

Le strategie dell'incoraggiamento nella psicoterapia con i disturbi borderline e narcisistici di personalità

ALESSANDRA BIANCONI, SIMONA FASSINA

Summary – THE ENCOURAGEMENT STRATEGIES IN THE PSYCHOTHERAPY WITH BORDERLINE AND NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDERS. The topic of the encouragement will be considered in this paper starting from the adlerian perspective of encouragement as a Life Style function, emphasizing the correlation between inferiority and creativity. According to Adlerian Psychodynamic Psychotherapies (APPs) the encouragement assumes a peculiar technical and methodological value, because it configures a specific therapeutic strategy. An “encouraging psychotherapy” puts its basis in a bio-psycho-social explicative comprehension of the individual, of his/her history, of his/her life project and also of his/her symptomatology. The therapeutic strategies that tend toward encouragement correlate either to the clinical and general objectives of the proposed psychotherapeutic treatment and to the right and proper choice of technical instruments. The theoretical models’ development, the clinical trials, the treatment efficacy researches and the psychotherapy process studies yield precious prompts for the treatment of Borderline Personality Organizations, and in particular of the Borderline and Narcissistic Disorders. Some clinical histories will be proposed in order to highlight the use of the encouragement strategies and the encouraging use of some specific technical instruments during the psychotherapy with this kind of patients. Furthermore, it will be underlined the importance of the therapist’s ability of empathetically modulating his/her counter-attitude, at the patient’s and therapeutic objectives’ disposal.

Keywords: ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY (A.P.P.), PERSONALITY DISORDERS, ENCOURAGEMENT’S STRATEGIES

I. L'incoraggiamento nella Psicoterapia Psicodinamica Adleriana: strategie e strumenti

Il tema dell'incoraggiamento è qui considerato a partire dalla concezione adleriana di *Stile di vita coraggioso*: esso implica il procedere armonico del bisogno di autoaffermazione e del sentimento sociale, e contempla la possibilità di contatto creativo con il proprio sentimento soggettivo d'inferiorità e d'insicurezza [38]. L'accento posto sulla correlazione tra inferiorità, creatività e coraggio rimanda alla concettualizzazione di Stile di vita-Sé creativo [3, 8], inteso come

struttura unitaria e coerente, che governa la personalità, interpreta e rende significative le esperienze, attivandole in un progetto.

In senso generale una strategia dell'incoraggiamento in psicoterapia dovrebbe correlare con la possibilità di attivare o ri-attivare le funzioni creative dell'individuo ed inscrivere in una comprensione dinamica dello stile di vita del paziente. Una "psicoterapia incoraggiante" inizia quindi con una formulazione diagnostica e progettuale articolata e complessa, che si iscrive all'interno di una comprensione esplicativa [39] bio-psico-socio-culturale dell'individuo, della sua storia, del suo progetto di vita, della sua sintomatologia. A tal fine, oltre che dell'esperienza del clinico, è possibile (ed opportuno) avvalersi di svariati strumenti testistici (Rorschach, T.C.I. etc.) e di protocolli descrittivi. Tra questi ultimi, si sottolinea la recente manualizzazione diagnostica psicodinamica proposta dal PDM [34] che, evidenziando le aree di migliore e peggiore funzionamento mentale (Asse M) del paziente, fornisce un utile contributo nell'orientare il progetto clinico.

Tradizionalmente, l'incoraggiamento nelle psicoterapie psicodinamiche si declina: o come "condotta" di base del terapeuta, dimensione aspecifica e comune della relazione (generica accoglienza della sofferenza del paziente, sospensione del giudizio etc.); oppure come strumento tecnico di tipo supportivo [37, 43]. Nelle Psicoterapie Psicodinamiche Adleriane (APP's) [15, 41], l'incoraggiamento assume invece una valenza teorico-metodologica peculiare, in quanto configura una precisa strategia terapeutica, che concerne l'abilità del terapeuta di elaborare *con e per il* paziente, modulando la relazione tra due poli: l'uno teso a favorire la *ricerca* di nuove possibilità di scelta da parte del paziente, l'altro caratterizzato da una maggiore *offerta* da parte del terapeuta di risposte ai problemi del paziente nell'*hic et nunc* della seduta [16, 17].

Le strategie terapeutiche tese all'incoraggiamento in sintesi correlano:

1. con la comprensione dinamica della patologia (diagnosi strutturale e funzionale) e del suo significato soggettivo in quel momento della vita del paziente e quindi con gli obiettivi generali del trattamento psicoterapeutico proposto (prevalentemente mutativi o conservativi rispetto all'assetto difensivo del paziente);
2. con gli obiettivi peculiari di quel particolare momento della terapia, ovvero con una costante analisi e monitoraggio dei processi terapeutici; l'incoraggiamento si declina quindi anche come scelta appropriata di strumenti tecnici.

Dal punto di vista tecnico-operativo, consideriamo pertanto la possibilità di un utilizzo "incoraggiante" di tutti gli interventi del *continuum* espressivo-supportivo (interpretazioni, confronti, chiarificazioni, incoraggiamento ad elaborare, convalidazione empatica, consigli, prescrizioni) [11, 14, 29], secondo gli

obiettivi individuati e nell'articolazione dei differenti momenti della terapia (schematicamente e didatticamente: fase esplorativa, trasformativa e prospettica [15, 41]).

Inoltre, nell'ottica di una sempre crescente attenzione al controtransfert, che appartiene ormai ad ampia parte dei modelli psicodinamici [35] e che si avvale dell'esperienza clinica condotta proprio con pazienti con disturbi borderline e narcisistici di personalità, lo strumentario degli interventi tecnici delle psicoterapie codificato dal Menninger Project, si arricchisce della possibilità di utilizzare micro-agiti consapevoli all'interno del *setting* (*enactement*) [40] fino alla possibilità di mettere in gioco parti di sé (*self-disclosure*) [35]. Anche questi interventi devono essere compresi ed attuati nell'ambito di un'impostazione strategica della terapia, costantemente orientata e ri-orientata "su misura" del paziente e pertanto iscritti in una particolare attenzione e monitoraggio del controatteggiamento del terapeuta.

L'incoraggiamento, costituendo un'impostazione strategica dell'intervento, afferrisce dunque alla competenza progettuale richiesta al terapeuta [10]; questa include la capacità di prendere in considerazione il proprio controatteggiamento [38], sin dalle fasi preliminari dell'incontro psicoterapeutico. L'incoraggiamento non si risolve dunque in una condotta educativa, ma si declina attraverso le potenzialità trasformative della coppia terapeutica, a partire dall'attivazione del Sé creativo del terapeuta [8, 19] ed attraverso la possibilità di contatto empatico del terapeuta con la sofferenza del paziente [12].

L'*empatia*, nel modello individualpsicologico, è intesa come espressione del Sentimento Sociale del terapeuta e include: l'abilità di tollerare uno stato di "non conoscenza" e d'incapacità, di utilizzare le identificazioni e modulare un ottimale distacco, di rendere disponibile al paziente una funzione integrante; tutto ciò a sostegno delle potenzialità della coppia terapeutica di "cambiare insieme" [7, 12, 20, 53]. La *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana* è infatti intesa come ricerca di nuove possibilità di senso (significato e direzione), condivisa tra paziente e terapeuta, come incontro creativo dello Stile di vita del paziente e del terapeuta [2, 12].

II. Sui disturbi borderline e narcisistico di personalità

La descrizione delle *Organizzazioni Borderline di Personalità* (BPO) [27, 28] si riferisce a quei soggetti che tipicamente presentano rigidi meccanismi difensivi anti-ambivalenti, di natura prevalentemente scissionale, rispetto ad una difficoltà/impossibilità di percepire l'identità e la realtà esterna in modo integrato e stabile; ciò inficia la possibilità di esperire, tollerare, e pertanto gestire, la moltepli-

cità degli affetti nonché di stabilire e mantenere relazioni stabili e soddisfacenti. Le BPO sono descritte come caratterizzate da un *deficit* specifico nella funzione psicologica della mentalizzazione, correlato all'assenza o inefficacia delle funzioni di attaccamento e rispecchiamento durante lo sviluppo [19, 21, 22, 23]. Le più recenti ricerche condotte con tecniche di *brain imaging* evidenziano il ruolo di un *deficit* nel funzionamento dell'ippocampo correlato ad eventi o vissuti traumatici precoci, e di un *deficit* di integrazione emisferica che si può riflettere nell'uso della scissione come meccanismo difensivo prevalente [24].

In merito ai *Disturbi Borderline e Narcisistico di personalità* [1], Gunderson rileva come in entrambi si osservi frequentemente: rabbia inappropriata, auto distruttività, intollerabilità del rifiuto o della critica, pretese di attenzione, tendenze anti-conservative, utilizzo preponderante di difese quali idealizzazione e svalutazione, proiezione, contro-dipendenza [26]. Coerentemente con numerosi studi clinici condotti in quest'area [26, 30], anche di matrice adleriana [31], possiamo distinguere nei due disturbi delle peculiari differenti modalità di esperire, nella relazione, la prototipica angoscia disindividuativa: per il paziente borderline la minaccia di abbandono rimanderebbe ad una «terribile perdita del Sé» (26, p. 14); per il paziente narcisista alla paura di perdita dell'immagine grandiosa di sé.

Diverso significato assume pertanto il senso di intolleranza della solitudine nei due disturbi e diversamente si esprime l'aggressività auto o etero diretta [17]; dovrà quindi declinarsi in modi differenti nel percorso terapeutico la fornitura di presenza, accompagnamento, incoraggiamento. In chiave adleriana possiamo leggere nei due disturbi una disfunzionalità del sentimento sociale nel suo ruolo di istanza che integra le parti del Sé: nel narcisista la volontà di potenza agirebbe come ipercompensazione nella direzione della salvaguardia di un sé idealizzato e potente; nel borderline l'ipercompensazione sarebbe piuttosto tesa a salvaguardare un oggetto idealizzato (e non interiorizzato) che abbia funzione protettiva da un mondo esterno/interno minaccioso.

III. *Esemplificazioni cliniche*

Maria: 34 anni.

Giunge alla consultazione con una marcata sintomatologia depressiva, in seguito all'interruzione di una relazione sentimentale. Riferisce ideazione suicidaria ed abuso occasionale di alcolici. Desidera raccontare la sua storia per poter "deporre" il suo dolore, perché sia preservato e ricordato, perché teme di dimenticare. Non accetta la proposta di associare una terapia farmacologica, perché potrebbe "toglierle questo dolore" di cui sente di avere bisogno per capire.

Il suo racconto delle vicende recenti, del passato e di eventi quotidiani della sua vita è estremamente confuso, a tratti il discorso sembra perdere i nessi logici, sono descritte sensazioni fisiche ed emozioni molto intense, di disperazione ed angoscia. La famiglia di Maria è composta da una madre casalinga, descritta come totalmente anaffettiva, e da un padre musicista, poco presente ma affettuoso, cui sono legati gli unici ricordi di gioco dell'infanzia di Maria. Alla nascita della sorella minore (di 6 anni), su insistenza della madre, il padre "rinuncia alla sua libertà" ed alla carriera in campo musicale, accettando un lavoro da operaio, così da poter stare più vicino alla famiglia. Il rapporto tra i genitori di Maria sarà costellato per gli anni a venire da frequenti ed accesi litigi, fino alla morte del padre, per un tumore (quando Maria ha 17 anni).

Diplomatasi al liceo artistico, Maria si autonomizza presto dalla famiglia; le sue aspirazioni a diventare una pittrice falliscono nell'arco di pochi anni ed accetta un lavoro impiegatizio. Considera questo una prova tangibile del suo non valore. I rapporti attuali con la madre sono saltuari e ansiogeni ed è frequentemente in conflitto con la sorella. Nel corso degli anni ha avuto diverse relazioni sentimentali, di breve durata; una sola più duratura (quasi due anni), con un uomo che la picchiava e la minacciava. La crisi attuale è scatenata dalla fine di una relazione con un attore dilettante, che Maria ha idealizzato in quanto persona "leggera", capace di viverla la vita "senza pesantezza". Lui la lascia dopo pochi mesi, dicendole: "tu tiri fuori la parte peggiore di me".

Roberto: 48 anni.

Dirigente, laureato, affermato e molto stimato nel suo ambiente professionale, ha una vita sociale e mondana molto attiva; intraprende la terapia con la motivazione di poter comprendere e sciogliere dei "nodi interni", particolarmente rispetto ad un atteggiamento non sereno verso le donne. Ha una sorella maggiore di sette anni, psicotica, mai segnalata ai servizi psichiatrici. Roberto ricorda con angoscia le urla e le percosse rivolte dal padre alla sorella ed il silenzio e la connivenza della madre rispetto a questi episodi. A questa figura paterna temibile e minacciosa, Roberto "si adatta" assumendo il ruolo del bravo bambino diligente. Alternativa alla figura materna, descritta come fredda ed anaffettiva, vi è una zia, che è ricordata come calda ed accogliente.

Sposatosi a 38 anni, più per "convenzione sociale" che per amore, è ora separato per sua scelta ed ha una figlia di quasi sei anni. Frequenta una collega, che dopo qualche tempo decide di interrompere la loro relazione. Tra i primi ricordi vi sono: un episodio in cui, a tre anni, subisce una punizione dal padre per aver gettato un oggetto per terra ed un'affermazione della madre che, all'età di sette anni, gli rivela di considerarlo il proprio "confidente". Tra i sogni che porta in seduta ve ne sono alcuni di eroico superamento di ostacoli ed altri minacciosi ed ango-

scianti, in cui lui e la figlia sono in pericolo; altri ancora di contenuto violento e cruento, in cui lui è, alternativamente, la vittima o il carnefice.

IV. Alcune indicazioni per la psicoterapia con le Organizzazioni Borderline di Personalità

È sempre utile sottolineare l'importanza di affrontare le patologie di area borderline con trattamenti integrati, multidisciplinari, che consentano una risposta articolata alla complessità di tali disturbi [6, 13, 36]. In tale cornice d'interventi, sono ormai numerosi gli studi che sottolineano l'efficacia delle psicoterapie psicodinamiche con questo tipo di pazienti [3, 25, 32, 33, 45], tra cui, in ambito adleriano, la *Sequential-Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (S-BAPP)* [17, 18]. Da questi e numerosi altri contributi clinici e di ricerca derivano alcune indicazioni utili per la modulazione degli interventi con questi pazienti nell'ottica di una strategia incoraggiante.

1. Bateman e Fonagy forniscono indicazioni (e dati di efficacia) circa la possibilità di trattare i disturbi di personalità con una psicoterapia basata sulla mentalizzazione, ovvero sulla possibilità di decifrare e regolare gli stati emotivi e gli affetti sul piano relazionale ed intrapsichico [5].
2. Gunderson [26] fornisce un'utile schematizzazione (*Tab. 1*) delle funzioni terapeutiche che vengono attivate, in momenti diversi, nella psicoterapia con questi pazienti (contenimento, conferma, struttura, sostegno, elaborazione). La schematizzazione ha una valenza di griglia esplicativa e certamente nella realtà del dipanarsi dei processi terapeutici queste diverse funzioni vengono attivate, attraverso i singoli interventi o atti terapeutici, in modo non lineare né univoco [15, 41, 44].

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">a) La funzione di contenimento tende all'interiorizzazione del controllo (rispetto agli agiti auto ed etero lesivi) e fornisce sollievo alle responsabilità. Si attua attraverso il farmaco, le prescrizioni e le proibizioni di comportamenti, l'esplicitazione degli esiti negativi di talune condotte inadeguate o pericolose, l'esplorazione sistematica delle deviazioni dalle regole (incluse le regole del <i>setting</i>), il riconoscimento delle connessioni tra eventi e sentimenti.b) La funzione di conferma tende al rinforzo dell'identità, rafforza il sentimento di unicità del paziente, la sua fiducia nella relazione, la capacità di assumersi responsabilità. Svolgono funzione di conferma, a livelli di complessità crescente, la convalida dei convin- |
|--|

- cimenti, il riconoscimento delle connessioni tra gli eventi e i sentimenti, il riconoscimento della storia passata, delle aspirazioni individuali, dei progetti.
- c) La funzione di struttura, tesa alla tolleranza della relazione e ad incrementarne la costanza, organizza e rende prevedibile l'ambiente, modula la distanza relazionale. Si attua attraverso: un *setting* definito, la costanza e la tolleranza degli operatori, una progettualità coerente o la definizione di un *focus*, l'elaborazione delle variazioni o delle infrazioni al progetto, l'atteggiamento attivo del terapeuta.
 - d) La funzione di sostegno tende al rinforzo dell'autostima, sostiene la tolleranza dell'angoscia e della solitudine. Vi concorrono il farmaco, il riconoscimento dei bisogni, il *problem-solving*, la convalidazione empatica, il riconoscimento delle connessioni tra eventi e sentimenti.
 - e) La funzione di elaborazione tende a fornire la possibilità di utilizzare meccanismi difensivi alternativi alla scissione, promuovendo progressivamente la tolleranza dell'ambivalenza.

Tab. 1

3. Per le BPO, si possono delineare quattro livelli progressivi di funzionamento [19, 26], che descrivono gli aspetti cognitivo-emotivi del vissuto soggettivo del paziente e le modalità socio-relazionali del suo comportamento (Tab. 2). Si tratta di una schematizzazione con valenza orientativa, particolarmente rispetto alle oscillazioni, tra livelli "migliori" e "peggiori" di funzionamento che questi pazienti talvolta presentano.

- LIVELLO I): rabbia, depressione, vuoto; comportamenti lesivi o alienanti, scarsa gestione autonomie sociali, panico abbandonico nelle relazioni (instabili e scisse).
- LIVELLO II): irritazione, depressione, vuoto; minacce di comportamenti lesivi, maggiore organizzazione delle attività, instabile tolleranza dell'impegno e della relazione.
- LIVELLO III): riconoscimento della rabbia, depressione, vuoto; idee di comportamenti lesivi o alienanti; tentativi lavorativi; migliore tolleranza della solitudine.
- LIVELLO IV): tristezza, insoddisfazione, vuoto; impegno continuativo, amicizia dipendente.

Tab. 2

La ricerca condotta in ambito adleriano [17, 18, 19] ha elaborato, schematicamente e didatticamente, su tale griglia alcune proposte per una modulazione degli strumenti terapeutici in vista di obiettivi progressivi del trattamento, proprio nell'ottica di delineare una strategia incoraggiante dell'intervento psicoterapeutico.

Per i livelli di funzionamento più bassi, caratterizzati da relazioni scisse ed instabili, appare utile una terapia primariamente orientata alla realtà, all'interiorizzazione di elementi protettivi e rassicuranti; l'alleanza possibile con il paziente è di tipo contrattuale. Il terapeuta non è "persona" ma "oggetto", e deve essere in grado di tollerare questa spersonalizzazione. Prevale quindi l'utilizzo di strumenti quali: la ricognizione dei vissuti che accompagnano gli eventi, la validazione empatica degli stati soggettivi; espressioni di stima appropriate, interpretazioni di transfert negativo; viene posta attenzione all'esame di realtà, possono essere necessarie spiegazioni tese a rendere maggiormente prevedibili le reazioni dell'ambiente, ponendo particolare attenzione all'uso di configurazioni transferali/controtransferali e al rischio di compiere inconsapevolmente dei microagiti scoraggianti. Il passaggio verso livelli di funzionamento più alti transita attraverso la possibilità di successive modulazioni della relazione (e dell'alleanza terapeutica) di tipo dipendente. Qui si ravvisano specifiche differenti indicazioni tra la dipendenza dal "bisogno di essere visto" del borderline e la dipendenza dal "bisogno di essere visto come grandioso" del narcisista.

Diviene allora cruciale la capacità del terapeuta di tollerare e gestire questo tipo di relazione dipendente, modulando attentamente gli strumenti validanti (di fronte a momenti o eventi particolarmente stressanti per il paziente) con quelli più espressivi (chiarificazioni, confronti, interpretazioni, nel caso in cui il terapeuta valuti il paziente in grado di tollerare un certo grado di ambivalenza). Accanto a ciò, si rende spesso necessario fornire interventi di *problem solving* e di elaborazione dello stile interpersonale nell'*hic et nunc*, fino ad incoraggiare la costruzione di relazioni realistiche, fornendo sostegno ad impegni socio-relazionali complessi.

V. Considerazioni sui casi clinici

A) La presentazione che Maria fa di se stessa in prima seduta pone l'accento sul significato individuativo del dolore ed evidenzia un funzionamento scissionale cui corrispondono alcune peculiarità descrittive dei disturbi borderline di personalità: instabilità ed intensità delle relazioni, impulsività, intensa disforia episodica, ideazione suicidaria, sentimenti cronici di vuoto, ideazione paranoide transitoria.

La scissione sembra operare, per Maria, al servizio del mantenimento di un'identità connotata negativamente; ciò appare necessario al fine di preservare la

“bontà” dell’Altro, attraverso l’idealizzazione della leggerezza e della libertà, anche a costo di una distanza incolmabile. La percezione negativa di Sé comporta quindi la distruttività (o meglio: l’angoscia di essere distruttiva) verso chi le si avvicina. Alcuni tratti ossessivi, che Maria si riconosce disprezzandoli, sembrano protettivi rispetto al nucleo disindividuato. Utilizzando la griglia proposta per i livelli di funzionamento, nel corso della terapia si osservano oscillazioni tra i livelli II e III; fa eccezione il funzionamento nella sfera lavorativa, che rimane adeguato (Maria esprime insoddisfazione e vergogna per il proprio “mediocre” lavoro, ma riesce comunque, anche se con fatica, a tollerarne l’impegno, la fissità degli orari, la ripetitività).

Il *setting* proposto è *vis à vis*, ma lo sguardo di Maria, ad eccezione dei saluti iniziali e finali, per lungo tempo non è rivolto alla terapeuta (fissa il pavimento, le tende, la parete). Qualsiasi verbalizzazione della terapeuta (sia essa una domanda, una riformulazione, una convalidazione empatica) esita in un pianto disperato, al quale la terapeuta risponde porgendo dei fazzoletti di carta. Questo gesto sarà l’unico intervento possibile per i primi due mesi di terapia (la frequenza è settimanale). Il primo obiettivo concordato è stato: raccontare la sua storia e mettere in ordine gli eventi. “Depositata” la sua storia alla terapeuta, è stato possibile parlare del valore della “vita leggera” e della “vita pesante”, in termini meno idealizzati e più razionalizzati, considerando il significato dell’assunzione di responsabilità (senza toccare però il tema dell’abbandono). Numerose sedute sono state dedicate, anche attraverso interventi di *problem solving*, a problemi molto concreti della quotidianità e a difficoltà nell’ambiente di lavoro. Intanto lo sguardo verso la terapeuta ha cominciato ad essere sostenibile ed è stata accolta anche la proposta di una terapia farmacologica (con un altro terapeuta).

Quando Maria accoglie in casa un cane abbandonato, vengono dedicate a questo tema numerose sedute. Decidere che parlare del cane non era “tempo sprecato” ha consentito l’accesso (in un modo indiretto) al tema della tenerezza, della solitudine, del bisogno di prendersi cura. Altri temi frequentemente toccati durante le sedute sono stati i rapporti con la sorella (sempre molto difficili) e le relazioni amicali che, gradualmente, ha ricominciato a coltivare. La strategia incoraggiante “di offerta” [17] individuata per Maria si è basata su un approccio inizialmente a prevalenza supportiva, teso a fornire un’esperienza di vicinanza tollerabile, funzioni terapeutiche di conferma e struttura [26].

Coerentemente con le indicazioni teorico-metodologiche fornite dalla letteratura, gli interventi incoraggianti si sono declinati, a partire da un *enactement* (porgere i fazzoletti), attraverso un’attenta e rigorosa salvaguardia del *setting*, che è stato necessario proteggere da numerosi tentativi di attacco e di elusione (ritardi, richieste di sedute aggiuntive, comunicazioni tramite *sms*). L’elaborazione dell’impossibilità di “dire tutto” nel tempo della seduta e della necessità di dover

scegliere quali argomenti trattare di volta in volta, rinviando alla seduta successiva altri temi ha contribuito alla possibilità di tollerare dei confini e la sensazione d'incompiutezza, nonché di regolare i processi organizzativi della comunicazione (e quindi, indirettamente, della relazione stessa). L'esplicitazione di *focus* ed obiettivi progressivi, circoscritti e verificabili nella quotidianità è stata incoraggiante rispetto alla possibilità di sperimentare dei successi (coerentemente con le ricerche in corso sulle terapie brevi focali sequenziali) [18].

Poter collegare i sentimenti di rabbia e di tristezza anche ad episodi specifici e ad eventi della quotidianità, e non solo ad un "dolore antico" dentro di lei, ha consentito a Maria di cominciare a distinguere le sollecitazioni esterne da quelle interne. La possibilità di raccontare e mettere in ordine cronologico la propria storia e le emozioni associate al ricordo ed al racconto, collegandole ma distinguendole da quelle legate al momento attuale, ha costituito la base per una possibilità di percezione di sé, almeno diacronicamente, continuativa (chi ero, chi sono).

B) A Roberto corrispondono alcune peculiarità descrittive dei disturbi narcisistici di personalità: un senso grandioso d'importanza, elevate aspettative di riconoscimento delle proprie qualità, incapacità di comprendere o prevedere le reazioni emotive altrui. Emerge dai suoi racconti (e dal suo atteggiamento verso la terapeuta) una modalità relazionale controllante, manipolatoria e seduttiva. Accanto a difese scissionali, quali idealizzazione e svalutazione, appaiono fruibili per Roberto espedienti di salvaguardia maggiormente adattivi (isolamento dell'affetto, formazione reattiva, intellettualizzazione e razionalizzazione). Il fallimento della relazione sentimentale sembra aver "scompensato" l'equilibrio narcisistico, sostenuto dall'elevato funzionamento sul piano professionale e sociale, mettendo Roberto in contatto con sentimenti depressivi da cui è stato possibile avviare la terapia.

L'alleanza si è costruita a partire da un investimento idealizzato e narcisisticamente proiettivo sulla terapeuta. Una prima parte del percorso psicoterapeutico è stato dedicato alla ricognizione delle difese attuate contro la vergogna e la normale dipendenza [27], anche attraverso confrontazioni ed interpretazioni. Riconoscere le proprie difficoltà nel rapporto con la figlia, soprattutto circa i sentimenti di tenerezza verso di lei, ha aperto la strada alla possibilità di riconoscersi come bambino abusato emotivamente. Il pianto liberatorio, e la vicinanza silenziosa della terapeuta in questo pianto, ha quindi consentito di giungere all'elaborazione dei sentimenti di rabbia collegati all'impotenza e all'impossibilità di esprimerla, per cui il "bravo bambino" e l'adulto "di successo" sono divenute l'unica possibilità relazionale ed identitaria.

Nell'ultimo periodo della terapia (durata circa 2 anni), Roberto avvia una nuova relazione sentimentale. L'elaborazione delle istanze di controllo e degli attacchi rivolti alla terapia (sedute saltate) e la modulazione attenta della distanza relazio-

nale con la terapeuta (gestione di verbalizzazioni particolarmente aggressive e svalutanti) sembra aver costituito un'esperienza di apprendimento emozionale rispetto alla possibilità, da un lato, di poter "dire di no" ad alcune richieste femminili in modo attivo piuttosto che passivo-aggressivo, e dall'altro lato, di potersi riconoscere in una posizione autonoma e maggiormente paritaria nelle relazioni. Al termine del percorso psicoterapeutico, in occasione dell'ennesima crisi della sorella, Roberto si rivolge al Dipartimento di Salute Mentale, nonostante le proteste dei genitori. L'ultima parte della terapia si focalizza, anche attraverso prescrizioni e consigli, sulla possibilità di chiedere aiuto in modo attivo, nonché sull'assunzione di un ruolo paterno meno proiettivo e onnipotente, ma più efficacemente protettivo.

L'incoraggiamento si è declinato in questo percorso terapeutico attraverso la scelta di una strategia "di ricerca" [17] che si è avvalsa prioritariamente di strumenti tecnici di tipo espressivo e solo successivamente di interventi supportivi; ciò sembra aver consentito a Roberto di esplorare, autonomamente ma non da solo, i sentimenti depressivi legati alla parte scissa della sua identità (il bambino impotente), anche recuperando la parziale esperienza primaria di tenerezza fornita dalla figura della zia (per quanto, forse, idealizzata), e successivamente di poter usufruire di un supporto concreto nella relazione con un *Altro* (la terapeuta che fornisce aiuto), sperimentando così un diverso *pattern* relazionale (che sia auspicabilmente spendibile nel ruolo di padre e di fratello, oltre che nella relazione sentimentale).

VI. *Alcune riflessioni conclusive*

La ricerca di una sempre più precisa descrizione e comprensione della psicopatologia dinamica e dei processi terapeutici è fondamentale al fine di poter proporre trattamenti che si avvicinino a quell'"abito su misura" in cui è sintetizzata la proposta terapeutica adleriana. Essa, come evidenziato in letteratura ed attraverso le esemplificazioni cliniche riportate, afferisce ad una capacità progettuale del terapeuta, che si pone come impresa trasversale tesa a conciliare un approccio nomotetico con quello idiografico [39], costituendo cioè un progetto "creativo" di cambiamento possibile e sostenibile, che sia condivisibile e condiviso tra terapeuta e paziente.

I dati sull'efficacia dei trattamenti, un corretto utilizzo di griglie di riferimento per l'osservazione clinica e la descrizione delle dinamiche psichiche, i protocolli di ricerca tesi alla comprensione dei processi terapeutici, costituiscono quindi il fondamento etico che deve guidare ed orientare il clinico nella scelta e nell'attuazione dell'intervento psicoterapeutico. A ciò si aggiunge l'importanza del *coraggio del terapeuta* [2], ovvero la sua attitudine empatica [9], la sua dispo-

bilità ad utilizzare (terapeuticamente e non iatrogenicamente) parti di Sé al servizio del paziente e della terapia, la sua capacità di cogliere ed utilizzare le opportunità trasformative dell'*incontro* tra terapeuta e paziente [42].

I disturbi di area borderline, per la loro complessità e varietà, rappresentano una sfida ancora attuale, sul piano clinico e della teoria della tecnica, e richiedono al terapeuta la capacità di frequentare coraggiosamente la propria interiorità e, particolarmente, i limiti del proprio agire [7, 46].

Bibliografia

1. A.P.A. (2000), *DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Tex Revision, Masson, Milano.
2. ACCOMAZZO, R. (1986), Il coraggio nella Psicologia Individuale al di là delle tecniche psicoterapeutiche di incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 84-92.
3. ADLER, A. (1935), I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9, 1993.
4. BATEMAN, A. W., FONAGY, P. (2000), Effectiveness of Psychotherapeutic Treatment of Personality Disorders, *British Journal of Psychiatry*, 177: 138-143.
5. BATEMAN, A. W., FONAGY, P. (2006), *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: a Practical Guide*, tr. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*, Raffaello Cortina, Milano.
6. 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", Intervento al XVIII Congresso Nazionale SIPI, Bocca di Magra (SP).
7. BIANCONI, A., FERRERO, A. (2004), L'apprendimento di una corretta metodologia clinica come etica nella formazione in psicoterapia, *Quaderni dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte*, vol. 2, "Etica e formazione alla psicoterapia", L'Artistica Editrice, Torino.
8. FASSINO, S. (1989): Social Interest and Creative Self, *Indiv. Psychol., Doss. I*, S.A.I.G.A., Torino.
9. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, in press.
10. FASSINO, S. (a cura di, 2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra. Interazioni cervello mente persona*, CSE, Torino.
11. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Pan. Min. Med.*, 50: 1-11.
12. FASSINO, S., FERRERO, A. (1982), A proposito dell'identificazione transindividuale al servizio dell'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 9-10: 159-167.
13. FASSINO, S., FERRERO, A., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (1996), Approccio a rete nei pazienti borderline, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Il paziente borderline. Aspetti dinamici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino.
14. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale, spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
15. FERRERO, A. (2004), Standardizzazione dei processi delle psicoterapie psicodinamiche: una revisione critica in prospettiva adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 35-45.
16. FERRERO, A. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento nelle psicoterapie time-limited, *Riv. Psicol. Indiv.*, in press.
17. FERRERO, A., CAIRO, E., FASSINA, S., PIERÒ, A., SIMONELLI, B. (2009), Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): Technical Issues for the Treatment of Aggressiveness in Patients with Borderline Personality Organization (BPO), *Pan. Min. Med.*, 51 (3, suppl. 1), 39.
18. FERRERO, A., PIERÒ, A., CAIRO, E., ROCCA, G., SIMONELLI, B., FASSINA, S., LANTERI, A., FASSINO, S. (2009), A Two-Year Randomized Controlled Trial for the Comparison of Two Short-Term Psychological Treatments for Borderline Personality

- Disorder in Heavy Users at a Mental Health Service, *Brit. J. Psychiatry*, submitted.
19. FERRERO, A., SIMONELLI, B. (2006), Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): psicoterapia time-limited per pazienti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.* 59: 13-38.
20. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
21. 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 LINGIARDI, V., AMMANNITI, M. (a cura di), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
22. 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 LINGIARDI, V., AMMANNITI, M. (a cura di), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
23. 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 LINGIARDI, V., AMMANNITI, M. (a cura di), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
24. GABBARD, G. O. (2006), Mente, cervello e disturbi di personalità, *Psicoterapia e Scienze Umane*, XL, 1: 9-26.
25. GABBARD, G. O., LAZAR, S. G., HORNBERG, J. ET ALII (1997), The Economic Impact of Psychotherapy: a Review, *Am. J. Psychiatry*, 154: 147-155.
26. GUNDERSON, J. G. (2001), *Borderline Personality Disorder: a Clinical Guide*, American Psychiatric Publishing, tr. it. *La personalità borderline. Una guida clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2003.
27. KERNBERG, O. F. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino 1978.
28. KERNBERG, O. F. (1984), *Severe Personality Disorders. Psychotherapeutic Strategies*, tr. it. *Disturbi gravi della personalità*, Boringhieri, Torino 1987.
29. KERNBERG, O. F., BURNSTEIN, E., COYNE, L., APPELBAUM, A., HOROWITZ, L., VOTH, H. (1972), Psychotherapy and Psychoanalysis: Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Project Research Project, *Bull. Menninger Clinic*, 36: 1-275.
30. KOHUT, H. (1985), *Self Psychology and Humanities: Reflections on a New Psychoanalytic Approach*, tr. it. *Potere, coraggio e narcisismo*, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1986.
31. KRUTTKE RÜPING, M. (1986), Transfert, controtransfert e resistenza, *Indiv. Psychol.*, Doss. II, SAIGA, Torino 1990.
32. LEICHSENRRING, F. (2005), Are Psychodynamic and Psychoanalytic Therapies Effective? A Review of Empirical Data, *Int. J. Psychoanal.* 86: 841-868.
33. LEVY, K. N., WASSERMAN, R. H., SCOTT, L. N., YEOMANS, F. E. (2009), Empirical Evidence for Transference-Focused Psychotherapy and Other Psychodynamic Psychotherapy for Borderline Personality Disorder, in LEVY, R. A., ABLON, J. S., *Handbook of Evidence Based Psychodynamic Psychotherapy. Bridging the Gap between Science and Practice*, Umans Press, New York.
34. LINGIARDI, V., DEL CORNO, F. (a cura di, 2008), *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano.

35. MANGINI, E. (2003), *Lezioni sul Pensiero Post-freudiano. Maestri, idee, suggestioni e fermenti della psicoanalisi del Novecento*, Led, Milano.
36. MAZZONE, M. (1996), Gruppo curante e patologia borderline. Considerazioni sulla strategia dell'intervento in un caso clinico, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Il paziente borderline. Aspetti dinamici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino.
37. ROCKLAND, L. H. (1993), A Review of Supportive Psychotherapy, 1986-1992, *Hosp. Community Psychiatry*, 44: 1053-1060.
38. ROVERA, G. G. (1983), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
39. ROVERA, G. G. (2009), "Adlerian Psychodynamic Psychotherapy. Which Psychotherapy for Which Person?", 2nd World Congress of Cultural Psychiatry, Norcia (PG).
40. ROVERA, G. G. (2009), "Sulle strategie dell'incoraggiamento", *XXI Congresso Nazionale S.I.P.I.*, «Le strategie dell'incoraggiamento negli attuali contesti clinici e formativi», 29-30-31 maggio 2009, Bari.
41. ROVERA, G. G., FASSINO, S., ANGELINI, G. (1977), Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia, *Min. Psich.*, 18: 167-174.
42. ROVERA, G. G., FASSINO, S. (1988), La sub-cultura e lo stile di vita del paziente e dell'analista come variabili interdipendenti nella relazione terapeutica, in *Modelli e tecniche in psicoterapia*, CSE, Torino.
43. SACCUZZO, D. P. (1975), What Patients Want from Counseling and Psychotherapy, *J. Clin. Psychol.* 31(3): 471-475.
44. SCHMIDT, R. (1995), Teoria della tecnica analitica e psicoterapeutica: regressione e processo di incoraggiamento, *Seminari di Psicologia Individuale*, S.A.I.G.A., Torino.
45. STEVENSON, J., MEARES, R. (1999), Psychotherapy with Borderline Patients, II: a Preliminary Cost-benefit Study, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33: 473-477.
46. TERNER, J., PEW, W. L. (1978), *The Courage to Be Imperfect. The Life and Work of Rudolf Dreikurs*, Hawthorn Books, New York.

Alessandra Bianconi
Via Assarotti, 1
I-10122 Torino
E-mail: abianconi@saiga.it

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