come parte della sua psiche.

Comprendere i meccanismi può essere, tuttavia, difficile in molti casi. Semplificando, si può sospettare la presenza di meccanismi di difesa ogni volta che i pazienti affermano con le parole e i comportamenti delle cose che si potrebbero facilmente considerare inesatte, imprecise o incoerenti.

Per esempio, Margherita: “Sono colpevole di tutti i miei problemi, perché sono debole e incapace”; o, al contrario: “Mio marito è la causa di tutta la mia infelicità”, o ancora: “Ho avuto un bel rapporto con mia madre”.

Per comprendere meglio l'organizzazione di personalità, i terapeuti APP utilizzano la PsychopathologicalFunctioningLevels – Rating Scale (PFL-RS) [7], un nuovo strumento già validato per quanto riguarda la consistenza interna del costrutto.

La PFL-RS permette di identificare sette differenti livelli di organizzazione di personalità in base a come si manifestano in cinque aree chiave: coesione dell'identità (ID), comprensione delle esperienze (CO), emozioni negative (EM), regolazione dei comportamenti (AR) e competenze sociali (SO).

In dettaglio, il livello 1 corrisponde alla organizzazione psicotica di personalità, i livelli 2-3-4 a diverse organizzazione borderline, i livelli 5-6 all'organizzazione nevrotica, mentre il livello 7 descrive un funzionamento adattivo.

Ecco dunque come il terapeuta può descrivere sinteticamente il funzionamento psicopatologico di Margherita secondo questi parametri.

Identità (ID): livello 6, identità conflittuale ed iper-ambivalente. Per esempio, la paziente mostra di ricorrere eccessivamente all'evitamento delle contraddizioni, alla ricerca della convalida altrui e alla ricerca del successo.

Comprensione (CO): livello 5, ridotte capacità integrative del pensiero. Per esempio: la comprensione delle situazioni è alterata da eccessi di semplificazione.

Emozioni negative (EM): livello 6, cattiva gestione dei disturbi delle emozioni primarie e secondarie. Esempi: rimozione delle tendenze aggressive e ansia senza oggetto, passività aggressiva ed eccessive angosce relazionali di perdita, repressione dell'aggressività ed eccessivo timore dello scacco.

Regolazione dei comportamenti (AR): livello 4, fantasie di comportamenti distruttivi o alienanti. Esempi: fantasie di suicidio o di isolamento, oppure agiti al posto di elaborazioni psicologiche.

Competenze sociali (SO): livello 6, difficoltà relazionali. Ad esempio: evitamento eccessivo nello stabilire e continuare le relazioni, pessimismo e tendenza eccessiva all'iper-adattamento nei rapporti con gli altri, oppure eccessiva inquietudine o necessità di controllo.

IV. APP: teoria del cambiamento dell'evento clinico: tecnica del trattamento

Il progetto terapeutico e il setting

La APP si compone normalmente di sedute di 50 minuti con cadenza settimanale.

Prima dell'inizio del trattamento, il terapeuta deve definire un progetto terapeutico coerente, che considera nel dettaglio tutte le necessità cliniche del paziente.

Nel caso di Margherita, si deve garantire la terapia farmacologica e prevedere la necessità di ricovero in caso di eccessi alcolici o rinnovarsi del rischio suicidario.

È necessario, pertanto, che la paziente possa essere seguita da due terapeuti. Lo psichiatra deve assicurare gli interventi rivolti alla sintomatologia secondo frequenze e modalità variabili in funzione dell'evoluzione clinica del disturbo, anche in regime di ospedalizzazione se è necessario, mentre lo psicoterapeuta deve gestire le sedute con regolarità, senza attivazioni di sorta che possano gratificare la produzione o il mantenimento di sintomi, che rappresentino una modalità privilegiata di attenzione e di comunicazione.

Peraltro, in presenza di livelli di funzionamento psicopatologico più compromessi, come quelli che si riferiscono alle gravi organizzazioni borderline di personalità (livelli 2 o 3 secondo la PFL-RS), lo psicoterapeuta lavora meglio all'interno di un'équipe che possa prescrivere la terapia farmacologica e gestire le situazioni di urgenza, le dinamiche familiari complesse e i percorsi di riabilitazione psicosociale.

La conduzione del trattamento

Secondo la classificazione proposta dal Menninger Clinic Treatment Project [8] negli USA, i terapeuti psicodinamici di qualunque orientamento utilizzano sette differenti strumenti tecnici durante le sedute, e cioè: interpretazione, confronto, chiarifica-

zione (strumenti tecnici esplorativi), incoraggiamento ad elaborare e convalidazione empatica, consigli ed elogi, conferma e prescrizione (strumenti tecnici validanti).

Il terapeuta APP deve utilizzarli secondo le strategie che ritiene più efficaci per ogni paziente.

Gli obiettivi non si limitano solamente ai sintomi, ma devono considerare il livello di funzionamento psichico, il benessere e la qualità di vita. La valutazione dei risultati del trattamento costituisce, per il terapeuta APP, un aspetto di cui non può disinteressarsi. A questo proposito, si possono considerare, in generale, due assi strategici differenti.

(a) Asse relazionale: il terapeuta utilizza una strategia intensiva e supportiva.

La strategia intensiva si caratterizza per un tipo di alleanza terapeutica al cui interno il terapeuta favorisce la rielaborazione dei vissuti da parte del paziente, e non gli fornisce contributi personali più di tanto. L'obiettivo è quello di sviluppare nei pazienti, come presupposto del cambiamento, un'attitudine di attenzione, confidenza e comprensione delle loro difficoltà. Secondo Adler [2], il terapeuta non può insegnare nulla di meglio ai pazienti della capacità di comprendersi all'interno dei percorsi delle loro vite.

La strategia supportiva è caratterizzata, al contrario, da un tipo di alleanza terapeutica in cui prevalgono i contributi forniti dal terapeuta. L'obiettivo è quello di fornire soluzioni positive alternative in risposta alle difficoltà dei pazienti. Secondo Adler [3], la psicoterapia è un esercizio ed una prova di collaborazione e può concludersi positivamente solo se c'è un sincero interesse per gli altri.

(b) Asse intrapsichico: il terapeuta utilizza una strategia mutativa o conservativa

La strategia mutativa si propone di provocare un cambiamento dello stile di vita e dell'organizzazione di personalità attraverso il cambiamento di qualche meccanismo di difesa legato in maniera significativa alla patologia.

La strategia conservativa è volta a rispettare e rinforzare i meccanismi di compensazione dei pazienti, ed in particolare le difese che appartengono a un funzionamento più evoluto, sano e adattivo.

La scelta di strategia si basa sulla comprensione della patologia. Nel caso di Margherita, si coglie la rilevanza di una persistente angoscia di separazione, che spiega la sua eccessiva e dolorosa vulnerabilità alle minacce di perdita nell'esistenza attuale, sia che si tratti della realtà dei fatti, sia che gli avvenimenti siano vissuti come perdite simboliche.

Si conoscono anche alcune sue reazioni disfunzionali, per la maggior parte inconscie, che definiscono lo stile di vita come un'organizzazione nevrotica di personalità, con livelli più disfunzionali per quanto concerne la regolazione del comportamento (livello 4) e la comprensione (livello 5).

Si è già visto che, nella storia di Margherita, le paure odierne di separazione o di

abbandono devono essere considerate come la risultante della minaccia sperimentata precocemente di perdere le relazioni affettive più significative nel momento in cui la sua identità si costituiva e si manifestava in modo stabile.

Va notato che questa sua angoscia differisce, invece, dalla minaccia di dissoluzione di una condizione simbiotica, dove la presenza dell'altro è indispensabile per preservare l'integrità del sé.

Teoricamente, di fronte a questa condizione patologica, le strategie più mutative e intensive sono quelle che tendenzialmente garantiscono meglio la possibile risoluzione del conflitto e il mantenimento della partecipazione e della collaborazione (sentimento di appartenenza) anche quando terapeuta e paziente si confrontano sulla base di punti di vista e di emozioni differenti durante le sedute.

A questo scopo, in generale, gli strumenti tecnici esplorativi sono particolarmente funzionali, e particolarmente quelli che sono rivolti ad esplicitare il significato inconscio dei movimenti istintuali avvertiti come possibili minacce alle relazioni.

Si potrebbe pensare pertanto all'interpretazione, anche di transfert, e alla confrontazione con i vissuti che la paziente non ama prendere in considerazione. L'incoraggiamento a elaborare, inoltre, può servire a promuovere la formulazione di punti di vista più personali.

Si potrebbero così coniugare le strategie mutative, che riguardano il lavoro sulle difese della paziente, con una strategia relazionale terapeutica di tipo intensivo, che favorisca cioè un'elaborazione autonoma, senza favorire la dipendenza dagli altri al fine di sentirsi valorizzati.

La fase iniziale del trattamento

Tuttavia, in considerazione di alcuni aspetti del funzionamento psicopatologico di Margherita (livelli 4 e 5) e, in particolare della sua tendenza alla semplificazione cognitiva e all'acting-out in luogo dell'elaborazione sul piano psicologico, il terapeuta pensa che mancano alcuni dei presupposti più importanti per impostare una strategia mutativa.

Infatti, Margherita non ha inizialmente una forte motivazione a comprendere, ma piuttosto un forte bisogno di attenzione, e non mostra una buona attitudine a pensare per analogie e per metafore, né una capacità di dettagliare bene l'esame di realtà o un buon controllo degli impulsi.

Pertanto, il terapeuta decide inizialmente di permettere alla paziente di esporre il suo racconto senza correggere la sua visione dei fatti (sceglie cioè una strategia conservativa rispetto ai meccanismi di difesa).

Nel contempo, incoraggia la paziente a confrontare il suo parere a proposito degli avvenimenti, delle situazioni e dei sentimenti con altre possibili prospettive, ma senza adattarsi per forza ai giudizi degli altri (il terapeuta adotta dunque una strategia relazionale intensiva).

Bisogna sottolineare che, nel caso si sia in presenza di una sintomatologia depressiva

legata ad una minaccia della coesione dell'identità (livelli di funzionamento 2 e 3 nell'area identità), il terapeuta dovrebbe condurre le sedute in maniera molto differente: rinforzare l'immagine di sé del paziente, riconoscendo e validando empaticamente i suoi pensieri e le sue emozioni, ed evitando nel contempo le confrontazioni che sovente sollevano angosce che i pazienti con organizzazione borderline di personalità non sanno affrontare (si deve scegliere allora una strategia relazionale supportiva).

Dopo una nuova ospedalizzazione

Ciò nonostante, dopo due mesi dall'inizio del trattamento, Margherita viene di nuovo ricoverata per aver ingerito una dose eccessiva di psicofarmaci. Durante la degenza, chiede di poter incontrare lo psicoterapeuta in ospedale, ma egli gentilmente si rifiuta, per evitare di incoraggiare la ricerca d'attenzione e d'affetto attraverso l'aggravarsi dei sintomi.

È lo psichiatra che fornisce le cure necessarie in quella occasione, come si già stabilito in precedenza.

Quando rientra a casa e ricomincia le sedute, Margherita dice al terapeuta che era stata fortemente turbata dall'eventualità di perdere l'alloggio ove abita a causa dei debiti di gioco del marito. Ha ingerito i farmaci per non pensarci più del tutto.

Il terapeuta decide allora, alla ripresa della psicoterapia, di aiutare Margherita a riconoscere e a comprendere come l'angoscia per le minacce di perdite reali sia vissuta come ancor più insopportabile per il fatto di evocare gli aspetti peggiori di sé e degli altri, ovvero la rabbia, la debolezza e l'instabilità che caratterizzano di solito, secondo l'esperienza di Margherita, le relazioni affettive, anche le più profonde.

Sceglie dunque di adottare, a quel punto, una strategia mutativa.

Il terapeuta considera, in effetti, di aver stabilito con la paziente una buona e solida alleanza terapeutica nella prima fase del trattamento, che gli permette di mettere in evidenza la distruttività di Margherita, senza il rischio che possa temere un abbandono o un rifiuto.

Il lavoro terapeutico avanza problematicamente ma fruttuosamente. Margherita si separa dal marito e vive una nuova tenera relazione affettiva con un uomo attento ai suoi bisogni.

La fase terminale

In tutte le psicoterapie, la fase terminale del trattamento deve essere considerata con la massima attenzione.

Sovente i progressi dei pazienti dipendono dall'aiuto e dalla presenza del terapeuta. Perché il paziente possa mantenere i benefici della psicoterapia, questi aspetti, che hanno anche a che fare con l'instaurarsi di un transfert positivo, devono essere elaborati.

La fine della terapia rinnova una situazione di perdita e pertanto la previsione di con-

cludere le sedute può riattivare l'angoscia di separazione che è alla base della depressione ed anche di molte dinamiche istrioniche.

Quando il terapeuta ed il paziente ipotizzano la conclusione del trattamento, devono considerare che le sedute non sono ancora terminate, ma piuttosto che è cominciata l'ultima fase della psicoterapia, incentrata sulla prospettiva del distacco.

Nella terapia di Margherita, questa fase sta ancora occupando un congruo periodo di tempo.

Al termine di questo esempio clinico, bisogna ancora sottolineare che la relazione umana gioca un ruolo fondamentale nei trattamenti e che l'esempio che il terapeuta fornisce di se stesso ai pazienti presiede a tutte le componenti di tipo implicito che giocano un ruolo fondamentale non solo in psicoterapia, ma in tutte le esperienze di relazione umana.

Tuttavia, è difficile che il terapeuta sia empatico se non comprende nel profondo la natura e la storia del disturbo del paziente ed il livello delle disfunzioni che hanno prodotto la sintomatologia.

È solo facendosi guidare dal paziente e dai suoi vani sforzi di trovare una guarigione al suo malessere che, in un certo senso paradossalmente, il terapeuta può condurre la psicoterapia.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912): *Il temperamento nervoso*. Newton Compton, Roma, 1971.
2. ADLER, A. (1913): *Individualpsychologische Behandlungder Neurosen*. In Saranson D. (a cura di): *Jahres kurse für ärztliche Fortbildung*. Lehmann, München.
3. ADLER, A. (1931): *What life should mean to you*. Little, Brown & co, Boston. Ed. ital.: *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*. Newton, Roma, 1994.
4. ADLER, A. (1936): Prefazione al diario di v. Nijinski. In Ansbacher H., Parenti F., Pagani P.L.: Adler e Nijinski. *Quad. Riv. Psicol. Indiv.*, 6, Milano, 1981.
5. AINSWORTH, M. D. S., BLEHAR, M. C., WATERS, E., WALL, S. (1978): Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. *Am. Psychol.*, 44: 709–716.
6. FERRERO, A. (2014): Updating Adlerian psychopathology according to scientific research: from precarity and its compensation to the “Vulnerability – Events - Personality Psychopathological Model” (VEP-PM). Lecture, *26th Congress of International Association of Individual Psychology*, Paris.
7. FERRERO, A., SIMONELLI, B., FASSINA, S., CAIRO, E., ABBATE DAGA, G., MARZOLA, E., FASSINO, S. (2016): Psychopathological Functioning Levels (PFLs) and their possible relevance in psychiatric treatments: a qualitative research project. *BMC Psychiatry*, 16: 253.
8. GABBARD, G. O. (2000): *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Press.
9. KOEKKOEK, B., VAN MEIJEL, B., SCHENE, A., HUTSCHEMAEKERS, G. (2009): Problems in psychiatric care of 'difficult patients': A Delphi-study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18, 323–330.
10. KOELEN, J. A., LUYTEN, P., EURELINGS-BONTEKOE, L.H.M., DIGUER, L., VERMOTE, R., LOWICK, B., BÜHRING, M. E. F. (2012): The Impact of Level of Personality Organization on Treatment Response: A Systematic Review. *Psychiatry*, 75 (4): 355-374.
11. NORTHOFF, G., BERMPHOHL, F., SCHOENEICH, F., BOEKER, H. (2007): How does our brain constitute defense mechanisms? First-person neuroscience and psychoanalysis. *Psychother. Psychosom.*, 76 (3), 141-53.
12. PARIS, J. (2010). Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12, 56–60.
13. TENBRINK, D. (1998): Betrachtungen zum Spannungsfeld zwischen individualpsychologischer Identität und psychoanalytischen Selbstverständnis in der Individualpsychologie. *Zeit. f. Individualpsychol.*, 23, 95-115.
14. THASE, M. E., SIMONS, A. D., REYNOLDS, C. F. (1996): Abnormal electroencephalographic sleep profiles in major depression: association with response to cognitive behavior therapy. *Arch. Gen. Psychiatry*, 53: 99-108.
15. VERHEUL, R., HERBRINK, M. (2007). The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: A systematic review of the evidence and clinical recommendations. *In-ternational Review of Psychiatry*, 19(1), 25–38.

16. WEINBERG, I., RÖNNINGSTAM, E., GOLDBLATT, M. J., SCHECHTER, M., WHEELIS, J., MALTSBERGER, J. T. (2010). Strategies in treatment of suicidality: Identification of common and treatment-specific interventions in empirically supported treatment manuals. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71 (6), 699–706.
17. WRAY, N. R., GOTTESMAN, I. I. (2012): Using summary data from the Danish National Registers to estimate heritabilities for schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder. *Frontiers in genetics*, 3: 118.
18. ZANARINI, M. C., WEINGEROFF, J. L., FRANKENBURG, F. R. (2009). Defense mechanisms associated to Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23 (2), 113–121.

Bibliografia di approfondimento sugli studi e le ricerche che riguardano la APP

AdlerianPsychodynamicPsychotherapy

FERRERO, A. (2009): *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*. Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino, 2009.

FERRERO, A. (2014): *Une psychothérapie modulée sur le fonctionnement psychopathologique. Le modèle sur-mesure de la psychothérapie psychodynamique adlérienne*. L'Harmattan, Paris, 2014.

Brief – AdlerianPsychodynamicPsychotherapy

FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008): Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: theoretical issues and process indicators. *PanMin. Med.*, 50, 1-11.

FERRERO, A., PIERÒ, A., FASSINA, S., MASSOLA, T., LANTERI, A., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2007): A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalized anxiety disorders in a community setting. *Eur. Psychiatry* 22 (8): 530-539.

COSTANTINIDÈS, P., BLONDEAU, C., DRAPEAU, M. (2010) : La psychothérapie dynamique dans la pratique psychiatrique: est-ce efficace? *Annales Médico-psychologiques*, 169:348-353.

SLAVIN-MULFORD, J., HILSENROTH, M. J., WEINBERGER, J., GOLD, J. (2011): Therapeutic interventions related to outcome in Psychodynamic Psychotherapy for Anxiety Disorders patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 199 (4): 214-221.

SLAVIN-MULFORD, J., HILSENROTH, M. J. (2012): *Evidence-based psychodynamic treatments in Anxiety Disorders: a review*. In: LEVY R.A., STUART ABLON J., KÄCHELE H. (eds): *Psychodynamic Psychotherapy research. Evidence-based practice and practice-based evidence*. Humana Press, Springer, New York.

FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., DELSEDIME, N. et al. (2005): Baseline personality characteristic of responders to brief psychotherapy in eating disorders. *Eat. Weight Disord.* 1: 1-11.

BOVERO, A., TORTA, R., FERRERO, A. (2006): A new approach on oncologi-

cal pain in depressed patients: data from a clinical study using Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy. *Psycho-Oncology*, 15 (S2): 182-18.

TORTA, R., MUNARI, J. (2010): Symptom cluster: Depression and pain. *Surgical oncology*, 19 (3): 155-159.

Sequential Brief – AdlerianPsychodynamicPsychotherapy

FERRERO, A., SIMONELLI, B. (2006): Sequential Brief-AdlerianPsychodynamicPsychotherapy (SB-APP): psicoterapia time-limited per pazienti con organizzazione borderline di personalità. *Riv. Psicol. Indiv.*, 59, 13-38.

FERRERO, A. (2012): Specificità della patologia borderline in adolescenza e possibili riflessi sulle strategie di comunicazione-relazione nel trattamento con la Sequential- Brief AdlerianPsychodynamicPsychotherapy (SB-APP). *Riv. Psicol. Indiv.*, 71: 35-58, 2012.

FERRERO, A. (2012): The Model of Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): Specific Features in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 15 (1), 32-45.

AMIANTO, F., FERRERO, A., PIERÒ, A., CAIRO, E., ROCCA, G., SIMONELLI, B., FASSINA, S., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2011): Supervised team management, with or without structured psychotherapy, in heavy users of a mental health service with borderline personalitydisorder: a two-year follow-up preliminary randomized study. *BMC Psychiatry*, 11: 181.

PIERÒ, A., CAIRO, E., FERRERO, A. (2012): Personality dimensions and Working Alliance in subjects with Borderline Personality Disorder. *Rev. Psiquiatria y Sal. Ment.*, 6 (1):17-25, 2013.

FONAGY, P. (2015): The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry*, 14:137–150.

CHESIN, A., YUR'YEV, A. (2016): *Psychological treatments for suicidal individuals*. In: Wasserman, D. (ed.): *Suicide: an unnecessary death – II ed.*, Oxford University Press

Andrea Ferrero
Via Sommacampagna 6
I-10131 Torino
E-mail: andfer52@hotmail.com