

G-APP. Group-Adlerian Psychodynamic Psychoeducation per genitori di adolescenti con organizzazione borderline di personalità*

BARBARA SIMONELLI, ELISABETTA CAIRO, SIMONA FASSINA, ANDREA FERRERO

Summary – G-APP. ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOEDUCATIONAL GROUP FOR PARENTS OF ADOLESCENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY ORGANIZATION. After reviewing the national and international scientific literature about the theories and the treatments for parents of adolescents with Borderline Personality Organization, related both to adlerian models and to major psychodynamic and cognitivist models, the Adlerian Psychodynamic Psychoeducational Group (G-APP) will be presented in this paper, as regards the therapeutic strategies, the general and specific objectives, the setting and the topics of the session.

Keywords: ADOLESCENT'S PARENTS, GROUP THERAPY, BORDERLINE PERSONALITY ORGANIZATION

I. Introduzione

In questo lavoro viene proposto un modello di intervento psicoeducazionale psicodinamico di gruppo per familiari di adolescenti con disturbi di personalità, attivato all'interno del *Centro DPA – Centro Integrato per la Prevenzione e il Trattamento dei Disturbi di Personalità in Adolescenza*, DSM, ASL TO4, Settimo T. se (TO).

Il *gruppo psicoeducazionale ad orientamento psicodinamico adleriano* (G-APP) per genitori di adolescenti con Organizzazione Borderline di Personalità (BPO), nel fare riferimento al modello epistemologico bio-psico-sociale adleriano [49, 122], distingue vari fattori di rilevanza etiopatogenetica dei disturbi – e tra questi anche quelli che coinvolgono i nuclei familiari – valutando di volta in volta il

* La concettualizzazione, la sistematizzazione dell'intervento e la determinazione nella sua realizzazione appartengono ad Elisabetta Cairo.

ruolo svolto da vulnerabilità biologica, vulnerabilità psicosociale, incidenza di *life-events* significativi, qualità della risposta individuale, descrivibile in termini di meccanismi di difesa, *coping* e di compensazione, e non ultimo qualità della risposta ambientale [57].

Questo intervento è articolato, in un'ottica di integrazione e di presa in carico complessa, nell'ambito di una proposta d'intervento multidisciplinare a rete, concepito all'interno di una cornice teorica e metodologica del trattamento intesa come sistema aperto, che include, nello specifico, la presa in carico psicoterapeutica, ed eventualmente farmacologica, dell'adolescente, in accordo con un progetto clinico coordinato tra più servizi [55, 94, 95, 96, 113, 123].

Il G-APP è, inoltre, coerente con l'impostazione concettuale delle APPs [52, 57]; in particolare si pone in specifica integrazione con la SB-APP, *Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy*, tecnica specificatamente concettualizzata per il trattamento di pazienti, anche adolescenti, con BPO, recentemente definita nelle sue determinanti tecniche [57, 59] e in alcuni specifici indicatori di processo [58] e di esito [14].

Gli obiettivi che il G-APP si prefigge sono la *cura* di alcuni aspetti patologici e/o patologizzanti interni alle dinamiche familiari, la *compensazione* delle fratture nella rete familiare del paziente e la *prevenzione* rispetto al verificarsi di situazioni di crisi e di urgenza clinica.

Nella progettazione dell'intervento clinico, infatti, viene tenuto in grande considerazione il ruolo fondamentale che i genitori detengono nella direzione del supporto e della comprensione delle dinamiche emotive alla base del comportamento dei figli; il gruppo psicoeducazionale G-APP si pone, pertanto, anche in un'ottica di *meta-intervento* e di *meta-comunicazione*.

II. Psicoeducazione e prospettiva individualpsicologica

Il drammatico aumento dei disturbi psichici degli adolescenti in fase evolutiva della personalità [130] rende necessaria un'attenzione clinica sempre maggiore ed una riflessione sugli aspetti psicopatologici della personalità adolescenziale.

L'organizzazione dinamica della personalità, che in fase adolescenziale può essere considerata sostanzialmente in continuità con la personalità adulta [15, 130], è intesa come l'insieme specifico dei meccanismi di compensazione con cui l'individuo si orienta rispetto al raggiungimento/fallimento nei compiti evolutivi fase-specifici e si adatta alle *noxae* patogene e, più in generale, all'esperienza che fa di sé e del mondo [57].

Sotto il profilo clinico, l'*Organizzazione Borderline di Personalità*, in accordo con quanto formulato da Kernberg e successivamente approfondito da Paulina Kernberg proprio in riferimento ai disturbi di personalità dell'infanzia e dell'adolescenza [84], descrive pazienti con un'identità fragile ed instabile, in cui difese rigide tendono a salvaguardare l'immagine di sé dalla percezione di ambivalenze potenzialmente disindividuate. Tra queste strategie difensive ricordiamo: scissione, diniego, idealizzazione e svalutazione, identificazione proiettiva, controllo onnipotente, acting-out [84], che sottendono aspetti caratteriali sistematicamente incoerenti e caratterizzati da specifici *deficit* di mentalizzazione e di regolazione emotiva.

Dal punto di vista descrittivo e sintomatologico, ne conseguono modelli di compensazione e comportamento disadattivi che configurano quadri psicopatologici e clinici differenti – e per citarne alcuni i disturbi del comportamento alimentare [49, 82], tossicodipendenza ed alcolismo [16, 23, 24, 12, 102], i disturbi borderline di personalità [15, 51, 84, 107], agiti autolesionistici e tentativi anticonservativi [30, 46, 108, 129] – di volta in volta ascrivibili ai Disturbi di Personalità così come descritti nell'Asse II del DSM, oppure a sindromi e disturbi classificati in Asse I.

La ricerca e la riflessione clinica pongono sempre maggiore attenzione al ruolo che riveste l'ambiente familiare nella genesi delle patologie della personalità, sia in ordine alla riflessione etio-patogenetica familiare del disturbo borderline ed alla definizione di specifiche costellazioni familiari che sembrerebbero facilitare l'insorgenza del disturbo [124], sia in relazione alla circolarità psicopatologica che coinvolge l'intero nucleo familiare [51]. La patologia borderline può anche essere considerata la drammatica espressione di una crisi familiare, a forte valenza cultural-dipendente [50, 53, 54, 117], legata ad angosce disindividuate [116] anche familiari, che si manifesta proprio in quella fase evolutiva in cui devono essere affrontati i temi della separazione e della costituzione dell'identità.

Le influenze genitoriali sembrano avere una fondamentale importanza sia nello sviluppo fisico ed emotivo sia nel modellare i costrutti psicologici precoci (credenze, visioni del sé e del mondo), che sono a loro volta alla base dello sviluppo della personalità e delle specifiche derive comportamentali [47, 53, 81, 91]. «Nella famiglia odierna spesso i genitori sono più impegnati per i propri bisogni che per quelli emotivi dei figli. Genitori assenti, permissivi ma esigenti, che viziano e non amano, oppure presenti e distratti, che usano il bambino per i propri bisogni sono specchi, talora non solo vuoti ma anche deformanti, e inducono "genitori interni" disarmonici e confusivi disturbanti i processi maturativi dell'identità del sé del figlio. Su tale disturbo strutturale di maturazione potrebbero successivamente agire quei fattori bio-psicologici che attivano il rischio di tossicodipendenze, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità nar-

cisistici e borderline, così diffusi negli ultimi anni tra i giovani delle società avanzate» (104, p. 72).

E particolarmente oggi, la genitorialità si complica proprio per l'accelerazione dei cambiamenti sociali e culturali, inclusi quelli indotti dallo sviluppo tecnologico, o dalle modificazioni sociali delle forme familiari [53], rispetto ai quali molto spesso gli adulti non sono sincronizzati con la percezione del mondo che possono avere i figli adolescenti.

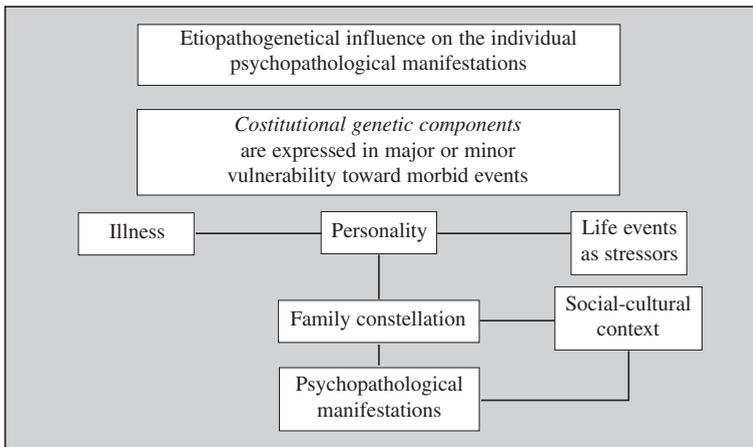
Di particolare rilevanza appaiono gli studi condotti sui genitori dei pazienti con disturbo borderline di personalità, che hanno evidenziato l'interazione dinamica tra gli aspetti genetici temperamentali e quelli ambientali caratteriali nella patogenesi del disturbo. Le alterazioni della personalità dei padri e delle madri dei pazienti indicano l'importanza di un intervento terapeutico specifico per i genitori, compatibile con gli interventi terapeutici per i figli e con l'esigenza di porre attenzione al rischio di favorire una responsabilizzazione colpevolizzante dei genitori che può incrementare iatrogenicamente le resistenze al trattamento [51].

In tal senso, vari ambiti di studi e di ricerche considerano la famiglia stessa a) un fattore protettivo rispetto agli *stressors* esterni, b) agente di formazione e potenziamento delle capacità di resistenza psicologica del figlio, c) una potenziale risorsa ed un potenziale co-agente del cambiamento nel trattamento dei disturbi gravi della personalità in adolescenza, che può contribuire al miglioramento dei sintomi, alla prevenzione delle ricadute ed al miglioramento complessivo della qualità della vita [50, 54, 75, 87, 91].

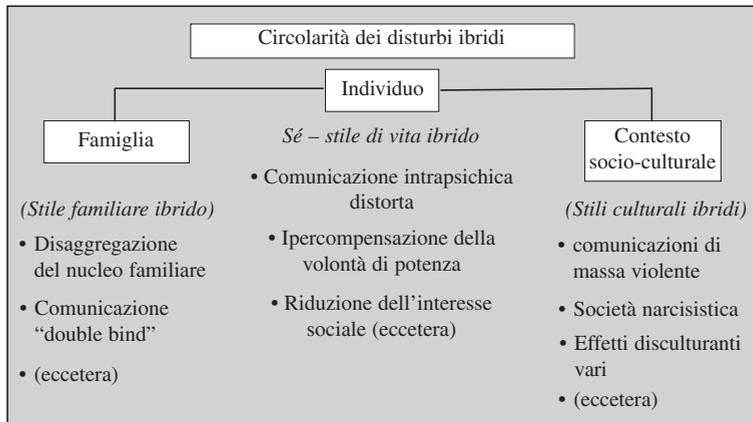
Rispetto a questi temi, sin dalle prime formulazioni del suo pensiero, Adler [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10] sottolinea l'importanza delle relazioni infantili non solo rispetto alle figure genitoriali, ma anche all'interno della costellazione familiare, intesa come «l'insieme di persone conviventi con il soggetto o influenti su di lui durante l'età evolutiva» (105, p. 15) ed, in senso più ampio, come una "unità dinamica" «tendente ad una unità funzionale complessa» (115, pp. 15-16).

I fattori di sviluppo psicobiologici, costituzionali, familiari ed ambientali vanno a costituire la matrice psicologica della psiche del bambino cosicché, in una fase pre-verbale e pre-simbolica dello sviluppo, nel regno implicito dell'esperienza relazionale in cui si incarna l'intersoggettività [67, 92, 127, 132], egli può costituire una propria costellazione familiare interiorizzata. «La visione che la Psicologia Individuale propone dei rapporti tra le relazioni familiari significative e la costruzione dell'identità (Stile di Vita – Sé Creativo) permette di configurare chiaramente le possibili interrelazioni, all'interno del soggetto, tra il polo della realtà e dell'alterità e, conseguentemente, delle relazioni sociali dell'individuo con l'ambiente significativo» (56, p. 44).

A fronte della vastissima letteratura a riguardo, rimandiamo qui a due contributi in area individual-psicologica: 1) al volume *La famiglia è malata?* di Fassino e Delsedime [53] per l'approfondimento degli aspetti sociologici, biologici, transculturali e psicopatologici legati alle problematiche della famiglia e per la trattazione dei differenti approcci terapeutici alla famiglia, anche nei termini dei relativi studi di efficacia e 2) agli «specifici ed ipersintetici riferimenti, tanto sotto un *profilo etio-patogenetico*, quanto rispetto alla *circolarità dei disturbi ibridi stessi*» (117, p. 10), che Rovera propone in chiave individual-psicologica nelle due tabelle che vengono di seguito riportate [Tab. 1 e Tab. 2]:



Tab. 1 – *Profilo etio-patogenetico*



Tab. 2 – *Circolarità dei disturbi ibridi*

Tabelle tratte da ROVERA, G. G. (1996), *La "Hybris" del paziente borderline* (117, p. 11).

Altrettanto fondante nel pensiero adleriano risulta essere l'importanza che egli attribuisce agli interventi di tipo psicopedagogico e psicoeducativo rivolte ai genitori, sin da due "pionieristici" scritti del 1904, *Der Arzt als Erzieher - Il ruolo di educatore del medico* [2], e del 1912, *Zur Erziehung der Eltern - Per l'educazione dei genitori* [3].

In quest'ultimo scritto, Adler descriveva infatti i «genitori che cercano di liberarsi dal sentimento di incertezza con pratiche educative esagerate» (3, p. 8), evidenziando come sia un approccio educativo (e relazionale) eccessivamente rigido ed autoritario, sia un approccio educativo viziante, portino ad una «esaltazione dell'affettività» (*Ibid.*, p. 14). Adler descrive vividamente le situazioni familiari in cui nei ragazzi «si sviluppano una tendenza assai esagerata a farsi valere e un gran bisogno di amore e di tenerezza, tendenza e bisogno che non riescono quasi mai a venire soddisfatti e tanto meno subito [o in cui] le passioni esasperate rompono ogni barriera morale e psichica e spingono con veemenza verso azioni» (3, p. 14), cogliendo l'importanza di quelle attitudini genitoriali all'attenzione emotiva verso il figlio che costituiscono fattori di protezione per lo sviluppo sano della personalità e cogliendo alcuni tratti clinici salienti che oggi riconosciamo nei disturbi di personalità. Adler inoltre sottolinea l'importanza, per il genitore, di essere attento al «progresso della vita sociale» (3, p. 7), ovvero alle modificazioni che avvengono nel contesto sociale e culturale, scolastico ed esterno alla famiglia, in cui il ragazzo cresce, evidenziando la possibilità che egli si debba confrontare con messaggi educativi contrastanti intra ed extra-familiari.

Questa attenzione al fabbisogno di strumenti educativi, di elementi di informazione sanitaria, di competenze fruibili per supportare le difficoltà dei genitori e degli insegnanti di fronte al disagio dei bambini e degli adolescenti appartiene all'impostazione individualpsicologica sin da quando Adler, negli anni venti del secolo scorso, diede vita, in modo pionieristico, alle *Child Guidance Clinics* in Vienna, in articolazione con i servizi di supporto sociale, con le istituzioni politiche e con le scuole. Adler applicò creativamente la sua esperienza clinica nello sviluppo di un modello di *counseling* che precorse la metodologia delle terapie di gruppo e familiari [133].

Il metodo utilizzato, di cui lo stesso Adler forniva pubbliche dimostrazioni, prevedeva: 1. un'attenta e individualizzata indagine intorno al "caso", ovvero al bambino o ragazzo che presentava disagio o patologia, condotta dal consulente con l'ausilio degli insegnanti e dei genitori; 2. la condivisione con gli insegnanti e con i genitori della "diagnosi" e delle indicazioni di intervento. Il metodo si basava sul principio che tutti i soggetti coinvolti nel caso (genitori, insegnanti, etc.) rivestono un ruolo significativo per la possibilità di individuare strategie incoraggianti di compensazione del disagio del bambino, e che ciò diviene possibile se essi assumono consapevolezza di tale loro funzione [85, 133].

Molti dei contributi di autori adleriani nazionali [49, 53] ed internazionali [100, 126] portano avanti l'approfondimento di questo tema, che sempre più richiede una riflessione pregnante ed urgente. Nel 1992 è stato dedicato uno specifico congresso della *Società Italiana di Psicologia Individuale* al tema *La costellazione familiare tra individuo e società*; sia questa *Rivista di Psicologia Individuale* [17, 93] che il *Journal of Individual Psychology* [34, 65, 70] riportano articoli che denotano una costante attenzione a questo argomento. Gli approcci adleriani contemporanei, ed in particolare gli sviluppi nordamericani, hanno sviluppato con particolare attenzione il tema dei trattamenti psico-educazionali per le famiglie [32, 36, 39, 100], anche attraverso contributi di ricerca [13, 29, 74, 97, 99, 101], sottolineando l'importanza del coinvolgimento dei familiari nei percorsi di cura, al fine di promuovere l'attivazione di una *posizione incoraggiante* di fronte alle patologie dei figli adolescenti

Nel libro *Il processo di incoraggiamento* Don Dinkmeyer e Rudolf Dreikurs [36] avviano la riflessione psicopedagogica sul *processo di incoraggiamento*, individuandone regole e principi, che verranno esplicitati più avanti in questo articolo.

Sono anche stati proposti modelli codificati di intervento psicoeducazionale per genitori; la manualistica adleriana, soprattutto statunitense, include programmi di *counseling* e *training* per genitori di adolescenti tesi ad implementare benessere e resilienza. Il *Parenting Model adleriano* di Rudolf Dreikurs e Vicki Soltz [40] si declina in programmi di educazione dei genitori che prevedono un approccio "democratico ma autorevole"; i "consigli pratici" che questi autori rivolgono ai genitori per gestire le difficoltà quotidiane con i loro figli sembrano improntati proprio all'esigenza di favorire lo sviluppo armonico della personalità, attraverso l'integrazione delle istanze cooperative ed autoaffermative, in una relazione incoraggiante in cui vi sia un adeguato spazio di individuazione di Sé. Di questi consigli pratici riportiamo: incoraggia il bambino; evita punizioni e riconoscimenti; sii fermo senza dominare; minimizza gli errori; ottieni la cooperazione; abbi il coraggio di dire no; promuovi l'indipendenza; ascolta!; parla con lui, non a lui; etc.

Popkin ha proposto nel 1993 un programma psicoeducativo per genitori, basato sulla visione di video, chiamato *Active Parenting Today* [112], che è la revisione di programmi precedenti (*Active Parenting*, 1983 - *Active Parenting of Teens*, 1989) [109, 110]. Sottoposta ad un protocollo di ricerca [111], la partecipazione a questo programma da parte di genitori di bambini con problemi comportamentali li ha resi più tolleranti rispetto ai figli ed ha permesso loro di sentirsi un genitore migliore.

Dinkmeyer Sr., McKay e Dinkmeyer Jr. hanno proposto nel 1997 il *Systematic Training for Effective Parenting (STEP)* [37], un programma per genitori articolato in otto incontri di due ore a cadenza settimanale, con *focus* specifici: com-

prendi te stesso ed il tuo bambino (con azione specifica sullo stile parentale e sulla comprensione dei problemi comportamentali del bambino); ascolta e comprendi le credenze soggettive ed i sentimenti (sul senso di appartenenza e sul cambiamento delle credenze e dei punti di vista); incoraggia il tuo bambino e te stesso (sull'autostima); ascolta e parla al tuo bambino (sull'ascolto riflessivo e sulla comunicazione rispettosa); aiuta tuo figlio a cooperare (sul *problem-solving* e sulla possibilità della famiglia di incontrarsi); proponi una disciplina che sia veicolo di senso (sull'offrire nuove possibilità e opportunità); scegli il tuo approccio (sulla personalizzazione dell'approccio relazionale).

Riportiamo, infine, il modello di *Counseling Adleriano Individuale e di Gruppo* proposto da Cazzaniga e coll. rivolto a genitori di pazienti affetti da disturbi alimentari, all'interno del *Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare*, in merito al quale sono anche in corso ricerche di efficacia [33]. Tale modello viene proposto con l'obiettivo generale di promuovere all'interno del nucleo familiare un "atteggiamento coraggioso", che afferisce ad uno Stile di Vita orientato verso scopi adattivi. Il Gruppo di Counseling è un gruppo etero-centrato, focalizzato sulle difficoltà genitoriali nella relazione con le figlie affette da DCA; si articola attraverso un percorso di otto incontri a cadenza settimanale, in cui viene dato particolare rilievo allo sviluppo delle capacità empatiche dei genitori, intese come abilità di accoglimento e comprensione delle emozioni delle figlie, in particolare della rabbia, e di focalizzazione dell'attenzione sugli aspetti psicologici-emotivi; ciò attraverso l'esperienza di condivisione ed accoglimento delle proprie difficoltà di cui i genitori possono fruire nel gruppo, con la guida dei conduttori. Oltre a ciò, tra le finalità del gruppo, è contemplata l'esigenza dei genitori di avere informazioni relative alla patologia, di apprendere o potenziare strategie di comunicazione efficace, riguadagnando fiducia nelle loro competenze genitoriali.

III. *Psicoeducazione e ricerca*

Nella definizione teorica e di metodologia del G-APP, oltre al riferimento alla matrice teorico-tecnica dell'Individualpsicologia, viene fatto esplicito riferimento e vengono tenuti in considerazione e confronto gli approcci *evidence-based* riguardo i trattamenti psicoeducativi per familiari di pazienti con BPO riconosciuti a livello internazionale [11, 12, 27, 72, 76, 77, 78, 79, 80].

Dal punto di vista storico, gli approcci psicoeducativi alle famiglie di pazienti hanno le loro prime formulazioni ad opera di Brown [28], in Inghilterra nel periodo a cavallo tra gli anni '50 e '60; le successive teorizzazioni, prevalentemente americane [86] e le ricerche sull'incidenza e l'influenza dell'espressione di emozioni negative (quali critiche, commenti sfavorevoli verso il soggetto, ostilità,

rifiuto e sentimenti negativi rivolti contro la persona e non contro uno specifico comportamento, iper-coinvolgimento emotivo) vengono sviluppate in merito alle famiglie di pazienti schizofrenici.

Obiettivo di questi interventi era, ed è, la diminuzione dei livelli di Emotività Espressa nei familiari dei pazienti [20, 28, 44, 45], dato che è in relazione, così anche confermano le ricerche, ad una altissima diminuzione delle ricadute [86]; anzi, l'effetto di questi interventi sui familiari sembra avere, in alcune ricerche, effetti più potenti di qualunque altro intervento sottoposto a verifica, compresa l'introduzione di neurolettici [66].

Questa tecnica di terapia familiare psicoeducazionale deve la sua efficacia, superiore anche agli interventi orientati in senso psicoanalitico [73], al fatto che possiede caratteristiche estremamente supportive, se non addirittura manipolatorie, tese a reprimere i contenuti disturbanti dei familiari tramite difese a volte ancora maggiori. In questo senso essa è una tecnica che rinforza le difese, anziché analizzarle, cioè è una tecnica psicoterapeutica di supporto in senso stretto [98].

Come già anticipato, tutti i maggiori orientamenti relativi al trattamento dei pazienti borderline includono trattamenti per i genitori nei *training* terapeutici per pazienti BPD, in considerazione del fatto che molte delle caratteristiche personalistiche, psicopatologiche e sintomatologico-cliniche dei pazienti innescano importanti dinamiche relazionali all'interno del contesto familiare in cui sono inserite; e questo diviene, ovviamene, maggiormente importante nel periodo dell'adolescenza.

In ambito anglosassone, Fonagy e collaboratori hanno ideato la *MBFT - Mentalization-Based Family Therapy* [12], a sua volta evoluzione della *SMART - Short-Term Mentalization and Relational Therapy* [11], un intervento specificamente rivolto agli interi nuclei familiari o alle singole coppie genitoriali, in integrazione con il programma MBT per giovani pazienti con BPD. Gli interventi nucleari di mentalizzazione proposti, secondo le ricerche, sono correlati all'aumento della capacità di resilienza a lungo termine, ed in particolare: identificare, evidenziare e valutare esempi di mentalizzazione abile; condividere e provocare curiosità; fermarsi e cercare; identificare le narrative non mentalizzanti preferite; identificare ed etichettare stati mentali nascosti; usare espressioni ipotetiche e contro fattuali; fare uso del sé dei terapeuti.

In ambito nordamericano, Marsha Linehan e collaboratori hanno sviluppato uno specifico programma per pazienti adolescenti con BPD, il *Dialectical Behavior Therapy for Adolescents Program (DBT-A)* [31, 79]. Una delle caratteristiche principali di questa variazione della DBT prevede un gruppo per genitori orientato all'apprendimento delle abilità nucleari di *mindfulness*, ad una migliore tolle-

ranza degli stimoli stressanti, all'efficacia interpersonale, alla regolazione emotiva, all'apprendimento di modalità specifiche di comprensione e risposta a specifici comportamenti dei figli adolescenti.

Le *N.I.C.E. Guidelines on Treatment and Management* inglesi (*National Institute for Health & Clinical Excellence*) per il Disturbo Borderline di Personalità [27] sottolineano l'importanza di una presa in carico familiare del paziente borderline, in particolare se adolescente. Un numero sempre maggiore di studi randomizzati e controllati hanno dimostrato che gli interventi sulla famiglia «riducono la percentuale delle ricadute dei pazienti, ne aumentano la guarigione e accrescono il benessere tra i membri della famiglia, [...] riducono i tassi di recidiva e migliorano la qualità di vita di pazienti affetti da schizofrenia, disturbi bipolari, depressione maggiore, disturbi di personalità borderline e alcolismo» (53, p. XIV).

Tra questi Scheirs e Bok [125] segnalano che genitori o parenti stretti di pazienti con BPD presentano punteggi più alti, rispetto al gruppo di controllo, in tutti i sintomi descritti dalla *Symptom Check List-90 (SCL-90)*, in misura indipendente dalla correlazione biologica con il paziente BPD. Hoffman e collaboratori [78, 80] hanno condotto uno studio esaminando l'impatto di un Programma per famiglie, manualizzato, di dodici settimane, fortemente influenzato dai principi della DBT, con una forte componente educativa rispetto all'acquisizione di nuove competenze e con una funzione precisa di sostegno sociale. I partecipanti, testati prima dell'inizio dell'intervento, dopo la conclusione e con un *follow-up* a sei mesi, hanno mostrato una riduzione del senso di affaticamento, del senso di dolore ed una maggiore padronanza delle situazioni, stabili nel tempo.

Alcuni dati indicano che genitori/familiari valutano gli interventi orientati all'informazione ed alla psicoeducazione come molto utili [38], anche se altri studi riferiscono che proprio una maggiore conoscenza della patologia borderline possa essere correlata ad un aumento del senso di affaticamento, dello stress, della sintomatologia depressiva, all'utilizzo dell'emotività espressa nei termini di una maggiore ostilità verso il paziente BPD [77].

IV. Il gruppo psicoeducazionale ad orientamento psicodinamico adleriano per genitori (G-APP)

IV. 1. Concettualizzazione

Inquadrare un intervento psicoeducazionale in un'ottica psicodinamica, in un ipotetico confronto con modelli ed orientamenti maggiormente tesi all'acquisizione di competenze (*skills*), implica il considerare l'articolazione tra specifici

schemi appercettivi, stili comunicativi, schemi comportamentali e la componente dinamica profonda dell'individuo, nei suoi aspetti consapevoli ed inconsapevoli.

Il modello di gruppo psicoeducativo G-APP, coerentemente con l'impostazione concettuale delle APPs [57], è orientato in senso psicodinamico, in quanto prende in considerazione la correlazione tra la sintomatologia o le difficoltà attuali del paziente, le sue capacità e strategie di *coping* disadattive, l'organizzazione di personalità nei suoi differenti livelli di funzionamento, e le dinamiche inconsce, anche quando il significato simbolico delle comunicazioni del paziente non costituisce l'obiettivo principale degli interventi del terapeuta.

In questo senso, intendiamo la psicoeducazione, a differenza del *counseling*, «una modalità di trattamento condotta professionalmente che integra e sinergizza interventi psicoterapeutici e educativi» (90, p. 206). Nonostante gli interventi tecnici proposti dal conduttore-terapeuta siano sostanzialmente interventi di chiarificazione, di validazione degli stati emotivi, suggerimenti o interventi maggiormente direttivi, è possibile che le sollecitazioni mentalizzanti che vengono proposte durante il gruppo possano promuovere cambiamenti anche significativi nel modo di percepirsi, di percepire sé stessi nella relazione con il figlio adolescente ed in rapporto alla sua patologia.

La concettualizzazione del G-APP è dunque ancorata agli aspetti più profondamente psicodinamici della metapsicologia adleriana, articolando in essa elementi che afferiscono ad altri modelli psicoeducativi psicodinamici: in particolare i modelli basati sulla mentalizzazione e sulla *mindfulness*, che saranno più ampiamente esplicitati nella prossima sezione di questo articolo. Particolare rilevanza ha assunto, nella concettualizzazione teorica e metodologica del G-APP, la riflessione sul contributo della terapia dialettico-comportamentale, con particolare riferimento all'attenzione che essa pone rispetto all'acquisizione di competenze, prevalentemente inerenti l'autoregolazione emotiva.

IV. 2. *Aspetti metodologici: il setting*

- Dieci incontri di due ore ciascuno, a cadenza quindicinale;
- gruppo chiuso, da un numero minimo di tre ad un numero massimo di otto coppie di genitori;
- precedentemente all'ingresso ogni coppia genitoriale svolge un colloquio individuale di conoscenza, valutazione delle problematiche specifiche del figlio e della famiglia e definizione degli obiettivi specifici individuali e familiari;
- terminati i dieci incontri, è previsto infine un incontro conclusivo individuale

con ogni coppia genitoriale di valutazione degli obiettivi individuali e familiari raggiunti;

- sono previsti *follow up* a tre e sei mesi;
- è prevista la possibilità che una coppia di genitori che ha già effettuato un percorso psicoeducazionale possa prendere parte ad un ulteriore percorso sia su proposta del clinico sia su richiesta personale.

IV. 3. *Obiettivi generali e specifici*

Obiettivi generali:

- *informare* sulle caratteristiche di personalità specifiche dell'organizzazione borderline di personalità;
- *educare* alla prevenzione, al riconoscimento ed alla gestione delle situazioni di crisi;
- *informare ed educare* sulle strategie di riduzione dello *stress* volte ad accrescere il livello di tolleranza ed accettazione da parte dei genitori delle dinamiche relazionali cognitivo-emotive e comportamentali dei figli-adolescenti borderline;
- *formare* alla mentalizzazione sia a livello esplicito (verbale) sia a livello implicito (intuitivo), nella direzione dell'aumento della consapevolezza dei pensieri, delle paure e dei bisogni sottesi alle parole e ai comportamenti dei figli-adolescenti borderline.

Obiettivi specifici:

- Migliorare la conoscenza dei genitori in merito al disturbo del figlio ed al trattamento farmacologico (se presente);
- indicare la modalità d'intervento di fronte a sintomi allarmanti e a comportamenti disturbanti;
- fornire informazioni dettagliate su cosa fare e chi contattare in caso di crisi;
- accrescere la capacità dei genitori di fare fronte a situazioni di *stress*;
- apprendere alcune abilità di comunicazione;
- aumentare la capacità dei genitori di tollerare, riconoscere, gestire e comunicare i propri stati emotivi;
- aumentare la capacità dei genitori di riconoscere e comprendere i bisogni, gli affetti e gli stati mentali dei figli-adolescenti borderline, anche nei termini dei comportamenti sottesi;
- aiutare ogni coppia genitoriale a definire e raggiungere obiettivi personali inerenti il rapporto con il proprio figlio;
- aiutare i genitori a definire e raggiungere obiettivi personali che coinvolgano l'intero nucleo familiare.

IV. 4. *Strategie e competenze trasversali*

Prima di approfondire le tematiche focali specifiche trattate in ogni singolo incontro, vengono evidenziate tre strategie terapeutiche che accompagnano l'intero percorso: incoraggiamento, mentalizzazione e *mindfulness*.

IV. 4.1. *Incoraggiamento*

Il G-APP assume l'ottica individualpsicologica dell'uso pragmatico e trasversale del *processo d'incoraggiamento* [114, 120]. La concezione adleriana di Stile di Vita "coraggioso" contempla la possibilità di contatto creativo con il proprio sentimento soggettivo d'inferiorità ed insicurezza [114]. In senso generale una strategia dell'incoraggiamento in psicoterapia, così come negli interventi di *counseling* o psicoeducativi, si declina attraverso la relazione empatica che costituisce la matrice di un modello identificatorio per accogliere il *deficit*, il sentimento d'inferiorità [48], e per modulare la sintonizzazione con la risposta più adatta al paziente in quel momento [60, 61]; su questa base si inscrivono le scelte tecniche dell'intervento tese ad implementare la possibilità di attivare o ri-attivare le funzioni creative dell'individuo [22, 103].

Nelle varie formulazioni degli interventi adleriani di *counseling* e psicoeducativi, individuali e di gruppo, l'incoraggiamento si esplicita attraverso indicazioni pratico-operative tese a sottolineare le risorse disponibili ed i progressi conseguiti, anche minimi; la dimostrazione di fiducia; l'accoglimento degli errori come opportunità di apprendimento e miglioramento, e non come insuccessi; la stimolazione coerente alle possibilità del soggetto ed ai suoi interessi [1, 36, 69, 71, 106, 118, 119].

Nello specifico del gruppo psicoeducativo rivolto a genitori di adolescenti con patologia borderline, questa impostazione implica: 1) fornire informazioni chiare sulla patologia dei figli e sul trattamento ad essi rivolto (psicoterapico ed eventualmente farmaco terapeutico) e assumere una posizione non giudicante, che favorisca la *compliance* e che sostenga la "risorsa famiglia", depotenziando l'emotività negativa innescata dalla auto-colpevolizzazione o dalla colpevolizzazione reciproca dei genitori; 2) accogliere il disagio e le difficoltà dei genitori, fornire strumenti tesi a riconoscere e comprendere gli stati emotivi propri e dei propri figli, attraverso l'uso, nel gruppo, d'interventi di convalidazione empatica e di chiarificazione, attraverso esperienze "mindful" e attraverso interventi che favoriscano la mentalizzazione; 3) fornire o implementare strumenti di comunicazione efficace e strategie per la gestione dei momenti di crisi, anche attraverso le esemplificazioni portate dai genitori stessi.

In questo senso, il processo d'incoraggiamento che viene attivato nel gruppo è teso a favorire la costruzione di un'*alleanza di lavoro*, nel gruppo e con il conduttore; essa implica l'accordo e la cooperazione con una focalizzazione sul compito e sugli obiettivi; vengono quindi lasciati sullo sfondo quegli aspetti di fiducia profonda e di attivazione dei processi identificatori, che sono propri della relazione terapeutica [21].

Attraverso la sperimentazione ed il collaudo di tale alleanza cooperante, divengono forse possibili delle modificazioni nelle dinamiche relazionali con i figli, i quali, proprio per la specificità della patologia, devono riguadagnare gradualmente terreno verso la possibilità di una relazionalità con i genitori che possa favorire i processi identificatori ed individuativi di Sé.

IV. 4. 2. *Mentalizzazione*

Mentalizzare significa, nella definizione più recente di Fonagy e coll., comprendere e dare un senso alle azioni proprie ed altrui sulla base degli stati mentali intenzionali sottostanti, come desideri, sentimenti, pensieri e credenze [11, 12]. Sin dalle prime formulazioni cliniche del concetto, carenze nelle capacità riflessive e di mentalizzazione sono state messe in relazione all'evoluzione della personalità borderline, fino ad essere considerate il "core" di questa psicopatologia [62, 63, 64]; inoltre, sin dall'inizio è stato postulato che specifiche difficoltà genitoriali nel riconoscere, tollerare o esprimere gli stati mentali è una delle condizioni che favoriscono o inducono l'emergere di *deficit* nelle abilità di mentalizzazione dei figli.

Proporre dunque in un gruppo psicoeducazionale per genitori di adolescenti borderline specifici interventi ed esercizi volti a promuovere le capacità di mentalizzazione, a livelli sia esplicito che implicito [11], significa intervenire sia nella direzione di aumentare queste abilità nei genitori sia renderli capaci di interazioni più mentalizzate con i figli. Particolare attenzione viene posta ad interventi tesi a far cogliere ai genitori le differenti percezioni ed interpretazioni dello stesso stimolo/gesto/evento, e le modalità distorcenti e paradossali di alcuni scambi relazionali e comunicativi. Cambiamenti nella capacità di mentalizzare, pur promossi in un contesto psicoeducativo, possono costituire occasioni, anche relative ad aspetti profondi della persona e della relazione, per modifiche nei *pattern* cognitivo-emotivi dell'attaccamento, riconoscendo nei pazienti borderline una specifica vulnerabilità rispetto al sistema relazionale dell'attaccamento, fondante per le complesse matrici dell'intersoggettività [67, 127, 135].

IV. 4. 3. *Mindfulness*

Originariamente e profondamente legato alla millenaria tradizione della meditazione buddista, negli ultimi venti anni il concetto di *mindfulness* e le tecniche per raggiungere questa modalità della percezione e dell'esperienza di sé, sono stati importati nel mondo della clinica [128], venendo a costituire specifici trattamenti psicoterapici, oppure integrati o associati a trattamenti psicoterapeutici, ad orientamento sia psicodinamico che cognitivista*.

Numerose sono le ricerche che attestano l'efficacia di questi trattamenti rispetto all'aumento del benessere, alla riduzione dello *stress* ed al decremento di molti aspetti sintomatologici legati a differenti quadri psicopatologici e clinici. È attualmente in corso il dibattito sull'utilità di applicare tecniche di *mindfulness*, o specifici programmi, al trattamento delle patologie borderline [131]. La DBT inserisce le abilità di *mindfulness*, stimulate attraverso schede ed esercizi progressivi [89], tra le abilità nucleari che devono essere apprese dai pazienti borderline, poiché la capacità di "premere il tasto pausa" può comportare una modificazione degli aspetti di disregolazione emotiva (legati ad *iperarousal*, iperattivazioni di tipo emotivo e neurobiologico) che questa teoria considera il "core" della patologia borderline. Peraltro, lo stesso concetto di mentalizzazione sottende, per sua stessa natura, la capacità di essere "mindful" [12].

Essere capaci di un atteggiamento *mindful* rispetto a sé ed all'esperienza, sia essa interna o esterna, significa acquisire o "allenare" la capacità di prestare "nuda" attenzione [43] e di essere consapevoli dell'esperienza momento per momento ed in modo non giudicante [83], la capacità di essere presenti e consapevoli di fronte ad emozioni e affetti, compresi quelli spiacevoli o dolorosi, la capacità di essere presenti e consapevoli alle sensazioni ed alle attivazioni psicocorporee.

Sono ormai numerosi gli studi che riguardano l'applicazione della *mindfulness* in trattamenti rivolti a genitori di pazienti [13, 19, 25, 41, 42]. Inserire, dunque, in questo programma psicoeducazionale per genitori di pazienti borderline semplici esercizi di attenzione ai propri stati mentali e psico-corporei vuole avere l'intento di incoraggiare lo sviluppo di un "io osservante", capace di osservare gli stati emotivi e di dilazionare nel tempo le reazioni, soprattutto quelle istintive o reattive; inoltre promuove la riduzione dello *stress*.

* In merito alla "compatibilità" tra le concettualizzazioni legate alla *mindfulness* e la Psicologia Individuale si veda WALLER, B., CARLSON, J., ENGLAR-CARLSON, M. (2006), Treatment and Relapse Prevention of Depression Using Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Adlerian Concepts, *J. Indiv. Psychol.*, 62: 443-54.

IV. 5. *Tematiche focali specifiche per singolo incontro*

Ogni incontro prevede una *tematica focale specifica** su cui viene chiesto al gruppo di lavorare:

- 1° incontro: illustrazione degli scopi del trattamento psico-educativo in gruppo; illustrazione dei concetti trasversali fondamentali che guideranno il percorso psico-educativo; la diagnosi borderline;
- 2° incontro: obiettivi connessi con il procedere lentamente;
- 3° incontro: ambiente familiare: mantenere la calma;
- 4° e 5° incontro: gestione della crisi: prestare attenzione, ma rimanere calmi;
- 6° e 7° incontro: impegno sui problemi: collaborazione e coerenza;
- 8° e 9° incontro: stabilire limiti: essere espliciti ma calmi;
- 10° incontro: valutazione degli obiettivi individuali/di coppia/familiari raggiunti.

Durante il *primo incontro*, dopo un ulteriore approfondimento degli obiettivi generali e specifici e la messa in comune da parte dei partecipanti degli obiettivi individuali che ognuno si è prefissato, viene dedicato un congruo spazio alla discussione in merito ai concetti di personalità, psicopatologia, diagnosi “borderline” e vulnerabilità. Specifica funzione di sostegno del conduttore è promuovere la costruzione precoce di un’alleanza di lavoro, proponendo l’immagine de-colpevolizzata di ogni genitore, ma responsabilizzata come prezioso alleato del trattamento e come agente attivo di un cambiamento possibile: questo aspetto influisce sugli aspetti di responsabilità e di autostima. Vengono, inoltre, presentati i tre concetti trasversali che guidano il percorso psico-educativo, anche attraverso la discussione in gruppo su alcune definizioni proposte dal conduttore.

Gli *incontri 2-5* sono particolarmente dedicati alle abilità di *mindfulness* e mentalizzazione: anche attraverso specifiche tecniche, vengono proposti momenti non strutturati, in cui focalizzare l’attenzione sulle proprie emozioni, in particolare quelle negative o dolorose, e sulla modalità con cui queste, nelle situazioni di crisi, creano una urgenza emotiva che interferisce con la capacità di comprendere cosa accade e di prendere una decisione ponderata. Vengono frequentemente proposti esercizi di mentalizzazione, per esempio sulla differenza tra fatto concreto e fatto emotivo, ogni volta che dal racconto del gruppo emergono esempi di emozioni o scambi relazionali scarsamente mentalizzati; sono anche state predi-

* Si rende esplicito che i “titoli” e la successione delle tematiche trattate negli incontri sono state importate dalla concettualizzazione di John Gunderson: vedi GUNDERSON, J. G. (2001), *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, tr. it. *La personalità borderline. Una guida clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2003, p. 172. Alcuni aspetti di *setting* ed i contenuti specifici degli incontri sono invece stati modificati.

sposte due schede per esercitazioni tra un incontro e l'altro. Vengono, infine, proposte riflessioni in merito alle attese di cambiamento rispetto al clima familiare ed alla situazione personologica e clinica del figlio che, per non essere scoraggianti, devono essere attente e calibrate, per piccoli passi e sul lungo periodo.

Gli *incontri 6-9* sono focalizzati maggiormente su aspetti "educativi": l'importanza della coerenza, le modalità con cui proporre e richiedere collaborazione e vicinanza, la necessità di stabilire dei limiti. Molta attenzione viene in ogni caso focalizzata su alcuni aspetti emotivi connessi alle situazioni di crisi: la paura, il sentirsi cattivi e responsabili, l'impotenza e la difficoltà nel continuare ad avere fiducia e speranza. L'atmosfera di sostegno e solidarietà che viene a crearsi permette ai genitori di confrontarsi su problemi ed esperienze simili e, attraverso la possibilità di osservare differenti strategie e punti di vista, di individuare nuove soluzioni che realmente permettano di migliorare la qualità della vita familiare.

V. Conclusioni

Al momento della stesura di questo articolo il primo gruppo psicoeducazionale è quasi giunto al termine; ha visto la partecipazione di undici genitori, appartenenti a sei nuclei familiari, cui fanno riferimento sei adolescenti, di età compresa tra i sedici e i venti anni, tutti con *Organizzazione Borderline di Personalità* ma con differenti diagnosi categoriali. Pur in attesa di poter formulare una valutazione conclusiva dell'intervento, sono possibili alcune considerazioni ed osservazioni sui risultati attesi e sull'esperienza condotta.

Sebbene la socializzazione non costituisca un obiettivo specifico del G-APP, come invece accade in altri programmi psicoeducazionali, riteniamo che le valenze intrinseche del *setting* gruppale, nei termini delle possibilità di compartecipazione emotiva, di condivisione delle esperienze, di incoraggiamento e di sostegno reciproco rappresentino per queste famiglie, tormentate e spesso isolate, un'importante occasione di sostegno sociale.

Ci attendiamo che le capacità di tollerare le emozioni negative, l'allargamento personale della finestra di tolleranza e l'acquisizione di una consapevolezza mentalizzata dei pensieri, delle paure, dei bisogni sottesi alle proprie emozioni, alle parole ed ai comportamenti dei figli adolescenti borderline, unite alle indicazioni psico-educative su come intervenire nelle situazioni di iperattivazione emotiva e comportamentale, possano permettere di riconoscere e ri-orientare gli scambi relazionali patologizzanti e possano al contempo favorire l'emergere di elementi relazionali impliciti ed espliciti in grado di promuovere il cambiamento.

Bibliografia

1. ACCOMAZZO, R. (1986), Il coraggio nella Psicologia Individuale al di là delle tecniche psicoterapeutiche di incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 84-92.
2. ADLER, A. (1904), Der Arzt als Erzieher, tr. it. Il medico come educatore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 38: 53-71, 1955.
3. ADLER, A. (1912), Zur Erziehung der Eltern, tr. it. Per l'educazione dei genitori, *Psiche*, III: 362-382, 1914; *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 5-16, 1994.
4. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il carattere dei nevrotici*, Astrolabio, Roma 1971.
5. ADLER, A. (1929), *Individualpsychologie in der Schule*, tr. it. *La Psicologia Individuale nella scuola*, Newton Compton, Roma 1973.
6. ADLER, A. (1930), *Die Seele des schwererziehbaren Schulkinder*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
7. ADLER, A. (1930), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1973.
8. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1976.
9. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
10. ADLER, A. (1935), *Über das Wesen und die Entstehung*, tr. it. I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9, 1993.
11. ALLEN, J. G., FONAGY, P. (2006), *Mentalization-Based Treatment*, tr. it. *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*, Il Mulino, Bologna 2008.
12. ALLEN, J. G., FONAGY, P., BATEMAN, A. W. (2008), *Mentalizing in Clinical Practice*, tr. it. *La mentalizzazione nella pratica clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2010.
13. ALTMAIER, E., MALONEY, R. (2007), An Initial Evaluation of a Mindful Parenting Program, *J. Clin. Psych.*, 63: 1231-1238.
14. AMIANTO, F., FERRERO, A., PIERÒ, A., CAIRO, E., ROCCA, G., SIMONELLI, B., FASSINA, S., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (in press), Supervised Team Management, with or Without Structured Psychotherapy, in Heavy Users of a Mental Health Service with Borderline Personality Disorder: a two Years Follow-Up Preliminary Randomized Study, *BioMed Central-Psychiatry*.
15. AMMANITI, A., NOVELLETTO, A. (a cura di, 2006), *Adolescenza e psicopatologia*, Masson, Milano.
16. ANGLÉSIO, A., FULCHERI, G., SANFILIPPO, B. (2000), Le dipendenze patologiche: la prospettiva adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 55-74.
17. BALZANI, A., DEL VÒ, E., MASCETTI, A. (1989), Aiutando le famiglie a cambiare: approccio adleriano ai genitori di tossicodipendenti, *Riv. Psicol. Indiv.*, 30-31: 79-92.
18. BATEMAN, A., FONAGY, P. (2004), *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-Based Treatment*, tr. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*, Raffaello Cortina, Milano 2006.
19. BAZZANO, A., WOLFE, C., ZYLOVSKA, L. ET ALII (2010), Stress-Reduction and Improved Well-Being Following a Pilot Community-Based Participatory Mindfulness-Based Stress-Reduction (MBSR) Program for Parents/Caregivers of Children with Developmental Disabilities, *Disability and Health J.*, 3: 6-7.

20. BERTRANDO, P. (1997), *Misurare la famiglia: il metodo dell'emotività espressa*, Bollati Boringhieri, Torino.
21. BIANCONI, A., CAIRO, E., FASSINA, S., VIGLIANCO, P. (2004), "La realizzazione di un intervento individual-psicologico a rete nel trattamento dei disturbi borderline di personalità: presentazione di un caso clinico gestito in ambito privato", *XVIII Congresso Nazionale S.I.P.I.: Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto*, Bocca di Magra (SP).
22. BIANCONI, A., FASSINA, S. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento nella psicoterapia con i disturbi borderline e narcisistici di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67: 5-20.
23. BIGNAMINI, E. (a cura di, 2006), *La dipendenza da sostanze. Un'introduzione per la comprensione e per l'intervento*, Publiedit, Cuneo.
24. BIGNAMINI, E., BOMBINI, R. (2004), Approccio psicodinamico al tossicodipendente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 87-102.
25. BÖGELS, S. M., LEHTONEN, A., RESTIFO, K. (2010), Mindful Parenting in Mental Health Care, *Mindfulness*, 9: 1-14.
26. BOGETTO, F., MUNNO, D. (2002), *Nuove droghe e nuovi tossicomani. Aspetti farmacologici, psicologici e socio-culturali*, Minerva Medica, Torino.
27. BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY & ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (2009), *Borderline Personality Disorder. The N.I.C.E. Guideline on Treatment and Management*, Leicester / London.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/43045/43045.pdf>
28. BROWN, G. W., CARSTAIRS, G. M., TOPPING, G. (1962), Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Illness, *Br. J. Prev. Soc. Med.*, 16: 55-68.
29. BURNETT, P. C. (1988), Evaluation of Adlerian Parenting Programs, *J. Indiv. Psychol.*, 44: 63-76.
30. CAIRO, E., FASSINA, S., GUASTAFIERRO, E., SCALDAFERRO, M. (2008), Considerazioni teorico cliniche sui comportamenti etero distruttivi e sul rischio suicidario nel disturbo narcisistico di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 15-26.
31. CALLAHAN, C. (2008), *Dialectical Behavior Therapy: Children & Adolescents*, Pesi Healthcare, Eau Claire, Wisconsin
32. CARNS, M. R., CARNS, A. W. (1988), A Review of the Professional Literature Concerning the Consistency of the Definition and Application of Adlerian Encouragement, *J. Indiv. Psychol.*, 54: 72-89.
33. CAZZANIGA, G., VIGLIANCO, P., SIGNA, C., ZUCCOLIN, M. (2010), Efficacia del counseling adleriano individuale e di gruppo con genitori di pazienti affetti da DCA, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67: 83-100.
34. CHANG, C. Y., RITTER, K. B. (2004), Cultural Considerations of Adlerian Parenting Education, *J. Indiv. Psychol.*, 60: 67-75.
35. CLARKIN, J. F., YEOMANS, F. E., KERNBERG, O. F. (1999), *Psychotherapy for Borderline Personality*, tr. it. *Psicoterapia della personalità borderline*, Raffaello Cortina, Milano 2000.
36. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti Barbera, Firenze 1974.
37. DINKMEYER, D., MCKAY, G. D., DINKMEYER Jr., D. (1997), *Systematic Training for Effective Parenting*, Circle Pines, MN: American Guidance Service, Inc.
38. DIXON, L., MCFARLANE, W. R., LEFLEY, H. ET ALII. (2001), Evidence-Based Practices for Services to Families of People with Psychiatric Disabilities, *Psychiatric Services*, 52: 903-910.

39. DREIKURS, R., CASSEL, P. (1972), *Discipline without Tears*, tr. it. *Disciplina senza lacrime*, Ferro, Milano 1976.
40. DREIKURS, R., SOLTZ, V. (1964), *Children: the Challenge*, Hawthorn Book Inc., New York.
41. DUMAS, J. E. (2005), Mindfulness-Based Parent Training: Strategies to Lessen the Grip of Automaticity in families with Disruptive Children, *J. of Clin. Child and Adolescent Psychology*, 34: 779-791.
42. EYBERG, S. M., GRAHAM-POLE, J. R. (2005), Mindfulness and Behavioral Parent Training: Commentary, *J. Clin. Child and Adolescent Psych.*, 34: 792-794.
43. EPSTEIN, M. (1995), *Thoughts Without a Thinker*, tr. it. *Pensieri senza un pensatore*, Astrolabio Ubaldini, Roma 1996.
44. FALLOON, I. R. H. (1993), *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie*, Centro Studi Erickson, Trento.
45. FALLOON, I. R. H. (2003), Family Interventions for Mental Disorders: Efficacy and Effectiveness, *World Psychiatry*, 2: 20-28.
46. FASSINA, S., SIMONELLI, B., CAIRO, E., FERRERO, A. (2011), Adolescenti e suicidio: le finzioni che corteggiano la morte, *Riv. Psicol. Indiv.*, 69 (suppl. su cd): 144-160.
47. FASSINO, S. (1996), Presentazione dell'edizione italiana, in POUSSIN, G. (1993), *Psychologie de la fonction parentale*, tr. it. *Psicologia della funzione genitoriale*, Centro Scientifico Editore, Torino 1996.
48. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-64.
49. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di psichiatria biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
50. FASSINO, S., AMIANTO, F., (2002), Esiste una psicopatologia della genitorialità e della generatività?, in FASSINO, S. (a cura di, 2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, Centro Scientifico Editore, Torino: 93-117.
51. FASSINO, S., AMIANTO, F., BRUSTOLIN, A., BERGESE, S., BOLGIANI, M. (2004), Psicopatologia e famiglia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 51-72.
52. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Pan. Min. Med.*, 50: 165-175.
53. FASSINO, S., DELSEDIME, N. (2007), *La famiglia è malata? Interazioni persona, famiglia, società*, Centro Scientifico Editore, Torino.
54. FASSINO, S., DELSEDIME, N. (2007), La famiglia come problema e come risorsa, in FASSINO, S., DELSEDIME, N. (2007), *La famiglia è malata? Interazioni persona, famiglia, società*, Centro Scientifico Editore, Torino: VII-XVIII.
55. FASSINO, S., FERRERO, A., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (1996), Approccio a rete nei pazienti borderline, in ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, Centro Scientifico Editore, Torino: 369-394.
56. FERRERO, A. (1992), Note sul rapporto tra identità, stile di vita e vicende familiari interiorizzate, in MASCETTI, A., ZIGHETTI, M. (a cura di, 1992), *La Costellazione familiare*, *Atti del V Congresso Nazionale S.I.P.I.*, Stresa (NO) 1992: 41-55.
57. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.
58. FERRERO, A., CAIRO, E., FASSINA, S., PIERÒ, A., SIMONELLI, B. (2009), Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): Technical Issues for

- the Treatment of Aggressiveness in Patients with Borderline Personality Organisation (BPO), *Pan. Min. Med.*, 51 (suppl. 3): 39-50.
59. FERRERO, A., SIMONELLI, B. (2006), "Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy" (SB-APP): "psicoterapia a tempo limitato" per pazienti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 13-37.
60. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
61. FERRIGNO, G. (2009), La risonanza emozionale e il "ritmo" dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 81-92.
62. FONAGY, P. (1991), Thinking about Thinking: Some clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient, tr. it. Pensare sul pensiero: osservazioni cliniche e teoriche sul trattamento di un paziente borderline, in FONAGY, P., TARGET, M. (a cura di LINGIARDI, V., AMMANNITI, M., 2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano: 29-56.
63. FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., LEIGH, T., KENNEDY, R., MATTOON, C., TARGET, M. (1995), Attachment, the Reflective Self and Borderline States, tr. it. Attaccamento, Sé Riflessivo e disturbi borderline, in FONAGY, P., TARGET, M. (a cura di LINGIARDI, V., AMMANNITI, M., 2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano: 57-100.
64. FONAGY, P., TARGET, M. (1997), Attachment and Reflective Function: their Role in Self-Organizations, tr. it. Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé, in FONAGY, P., TARGET, M. (a cura di LINGIARDI, V., AMMANNITI, M., 2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano: 101-136.
65. FRANK, H., PARIS, J. (1981), Recollections of Family Experience in Borderline Patients, *Arch. Gen. Psychiatry*, 38: 1031-1034.
66. GABBARD, G. O., LAZAR, S. G., HORNBERGER, J. ET ALII (1997), The Economic Impact of Psychotherapy: Review, *Am. J. Psychiatry*, 154: 147-155.
67. GALLESE, V., MIGONE, P., EAGLE, M. N. (2006), La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi, *Psicoterapia e Scienze Umane*, XL, 3: 543-580.
68. GAMBREL, L. E., KEELING, M. L. (2010), Relational Aspects of Mindfulness: Implications for the Practice of Marriage and Family Therapy, *Contemporary Family Therapy*, 32: 412-426.
69. GFROERER, K. P., KERN, R. M., CURLETTE, W. L. (2004), Research Support for Individual Psychology's Parenting Model, *J. Indiv. Psychol.*, 60: 379-388.
70. GFROERER, K. P., KERN, R. M., CURLETTE, W. L., WHITE, J., JONYNIENE, J. (2011), Parenting Style and Personality: Perceptions of Mothers, Fathers, and Adolescents, *J. Indiv. Psychol.*, 67: 1.
71. GRUNWALD, B. B., MCABEE, H. V. (1999), *Guiding the Family: Practical Counseling Techniques*, Accelerated Development, Philadelphia.
72. GUNDERSON, J. G. (2001), *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, tr. it. *La personalità borderline. Una guida clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2003.
73. GUNDERSON, J. G., FRANK, A. F., KATZ, H. M., VANNLCELL, M. L., FROSCHE, J. P., KNAPP, P. H. (1984), The Boston Psychotherapy Study: Effects of Psychotherapy in Schizophrenia: II. Comparative Outcome of Two Forms of Treatment, *Schizophrenia Bulletin, National Institute of Mental Health*, 4: 564-598.
74. GUTIRREZ, S.R. (2006), *A Comparison of two Parent Education Programs on the*

Reduction of Parent-Child Stress in Mother-Child Relationships of Hispanic Migrant Farmworkers (A Dissertation Submitted to the Faculty of the department of special education, rehabilitation, and school psychology), <http://www.ncfh.org/pdfs/2k9/8828.pdf>.

75. HERU, A.M. (2006), Family Psychiatry: from Research to Practise, *Am. J. Psychiatry*, 163: 962-968.
76. HOFFMAN, P. D., BUTEAU, E., FRUZZETTI, A. E. (2007), Borderline Personality Disorder: Neo-Personality Inventory Ratings of Patients and Their Family Members, *Int. J. Social Psychiatry*, 53: 204-215.
77. HOFFMAN, P., BUTEAU, E., HOOLEY, J. ET ALII (2003), Family Members' Knowledge about Borderline Personality Disorder: Correspondence with their Levels of Depression, Burden, Distress, and Expressed Emotion, *Family Process*, 42: 469-478.
78. HOFFMAN, P. D., FRUZETTI, A. E., BUTEAU, E. (2007), Understanding and Engaging Families: an Education, Skills and Support Programme for Relatives Impacted by Borderline Personality Disorder, *J. Mental Health*, 16: 69-82.
79. HOFFMAN, P. D., FRUZETTI, A. E., SWENSON, C. R. (1999), DBT - Family Skills Training, *Family Process*, 38: 399-414.
80. HOFFMAN, P. D., STRUENING, E., BUTEAU, E. ET ALII (2005), Family Perspectives Survey. Unpublished manuscript, in BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY & ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (2009), *Borderline Personality Disorder. The N.I.C.E. Guideline on Treatment and Management*, Leicester/London, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/43045/43045.pdf>
81. HUDSON, J., RAPEE, R. (a cura di, 2005), *Psychopathology and the Family*, Elsevier, Oxford.
82. JAFFA, T., McDERMOTT, B. (2007), *Eating Disorder in Children and Adolescent*, tr. it. *I disturbi alimentari nei bambini e negli adolescenti*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
83. KABAT-ZINN, J. (2004), *Full Catastrophe Living*, tr. it. *Vivere momento per momento*, TEA, Milano 2010.
84. KERNBERG, P. F., WEINER, A. S., BARDENSIETIN, K. K. (2000), *Personality Disorders in Children and Adolescents*, tr. it. *I disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*, Fioriti, Roma 2001.
85. LAZARSELD, S. (1932), Ten Years of Consultation Work in Vienna (Free Child Guidance Clinics), in *The Collected Clinical Works of Alfred Adler*, vol. 2, *Journal Articles: 1898-1909: The Mind-Body Connection, Social Activism, & Sexuality*, A. Adler Inst. of S. Francisco and Northwestern Washington, 2002
86. LEFF, J. (1989), Controversial Issues and Growing Points in research on Relatives' Expressed Emotions, *Int. Soc. Psychiatry*, 3: 133-145.
87. LE GRANGE, D. (2005), The Maudsley Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa, *World Psychiatry*, 4-3: 142-146.
88. LINEHAN, M. M. (1993), *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, tr. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
89. LINEHAN, M. M. (1993), *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*, The Guilford Press, New York.
90. LUKENS, E., McFARLANE, W. (2004), Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research and Policy, *J. Brief Practice & Crisis Intervention*, 4: 205-225.
91. MANASSIS, K. (2006), Family Involvement in Psychotherapy: What's the Evidence?,

- in HUDSON, J. L., RAPEE, M., *Psychopathology and the Family*, Elsevier, Oxford: 283-300.
92. MANCIA, M. (2004), *Sentire le parole. Archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert*, Bollati Boringhieri, Torino.
93. MAZZOLI, G. (2005), La psicoterapia oggi: quale risorsa per individui e famiglie in difficoltà?, *Il Sagittario*, 19: 143-154.
94. MAZZONE, M. (1996), Gruppo curante e patologia borderline, in ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino: 437-446.
95. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1997), Paziente, costellazione familiare e gruppo curante: una metodologia di intervento nelle psicosi, *Riv. Psicol. Indiv.*, 41: 33-46.
96. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1999), Psichiatria nel territorio: intervento "a rete" secondo linee individual psicologiche, in ROVERA, G. G. (a cura di, 1999), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, CSE, Torino.
97. McVITTIE, J., BEST, A. M. (2009), The Impact of Adlerian-Based Parenting Classes on Self-Reported Parental Behavior, *J. Indiv. Psychol.*: 264-285.
98. MIGONE, P. (1988), Quale psicoterapia per gli schizofrenici?, *Il Ruolo Terapeutico*, 48: 30-33.
99. MOOR, M. H., DEAN-ZUBRITSKY, C. (1979), Adlerian Parent Study Groups: An Assessment of Attitude and Behavior Change, *J. Indiv. Psychol.*, 53: 225-234.
100. MOSAK, H., MANIACCI, M. (1998), *Tactics in Counseling and Psychotherapy*, Wadsworth Publishing Co Inc., Itasca, Illinois.
101. MULLIS, F. (1999), Active Parenting: An Evaluation of Two Adlerian Parent Education Programs, *J. Indiv. Psychol.*, 55: 225-232.
102. MUNNO, A., SIMONELLI, B. (2011), Adolescenti e nuove droghe. Le finzioni "stupefacenti" nel disagio giovanile, *Riv. Psicol. Indiv.*, 69 (suppl. su cd): 216-230.
103. PAGANI, P. L. (1998), I principi dell'incoraggiamento, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari adleriani*, Franco Angeli, Milano.
104. PALESTRO, G., FASSINO, S., (2007), Famiglia malata, società malata?, in FASSINO, S., DELSEDIME, N. (2007), *La famiglia è malata? Interazioni persona, famiglia, società*, Centro Scientifico Editore, Torino: 72-78.
105. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
106. PARENTI, F. ET ALII (1975), *Dizionario ragionato di psicologia individuale*, Raffaello Cortina, Milano.
107. PARIS, J., ZWEIG-FRANK, H. (1993), Il legame parentale nel disturbo borderline di personalità, in PARIS, J. (a cura di, 1993), *Borderline Personality Disorder. Etiology and Treatment*, tr. it. *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento*, Raffaello Cortina, Milano, 1995: 147-166.
108. PIETROPOLLI CHARMET, G., PIOTTI, A. (2009), *Uccidersi. Il tentativo di suicidio in adolescenza*, Raffaello Cortina, Milano.
109. POPKIN, M. (1983), *Active Parenting*, Marietta, GA: Active Parenting Publishers, www.activeparenting.com
110. POPKIN, M. (1989), Active Parenting: A video based program, in FINE, M. (1989), *The Second Handbook on Parent Education: Contemporary Perspectives*, Academic Press, New York: 77-98.
111. POPKIN, M. (1989) *Active Parenting of Teens*, Marietta, GA: Active Parenting Publishers, www.activeparenting.com

112. POPKIN, M. (1993) *Active Parenting Today*. Marietta, GA: Active Parenting Publishers, www.activeparenting.com
113. ROVERA, G. G. (1979), *Il sistema aperto della Individual-Psicologia*, Quad. Riv. Psicol. Indiv., n° 4, Milano.
114. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
115. ROVERA, G. G. (1992), La costellazione familiare tra individuo e società, in MASCETTI, A., ZIGHETTI, M. (a cura di, 1992), *La Costellazione familiare*, *Atti del V Congresso Nazionale S.I.P.I.*, Stresa (NO) 1992: 9-17.
116. ROVERA, G. G. (1994), Formazione del Sé e patologia borderline, *Atque*, 4: 127-140.
117. ROVERA, G. G. (1996), La "Hybris" del paziente borderline, in ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino: 3-26.
118. ROVERA, G. G. (1999), Pratiche di consultazione. Aspetti generali, in ROVERA, G. G. (a cura di, 1999), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
119. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14.
120. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie di incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
121. ROVERA, G. G. (2010), Peripezie della finzione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 129-171.
122. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A. (1984), Il modello di rete in psichiatria, *Rass. di Ipnosi, Min. Med.*, 74: 1-7.
123. SAGLIO, G., MAZZONE, M. (2010), Lo psicoterapeuta adleriano nel gruppo curante multi-professionale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67 (suppl. su cd): 177-181.
124. SCARSO, G., LAGUZZI, S., CANDELLERI, S., FILA, P. (1994), La patologia borderline fra individuo e relazione familiare, *Rassegna di Studi Psichiatrici. Università degli Studi di Torino - Istituto di Clinica Psichiatrica*, vol. LXXIII, fasc. 1: 1-16.
125. SCHEIRS, J. G. M., BOK, S. (2007), Psychological distress in Caretakers or Relatives of Patients with Borderline Personality Disorder, *Int. J. of Social Psychiatry*, 53: 195-203.
126. SHULMAN, B. H., MOSAK, H. H. (1990-1995), *Manual for Life Style Assessment*, tr. it. *Manuale per l'analisi dello stile di vita*, Angeli, Milano 2008.
127. SIEGEL, D. J. (1999), *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*, tr. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
128. SIEGEL, D. J. (2007), *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*, tr. it. *Mindfulness e cervello*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
129. SIMONELLI, B., FASSINA, S., SCALDAFERRO, M., GUASTAFIERRO, E. (2007), Dis-socialità e autolesionismo nel Disturbo Borderline di Personalità: due casi clinici, *Riv. Psicol. Indiv.*, 62: 69-86.
130. SIMONELLI, B., FASSINA, S., CAIRO, E., FERRERO, A. (2011), Identità e personalità in adolescenza. Finzioni guida e rischio psicopatologico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 69 (suppl. su cd): 259-269.
131. SIMONELLI, B., FASSINA, S., CAIRO, E., BIANCONI, A. (2011), "Mindfulness Interventions in the Treatment of Patients with Borderline Personality Organization", *25th*

International Congress of Individual Psychology: Separation, Trauma, Development, Vienna.

132. STERN, D. N. (1985), *The Interpersonal World of the Infant*, tr. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri.

133. TERNER, J., PEW, W. L. (1978), *The Courage to be Imperfect. The Life and Work of Rudolf Dreikurs*, Hawthorn Books Inc., New York.

134. WALLER, B., CARLSON, J., ENGLAR-CARLSON, M. (2006), Treatment and Relapse Prevention of Depression Using Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Adlerian Concepts, *J. Indiv. Psychol.*, 62: 443-54.

135. WALLIN, D. J. (2007), *Attachment in Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*, Il Mulino, Bologna 2009.

Barbara Simonelli
Via G. Verdi, 47
I-10124 Torino
E-mail: barbara.simonelli@tiscalinet.it

Elisabetta Cairo
Via Ventimiglia, 41
I-10126 Torino
E-mail: cairoelisabetta@hotmail.com

Simona Fassina
Via Verzuolo, 49
I-10139 Torino
E-mail: simonafassina@hotmail.com

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