

“Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy” (SB-APP): “psicoterapia a tempo limitato” per pazienti con organizzazione borderline di personalità

ANDREA FERRERO, BARBARA SIMONELLI

Summary – SEQUENTIAL BRIEF-ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY (SB-APP): LIMITED-TIME PSYCHOTHERAPY FOR PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY ORGANIZATION. Over the last ten years the debate on the usefulness, functioning and indications of brief and limited-time psychotherapy has steadily increased. The *Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy* (SB-APP), currently in the standardization and experimentation phase, is presented as a individual-psychologically oriented psychodynamic psychotherapy characterized by a limited-time setting. It is focused on four different levels of functioning of the patient and structured in groups of sequential and repeatable sessions. In accordance with international research, this specific technique may be useful for the treatment of patients with borderline personality organization and may be effective with a positive cost-benefit ratio.

Keywords: BRIEF ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY, LIMITED-TIME SETTING, BORDERLINE PERSONALITY ORGANIZATION

I. L'interesse per le psicoterapie brevi e a tempo limitato

Negli ultimi decenni, per fattori principalmente legati all'emergere di nuove e diverse necessità terapeutiche ed al moltiplicarsi dei luoghi e delle istituzioni della cura, si è andato sempre più arricchendo il dibattito sull'utilità, il funzionamento e le indicazioni delle psicoterapie brevi e *time-limited*. Psicoterapie che non intendono essere percorsi “abbreviati” delle psicoterapie a lungo termine, *open-ended*, ma che si caratterizzano come vere e proprie tecniche, con regole specifiche e precise indicazioni al trattamento.

Anche la tradizione adleriana ha accolto l'interesse per le psicoterapie brevi e focali. Alcuni autori hanno delineato tecniche specifiche ad indirizzo individual-psicologico ed hanno approfondito il confronto con gli sviluppi analoghi in ambito psicodinamico [76].

In questo contesto è da inserire l'attività che l'Istituto di Ricerca della SAIGA, Società Adleriana Italiana Gruppi e Analisi, in collaborazione con il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino e con l'Unità di Psicoterapia del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL 7-Regione Piemonte, sta svolgendo sulla codifica e la standardizzazione delle procedure della *Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy* (B-APP), sulle sue possibili applicazioni in quadri psicopatologici e contesti clinici differenti e sulla misurazione degli esiti dei trattamenti [17].

La *Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy* (SB-APP), oggetto specifico di questo lavoro, nasce dunque come adattamento della B-APP per pazienti con organizzazione borderline di personalità.

Già nel 1966 Rovera [56] riportava al *IV Congresso Mondiale di Psichiatria* una relazione in cui riferiva del trattamento di giovani adolescenti antisociali con una tecnica di psicoterapia breve: questo scritto precorreva alcuni temi specifici delle psicoterapie a tempo limitato con pazienti borderline per alcune assonanze nel funzionamento di personalità.

Le prime applicazioni e sperimentazioni della B-APP sono avvenute presso il *Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare afferente al Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino*, in cui vengono proposti e valutati gli effetti di cicli ripetuti di interventi B-APP, con 15 sedute, rivolti a pazienti con disturbi del comportamento alimentare in un trattamento integrato a rete complessa e con un'*équipe* multidisciplinare [15].

Una seconda fase di sperimentazione della B-APP si riferisce all'inserimento di un modulo di psicoterapie individuali brevi e focali in un intervento integrato per pazienti borderline e schizofrenici in condizione di residenzialità, l'*Adlerian Psychodynamic Multimodal Treatment* [19, 20, 25]. L'APMT comprende, oltre alla psicoterapia breve focale, una presa in carico a rete complessa [48, 49] con interventi differenziati, dinamicamente orientati, che coinvolgono l'*équipe* allargata degli operatori: il trattamento psicofarmacologico, psicoterapie di gruppo verbali (gruppi di discussione), analogiche (arte-terapia) e a mediazione corporea (psicomotricità), programmi riabilitativi e incoraggianti rivolti al recupero delle abilità sociali e ad aspetti relazionali e risocializzanti.

Una terza fase di sperimentazione della B-APP [17, 29] è stata avviata nel 2001 all'interno del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL 7 della Regione Piemonte e ad oggi conta circa 250 pazienti coinvolti. La B-APP è un intervento di secondo livello, destinata ad utenti del servizio che presentano una sintomatologia legata ai Disturbi d'Ansia e dell'Umore, con diverse organizzazioni di personalità. L'intervento prevede moduli di terapia breve psicodinamica, ad

orientamento adleriano, di 10 sedute, non ripetibili. Sono di imminente pubblicazione i primi risultati clinici, valutati prima e dopo l'intervento e con *follow-up* a 3, 6, 12 mesi, attraverso il *Temperament and Character Inventory* (TCI), le scale di Hamilton per Ansia e Depressione (HAM-A e HAM-D), la *Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) e il *Clinical Global Impression* (CGI).

Altri contributi stanno approfondendo l'utilità d'interventi psicoterapeutici attraverso la B-APP in contesti differenti, quali nevrosi noogene, disadattamenti adolescenziali o cambiamenti esistenziali, come la gravidanza e il *post-partum*, o in seguito a gravi patologie organiche, tra cui, per esempio, la psico-oncologia [9].

II. *La complessità della diagnosi d'organizzazione borderline di personalità*

Il complesso dibattito sull'esistenza o meno d'alcune patologie “di confine”, originato dalle necessità classificatorie e nosografiche dell'inizio del secolo scorso di collocare alcune forme di patologia che sembravano non poter rientrare nelle classificazioni già note di nevrosi e psicosi, si può semplificare lungo due linee direttrici fondamentali: da un lato coloro che ritenevano che gli stati borderline non dovessero essere considerati vere e proprie organizzazioni patologiche, ma quadri clinici associati di volta in volta a gravi forme di nevrosi o forme attenuate di psicosi; dall'altro coloro che riconoscono a queste manifestazioni psicopatologiche, pur in un dibattito ancora aperto, una configurazione strutturale autonoma, caratterizzata da una precisa organizzazione di personalità, da specifiche operazioni difensive e da una complessa e quanto mai variegata costellazione sintomatologica.

La diagnosi d'organizzazione borderline di personalità (da non confondersi con quella di Disturbo Borderline di Personalità secondo il DSM-IV [5]) non si fonda però tanto su un elenco di sintomi o tratti di personalità quanto sul riconoscimento d'alcune caratteristiche configurazioni della percezione di sé, dei meccanismi di difesa e di compensazione, della capacità di gestione della realtà.

Le strutture del Sé, assestate nei diversi gradi d'integrazione intrapsichica e nelle diverse possibilità esistenziali, costituiscono la matrice strutturale della personalità, attorno alla quale si organizzano meccanismi di difesa e di compensazione dell'equilibrio psichico e differenti livelli di capacità di gestione della realtà. In conseguenza, la patologia psichica, nella sua molteplicità, corrisponde a differenti livelli o gradi d'organizzazione della personalità: nevrotica, psicotica e borderline.

Rovera [59] propone come chiave di comprensione del complesso quadro etio-patogenetico e sintomatologico dell'organizzazione borderline di personalità il

concetto della “hybris” greca, la particolare insolenza dell’uomo tragico che osa sfidare le leggi del cosmo, dell’armonia e della divinità: egli trasgredisce i giusti confini delle leggi umane, e lo fa in modo smodato, sfrenato, dissoluto, caotico, oltraggioso, accecato dalla necessità interna di soddisfare i propri desideri senza poterne valutare le conseguenze personali e sociali. Un disturbo ibrido dunque, che ben si adatta a descrivere le complesse e varieguate espressioni sintomatologiche, che rimandano sia all’organizzazione intrapsichica del soggetto, sia alla sua possibilità di relazionarsi con il proprio Sé, la famiglia e la società. L’organizzazione borderline di personalità viene dunque definita una «patologia del Sé con modalità pervasiva polimorfa, volontà di potenza distorta, mete ipercompensatorie fittizie, particolari deficit cognitivi, impoverimento del sentimento sociale, aggressività maligna, identità psico-sessuale e corporea imperfetta, falsificazione dell’esistenza» (59, pp. 3-4).

Il disturbo borderline viene a «collocarsi in una rete interattiva, tra vari nodi: bio-psicologico, intrapsichico, interpersonale, della costellazione familiare e del contesto socioculturale. Ciò comproverebbe l’ipotesi di una etiopatologia multifattoriale su basi temperamentali innate, con esperienze negative molto precoci, o da una grave carenza emotiva o di natura traumatica anche sessuale, sulle quali si struttura una particolare amalgama personologica, che è a sua volta interconnessa a situazioni familiari e a elementi psico-sociali e pure “eventi della vita” che possono costituirsi (o meno) come fattori di destabilizzazione» (59, p. 8).

Alcuni autori approfondiscono in particolare il ruolo traumatico che alcune *costellazioni familiari* [65] o alcune *esperienze evolutive* [66] o *traumatiche* [45, 52, 53] possono avere nello sviluppo dell’organizzazione borderline di personalità.

Ancora secondo Rovera i pazienti borderline sono individui che per motivi dinamico-strutturali non hanno sviluppato nella loro infanzia una quantità sufficiente di *sentimento sociale* in rapporto alla loro volontà di potenza [57], riferendosi ai compiti fondamentali della vita dell’individuo, l’amore, il lavoro, la società. Da ciò deriva il fallimento anche in quelle aree in cui la finzione ideale esige che l’azione sia coronata da successo.

Inoltre, è possibile riconoscere un particolare funzionamento mentale dell’organizzazione borderline di personalità, e cioè un *deficit* specifico nella funzione psicologica della mentalizzazione [30, 31, 32], e cioè la «capacità di concepire gli stati mentali propri e altrui, consci ed inconsci» (30, p. 33), indotta da fattori ambientali, che condiziona processi mentali chiave, necessari al funzionamento interpersonale e sociale. La mentalizzazione è indebolita dall’assenza di una contingente e rimarcata funzione d’attaccamento e di rispecchiamento durante lo sviluppo.

III. *Il ruolo dell'ambivalenza e della conflittualità intrapsichica*

Le ipotesi psicodinamiche pongono alla base della strutturazione delle diverse organizzazioni di personalità la possibilità, o l'impossibilità, per un individuo di sperimentare ambivalenza e conflittualità intrapsichica, strettamente collegate alle modalità soggettive ed individuali di gestione del conflitto intrapsichico e della qualità delle relazioni primitive interiorizzate.

Le basi metapsicologiche della Psicologia Individuale rendono possibile il superamento dell'opzione psicopatologica disgiuntiva tra le *teorie del conflitto* e le *teorie del difetto*. Le prime riconducono la genesi dei disturbi psichici alla presenza di particolari configurazioni intrapsichiche conflittuali tra bisogni o tendenze, presenti fin dalla primissima infanzia; le seconde rimandano invece a mancanze d'accudimento, di contenimento o di rispecchiamento nelle fasi più precoci della vita, in relazione all'ambiente in cui nasce e si sviluppa l'individuo [21, 22, 23, 24]. Gli studi di Adler [1] permettono inoltre di considerare l'importanza eziopatogenetica dei meccanismi di compensazione di eventuali disfunzioni biologiche dei meccanismi secondo cui sono processati pensieri, percezioni, istinti ed emozioni.

La patologia psichica rappresenta, comunque, una sovrastruttura complessa, il cui fondamento è preso a prestito dalla prima infanzia, ma la cui costruzione è continuamente alimentata dai dinamismi dell'individuo in interazione col proprio ambiente [24].

In linea generale, si può sostenere che, secondo la Psicologia Individuale, la possibilità di strutturare una configurazione psicologica relativamente stabile presuppone una corrispondente capacità di distinguersi in modo altrettanto stabile dagli altri, con la possibilità di sperimentare relazioni ambientali realistiche, in continua ambivalenza tra bisogni autoaffermativi (aspirazione alla supremazia) e di convalida sociale (sentimento sociale) [22].

Questo dinamismo, in gran parte inconscio, di continua e circolare ri-definizione d'identità e d'alterità, procede nella prospettiva di una complessificazione sempre maggiore della strutturazione psichica. Un'identità distinta e integrata ha luogo laddove vi sia una molteplicità interiorizzata delle esperienze di Sé, in una continua tensione creativa tra l'immagine reale di Sé e quella ideale [79].

Il riferimento metapsicologico adleriano per la conflittualità e l'ambivalenza è il concetto di ermafroditismo psichico, che Adler introduce già ne *Il temperamento nervoso* [2], metafora del procedere integrativo della mente attraverso il superamento continuo delle dicotomie maschile/femminile, alto/basso, inferiore/superiore, più/meno, forte/debole. L'ermafroditismo psichico non rimanda soltanto alle tematiche della formazione e della differenziazione dell'i-

dentità di genere e della corrispondente esperienza emotiva ma, più in generale, a quelle della differenziazione del Sé e dei valori ideali, del dinamismo tra esperienze soggettive, creatività e finzione da un lato, realtà oggettiva e bisogno d'adattamento dall'altro [22].

Mentre le organizzazioni nevrotiche di personalità cercano soluzione e contenimento all'angoscia di essere impreparati di fronte ai compiti vitali secondo modalità iper-ambivalenti e iper-conflittuali, ma nell'ambito di un'immagine di sé complessivamente coerente, le organizzazioni borderline di personalità sono pre-ambivalenti o anti-ambivalenti, tese a non percepire il conflitto, e la percezione di sé, la separazione dall'altro e la percezione della realtà sono solo parzialmente possibili.

I sintomi sono il risultato finale di un tentativo d'autoprotezione e d'autoguarigione di fronte all'angoscia di frammentazione e disintegrazione, che gioca un ruolo ben più importante, in questi pazienti, che non le angosce di perdita o di scacco.

Il meccanismo che più di altri è al servizio della possibilità di non sperimentare il conflitto intrapsichico e che non rende possibile l'accettazione dell'ambivalenza affettiva è il meccanismo della scissione. Essa comporta una sorta di compartimentazione dell'Io e del Sé in due parti distinte, significativamente attive nell'evitare qualunque forma di conflittualità o di dialogo. La scissione si associa di consueto a meccanismi di diniego, idealizzazione ed identificazione proiettiva.

Di fatto, Adler è stato il primo autore a definire questo espediente di salvaguardia pre-ambivalente o anti-ambivalente, descrivendo il meccanismo secondo il quale la tendenza alla sicurezza ed il bisogno di orientamento esercitano una pressione così notevole da richiedere una dissociazione dell'unità dell'Io in due o più frammenti opposti [3]. La scissione, meccanismo di difesa elettivo nella patologia borderline, viene dunque mantenuta in modo prevalentemente inconscio, a scopo autoprotettivo e per via idealizzata, a salvaguardia del valore della propria personalità e della coesione del sé, a fronte della minaccia di una diffusione dell'identità [22].

Il corrispettivo relazionale della scissione intrapsichica è ben descritto da Kruttke Rüping [41], che chiarisce la qualità della particolare relazione oggettuale che questi pazienti tendono a stabilire, caratterizzata dallo "sfruttamento": da un lato agiscono la "tattica della debolezza", la strategia di colui che si aggrappa narcisisticamente e per via idealizzata all'Altro nel tentativo di diventarne l'oggetto d'amore preferito, dall'altro una "tattica della forza", con tentativi continui, anche aggressivi, di affermare indipendentemente la propria potenza e grandiosità, utilizzando una forte svalutazione dell'Altro.

IV. *La Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP)*

A) *Le psicoterapie time-limited nella letteratura internazionale: possibili interventi di prima scelta per pazienti con organizzazione borderline di personalità*

I primi sostenitori del valore terapeutico delle psicoterapie brevi ritenevano queste tecniche non indicate per il trattamento dei pazienti borderline [47], poiché non sembrava realistico poter ottenere cambiamenti o miglioramenti significativi in 10-20 sedute con pazienti con gravi disturbi della personalità, così caotici ed impulsivi [36]. Altri autori [67, 69, 70] sostenevano la necessità, di fronte a pazienti in un grave stato di crisi, di porsi il monito etico di “*first do not harm*”, *primum non nocere*: di non proporre dunque una psicoterapia intensiva ed esplorativa, anche di breve durata, che avrebbe potuto sottostimare l'estrema fragilità del paziente, farlo precipitare in uno stato regressivo non auspicabile o spingerlo ad *acting out impulsivi* e pericolosi.

Nella pratica clinica però i reparti ospedalieri e i Centri di Salute Mentale si sono trovati sempre più a dover individuare tecniche e strategie terapeutiche per far fronte alle problematiche cliniche di questi pazienti, per cui si spendono talora ingenti risorse con risultati deludenti [42]. Da questa esigenza si è sviluppato, soprattutto negli anni '80 negli Stati Uniti e in Canada, un dibattito significativo sulla possibilità di utilizzare trattamenti *time-limited* con pazienti gravi, in relazione sia ai tempi della degenza ospedaliera sia a specifici interventi psicoterapeutici.

Alcuni autori sottolineano la necessità di offrire interventi psicoterapeutici brevi di sostegno, esperienze che possono anche rappresentare un primo aggancio del paziente, per inviarlo successivamente a trattamenti più intensivi [10]. Spesso, in queste prime applicazioni, le tecniche brevi rappresentano una “abbreviazione” di trattamenti più lunghi, unicamente finalizzati al sostegno ed al miglior compenso delle funzioni dell'Io del paziente, senza che vi siano obiettivi rispetto ad eventuali cambiamenti intrapsichici.

Con il passare del tempo e con gli approfondimenti teorico-metodologici, le tecniche brevi vengono a delinearci in modo più consapevole come *tecniche di prima scelta* nella cura delle patologie gravi della personalità [8, 43, 44, 51, 71, 72, 77, 78].

Viene più volte sottolineata l'importanza di una diagnosi accurata, basata sulla individuazione precoce e sulla discriminazione della costellazione sintomatologica e delle dinamiche intrapsichiche profonde, dei meccanismi di difesa utilizzati, delle possibili configurazioni dell'Io e del livello di relazionalità. Molte le diagnosi che vengono ritenute compatibili con questi interventi e sulle quali sono state avviate le sperimentazioni: reazioni patologiche al lutto [40, 74], Disturbi di

Personalità appartenenti all'Asse II del DSM IV, ed in particolare appartenenti al Cluster B, [43, 44, 69, 70, 77, 78], fino a transitori scompensi psicotici [74].

Nurnberg e Suh [51] confermano l'effettiva possibilità di utilizzare una *time-limited dynamically oriented psychotherapy* nel trattamento di pazienti borderline ospedalizzati, sottolineando in particolar modo l'importanza di fissare un tempo definito e preciso per tutti gli interventi di tipo ospedaliero, siano essi l'intervento psicoterapeutico, il management infermieristico oppure il ricovero stesso.

Sledge e collaboratori [72] mettono a punto uno studio retrospettivo sui drop-out di 149 pazienti afferenti ad un grande Centro di Salute Mentale, che avevano ricevuto tre differenti tipi di psicoterapie. La *long-term individual psychotherapy*, psicodinamicamente orientata, con sedute settimanali, la cui caratteristica specifica era quella di essere open-ended, di non avere cioè un tempo prestabilito e comunicato per la chiusura del trattamento; la *brief individual psychotherapy*, in cui ai pazienti era esplicitato sin dall'inizio del trattamento che questo sarebbe durato circa 3-4 mesi, senza peraltro stabilire un tempo preciso; ed infine una *time-limited psychotherapy*, che si differenziava dalla precedente per due aspetti: la maggior chiarezza con cui, all'inizio della terapia, veniva definita la sua conclusione, fissando anche un preciso numero di sedute; l'individuazione di un *focus* centrale, comunicato e concordato con il paziente, attorno al quale sarebbe ruotata la terapia.

I risultati riportati sono davvero significativi: i pazienti che avevano effettuato una terapia a tempo limitato si erano ritirati in misura significativamente inferiore (32%) rispetto sia alla terapia individuale a breve termine (67%) che a quella a lungo termine (61%). Questi risultati non potevano essere attribuiti alle caratteristiche demografiche del campione, al livello di formazione degli operatori o alla differente durata del trattamento, e nemmeno alla diagnosi dei pazienti. Dai risultati della ricerca emerge dunque che rendere esplicito il limite di tempo e stabilire sin dall'inizio la fine del trattamento contribuisce in maniera significativa a ridurre le tendenze del paziente ad agire attraverso il *drop-out* conflitti o paure in relazione al termine del trattamento, tra cui per esempio l'eccessiva intimità e dipendenza dal terapeuta e la natura regressiva della relazione terapeutica. Inoltre la concentrazione del lavoro terapeutico su un *focus* prestabilito e la maggior attività del terapeuta sembrano avere un ruolo significativo nel miglioramento dell'alleanza terapeutica e dunque della *compliance* al trattamento.

Di particolare interesse anche due studi di Winston e collaboratori [77, 78] che mettono a confronto i risultati di due differenti tecniche di psicoterapia breve psicodinamicamente orientata con pazienti con disturbi di personalità in Asse II: la *short-term dynamic psychotherapy*, più attiva, focalizzata sulla confrontazione e

sull'interpretazione del comportamento difensivo del paziente, che ha l'obiettivo di provocare l'espressione degli affetti rimossi o repressi in un contesto interpersonale e la loro sperimentazione in una cornice affettiva e cognitiva integrata; e la *brief adaptive psychotherapy*, sviluppata dallo stesso gruppo di ricerca, più attenta ai fattori cognitivi, focalizzata sull'identificazione dei pattern maggiormente adattivi del paziente e della loro valorizzazione nelle relazioni presenti e passate, e più specificatamente nella relazione paziente-terapeuta.

I risultati della ricerca hanno mostrato miglioramenti significativi nel decorso dei pazienti trattati con le psicoterapie brevi orientate in senso psicodinamico rispetto al gruppo di controllo, e gli studi di *follow up* hanno evidenziato che questo miglioramento viene mantenuto a distanza di un anno e mezzo. Inoltre, non sono state evidenziate differenze significative nei risultati tra i due diversi tipi di terapia; ciò è stato attribuito a diversi fattori: vi era una sostanziale similarità nelle due tecniche specifiche, il gruppo dei pazienti era omogeneo, per entrambe le tecniche era stato adottato un manuale strutturato di riferimento, e lo strumento di *assessment* per la definizione degli *outcomes* era unico. Entrambe le teorie infatti erano psicodinamicamente orientate, con una forte enfasi sulla relazione interpersonale; questo ha minimizzato le differenze, legate al livello di attività del terapeuta, all'intervento su difese e impulsi e all'utilizzo della confrontazione, che erano notevolmente maggiori nella *short-term dynamic psychotherapy*.

A Leibovich [43, 44] si deve il tentativo forse più formalizzato di definire i criteri di una vera e propria tecnica di psicoterapia breve per pazienti con organizzazione borderline di personalità, la *short-term integrative psychotherapy*, basata sui presupposti psicodinamici della Psicologia dell'Io e delle relazioni oggettuali ed in particolare sul modello della separazione-individuazione della Mahler [46]. Il *focus* principale della psicoterapia ruota attorno alle ansie ed insicurezze che invadono il fragile senso di separazione ed individuazione intrapsichica del paziente: poiché l'Io è danneggiato, gli sforzi per sostenere l'Io frammentato divengono il cuore di quest'approccio. Il primo obiettivo infatti è quello di alleviare la sintomatologia portata dal paziente e la modificazione di alcuni suoi *pattern* disadattivi, e questo attraverso l'incremento della sua consapevolezza rispetto alle proprie dinamiche intrapsichiche inconscie, il rafforzamento dell'Io fragile e immaturo e delle scarse possibilità di *coping*, la scoperta e la valorizzazione delle parti dell'Io più stabili ed integrate. Poiché l'obiettivo è il rafforzamento delle parti fragili dell'Io, la terapia non è focalizzata sul passato, come le terapie a lungo termine, ma sull'*hic et nunc* dei problemi emozionali del paziente, sulla relazione terapeutica che si va sviluppando e sulle possibili fluttuazioni dell'alleanza terapeutica; l'elaborazione del transfert, anche negativo, può essere effettuata, a patto che le problematiche transferali si siano evidenziate nel breve tempo del trattamento.

B) *Il processo psicoterapeutico della SB-APP*

Il modello psicoterapeutico della *Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy* prevede l'articolazione del trattamento in moduli ripetibili e sequenziali di 40 sedute ciascuno, organizzati attorno ad un *focus* principale, definito in base al livello clinico di funzionamento psico-sociale del soggetto, e ad un focus aggiuntivo, costituito dalla condizione *time-limited* del trattamento.

È un trattamento che prevede una presa in carico complessa e pluridisciplinare [18], in cui possono essere coinvolti più servizi, oppure due o più operatori di uno stesso servizio [29, 48, 49].

L'utilizzazione di diverse tecniche di psicoterapia strutturata nei pazienti con organizzazione borderline di personalità tiene conto di alcune incoraggianti evidenze che segnalano possibili guadagni in termini di costi e benefici [34] quando il trattamento viene associato alle terapie farmacologiche e agli eventuali interventi riabilitativi e di sostegno socio-familiare. Stante l'eterogeneità della sintomatologia e del comportamento, le indicazioni psicoterapeutiche non possono essere prese in considerazione prima di aver definito le modalità complessive del progetto clinico. Diviene dunque necessario valutare il livello di complessità della presa in carico, in termini di risorse umane e tecniche necessarie: attraverso la raccolta della domanda, si tratta di definire in via preliminare se uno o più professionisti, ovvero più agenzie terapeutiche o socio-assistenziali, forniranno la risposta all'utente.

Di particolare importanza è la qualità relazionale della presa in carico, evidente sin dal momento della raccolta della domanda, e d'importanza basilare nel progetto clinico che via via si costruisce per e con il paziente. La "dimensione psicoterapeutica" della relazione dipende dalla presenza prevalente, nel paziente, di meccanismi di difesa più arcaici o patologici (scissione, negazione, idealizzazione ed identificazione proiettiva) oppure della presenza o della comparsa, nel tempo, di meccanismi maggiormente integrati ed adattivi.

Il modello psicoterapeutico cui la SB-APP fa riferimento è il *continuum intensivo/supportivo* [24, 33], che non nega la differenza tra psicoterapie a valenza prevalentemente intensiva o prevalentemente supportiva, ma che sottolinea come nel corso della medesima psicoterapia possano alternarsi continuamente momenti intensivi e supportivi, in riferimento a particolari dinamismi intrapsichici del paziente o di fronte a *life events* particolarmente significativi. Questa precisazione è di grande rilevanza nel caso della psicoterapia con pazienti con organizzazione borderline di personalità.

La differenza sostanziale tra orientamenti intensivi e supportivi è legata alla qualità della relazione tra paziente e terapeuta: nel primo caso, si suppone una rela-

zione dialogica in cui è massimo il contributo rielaborativo del paziente; nel secondo, una relazione in cui, nel tentativo di risoluzione delle problematiche presentate dal paziente, ha ampio spazio l'integrazione dei contributi forniti da parte del terapeuta.

Gli strumenti tecnici a disposizione del terapeuta vengono descritti a seconda della loro funzione e della loro finalità. A seconda della funzione, vengono divisi in strumenti *esplorativi* (interpretazione, confrontazione, incoraggiamento ad elaborare) destinati a promuovere nuove e creative connessioni tra elementi consci, subconsci ed inconsci, e strumenti *validanti* (chiarificazione, convalidazione empatica, consigli ed elogi, conferma e prescrizione) utili a promuovere attivamente il riconoscimento e l'importanza di alcuni vissuti, situazioni o comportamenti.

Riflettere sulla finalità con cui vengono utilizzati gli strumenti tecnici significa non poter prescindere da una valutazione approfondita dei bisogni del paziente e del suo assetto difensivo; in una parola, dalla sua organizzazione di personalità. Si possono dunque perseguire finalità *conservative*, destinate a rispettare e rinforzare la struttura difensiva del paziente, oppure *mutative*, volte a promuovere un cambiamento nell'organizzazione di personalità e nello Stile di vita.

C) *Le funzioni psicoterapeutiche*

Le funzioni terapeutiche più importanti che risultano implicate nella presa in carico dei pazienti borderline [35] possono essere svolte dagli operatori durante la loro attività in setting differenti: dal ricovero ospedaliero alla residenzialità, alle attività di Centro Diurno, al trattamento ambulatoriale; si sviluppano potenzialmente, dunque, in ogni contatto col paziente e non solo in occasione delle psicoterapie strutturate [75], anche se nelle sedute costituiscono indici specifici degli obiettivi di lavoro.

Secondo la schematizzazione presentata da Gunderson [35], le funzioni terapeutiche possono essere riassunte come segue:

1) la *funzione di contenimento* controlla gli agiti auto ed etero distruttivi del paziente, preserva il benessere fisico, fornisce sollievo alle responsabilità. Gli effetti di alcuni farmaci possono svolgere la funzione di contenimento e, sotto il profilo psicologico e relazionale, secondo un gradiente crescente di responsabilizzazione del paziente: le prescrizioni e le proibizioni di comportamenti, la sottrazione degli aspetti gratificanti di talune condotte ritenute inadeguate o pericolose, l'esplicitazione degli esiti negativi di queste medesime condotte, l'esplorazione sistematica delle deviazioni dalle regole, il riconoscimento delle connes-

sioni tra eventi e sentimenti. L'obiettivo delle funzioni terapeutiche di contenimento è di tendere ad una sempre maggiore interiorizzazione del controllo.

2) la *funzione di conferma* 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 convincimenti, il riconoscimento delle connessioni tra gli eventi e i sentimenti, il riconoscimento della storia passata, delle aspirazioni individuali, dei progetti. L'obiettivo delle funzioni terapeutiche di conferma è il rinforzo dell'identità.

3) la *funzione di struttura* organizza e rende prevedibile l'ambiente, la persona, i luoghi e i tempi, modula la distanza relazionale [3] tra abbandono e invasività. 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. Gli obiettivi delle funzioni terapeutiche di struttura sono la tolleranza e la costanza della relazione.

4) la *funzione di sostegno* riduce l'angoscia e la solitudine, aiuta la tolleranza al dolore, aiuta a prestare attenzione alla realtà. Provvedono a questi scopi gli effetti di alcuni psicofarmaci, ed inoltre il riconoscimento dei bisogni, il *problem-solving*, la convalidazione empatica, il riconoscimento delle connessioni tra eventi e sentimenti. L'obiettivo delle funzioni terapeutiche di sostegno è il rinforzo dell'autostima.

5) la *funzione d'elaborazione* focalizza il comportamento e i problemi pratici, focalizza sentimenti e relazioni, aspetti dell'identità e conflitti, focalizza i progetti. E' la funzione più strettamente e specificatamente correlata alla dimensione psicoterapeutica della relazione clinica; connota, inoltre, molti degli interventi che si effettuano nell'abito delle psicoterapie strutturate. L'obiettivo delle funzioni terapeutiche d'elaborazione è costituito dalla sostituzione della scissione con meccanismi difensivi maggiormente integrati.

D) *La definizione del livello di funzionamento e il focus primario*

Nella tecnica della SB-APP ha importanza strategica una precoce evidenziazione dello schema appercettivo del soggetto [2, 3]: esso appartiene all'area percettiva e ideativa, ed è largamente strutturato secondo elementi simbolici, anche inconsci. Costituisce l'equivalente dell'opinione che l'individuo ha di sé e del mondo. Lo schema appercettivo fa vivere ogni individuo nel suo modo soggettivo ed individuale e per questa ragione nessuno può avere una visione corretta e definitiva della realtà. Lo Stile di vita ne è la controparte comportamentale, inteso come movi-

mento coerente dell'individuo verso la sua meta [7]. Le ipotesi sollecitate sullo schema appercettivo del paziente favoriscono nel terapeuta una prima valutazione dell'obiettivo inconscio correlato allo scoraggiamento e ai sintomi del paziente.

In base agli schemi appercettivi del soggetto ed al complessivo atteggiamento psicologico che ne deriva, sono stati individuati quattro livelli progressivi di funzionamento [35], che descrivono gli aspetti cognitivo-emozionali del vissuto soggettivo del paziente e le modalità socio-relazionali del suo comportamento, per come possono presentarsi nelle diverse fasi dei disturbi sottesi dall'organizzazione borderline di personalità.

Ognuno di questi livelli di funzionamento costituisce il *focus primario* che orienta, rispetto agli obiettivi clinici e agli strumenti tecnici, l'agire psicoterapeutico. Nelle definizioni si è tenuto anche conto dei tempi mediamente attesi [35] per riscontrare cambiamenti significativi nei pazienti in trattamento.

LIVELLO I: rabbia, depressione, vuoto; comportamenti lesivi o alienanti, scarsa gestione autonomie sociali, panico abbandonico nelle relazioni.

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.

Poiché l'articolazione delle fasi sequenziali del trattamento deve essere progettata sulla condizione clinica di ogni singolo soggetto, i criteri per scegliere di volta in volta il livello del *focus* sono dettati dai movimenti progressivi o regressivi del paziente. In particolare, è anche possibile che il paziente possa lavorare per più moduli consecutivi di quaranta sedute sul medesimo *focus*, se il livello di funzionamento della personalità risulta poco variato dagli interventi precedenti.

Per ognuno di questi livelli di funzionamento si è cercato di definire, oltre al *focus* primario, la qualità ed il livello della relazione iniziale, l'area del cambiamento possibile rispetto alle dinamiche intrapsichiche e relazionali, ed infine gli strumenti tecnici esplorativi o validanti più adatti alla qualità intensiva o supportiva della relazione terapeutica e all'intenzionalità del terapeuta di proporre interventi conservativi o mutativi [17].

Alcuni autori [43, 44] sostengono che l'esplicitazione iniziale di un focus su cui lavorare possa avere un valore intrinsecamente positivo sulle aspettative e sulla *compliance* alla terapia di un paziente con organizzazione borderline di persona-

lità. Comunicare per esempio quale sarà l'oggetto del lavoro terapeutico o immaginare insieme i risultati al termine della terapia, per esempio la diminuzione delle difficoltà e dei sintomi o l'aumento dell'autostima e il ritorno al precedente livello di funzionamento, può influire sulla capacità del paziente di tollerare le inevitabili difficoltà del trattamento, permettendogli così di rinforzare l'alleanza di lavoro. Il terapeuta, con la brevità e la focalizzazione del *setting*, comunica che la terapia è un lavoro che può essere programmato e che i problemi possono essere risolti: la possibilità di potersi organizzare è importante per un paziente borderline, poiché stimola e sostiene le capacità organizzative dell'Io.

E) *I Moduli time-limited e il focus secondario*

Come abbiamo già riportato, il trattamento si svolge secondo uno o più moduli, ripetibili e in sequenza, che consistono ciascuno di quaranta sedute a cadenza settimanale e con un *setting* rigoroso.

Perry [54] propone una riflessione sull'importanza del rispetto delle regole del *setting* concordato con il paziente. Egli riconosce la necessità di un tempo preciso e definito per la seduta, e ne riconosce la specifica utilità con pazienti con disturbo borderline di personalità: questa limitazione, infatti, offre un'esperienza strutturante a pazienti che hanno difficoltà a riconoscere i confini del mondo interno ed esterno, proprio ed altrui; permette loro di esternare i propri sentimenti rispetto al limite di tempo, ed in particolare la cronica sensazione di vuoto e di "non averne mai abbastanza". La capacità di rispettare il limite di tempo rinforza positivamente, secondo l'autore, la capacità del paziente di tollerare i confini ed inoltre offre al terapeuta la possibilità di osservare come il paziente ha reagito a queste stesse difficoltà lungo il suo percorso evolutivo. La frequenza delle sedute deve essere stabilita e rispettata; tra gli aspetti importanti di questo limite, vi è il fatto che permette di comprendere con attenzione il significato degli agiti del paziente – appuntamenti mancati, telefonate, ma anche tentativi anticonservativi – che devono essere considerati un attacco al trattamento e non, come a volte i pazienti sostengono, una richiesta di maggior attenzione e di maggior "disponibilità di tempo" del terapeuta.

Mann [47] è stato il primo autore a sottolineare l'importanza della definizione di un *setting* a tempo limitato, comunicato e definito nel contratto terapeutico, la cui funzione principale è obbligare il paziente, ma anche il terapeuta, ad affrontare l'ambivalenza interna, e spesso inconscia, rispetto all'ineluttabilità della separazione (e della morte). Il senso della limitazione del tempo può avere un significato intrinsecamente terapeutico per pazienti borderline che, per loro stessa natura intrapsichica, sono dominati da un senso di *timeless* e di mancanza di confini interni strutturati [43, 44, 51, 72].

Il *setting time-limited* inoltre tende a minimizzare la possibilità dell’instaurarsi nel paziente di dinamiche regressive atemporalì in una condizione d’eccessiva dipendenza dal terapeuta, condizione che non necessariamente è il passaggio obbligato in un processo di cambiamento: far sperimentare al paziente che le cose finiscono è un passo fondamentale nel suo percorso individuativo [51].

Dal punto di vista relazionale, il paziente è inoltre obbligato ad elaborare la separazione dal terapeuta. Se, infatti, come sappiamo, l’accettazione ed il riconoscimento dei confini intrapsichici e relazionali del paziente borderline è deficitaria, il *setting time-limited* impone dei limiti inevitabili nella relazione con l’altro, il che implica una forzata accettazione della separazione, della solitudine del Sé e della perdita. Inoltre i pazienti borderline sono estremamente sensibili al rifiuto, sia esso reale o immaginario; in questa direzione, la possibilità di sapere sin dall’inizio che la relazione terapeutica ha un limite prestabilito può gradualmente permettere di “abituarsi” all’idea della perdita, che può eventualmente essere vissuta come un abbandono programmato, e quindi potenzialmente meno devastante [43, 44].

L’idea della brevità del trattamento incoraggia il paziente a lavorare più intensamente in un periodo più breve, contenuto nel tempo, con un inizio ed una fine, ed in un modo più determinato, e questo è davvero significativo per pazienti che hanno difficoltà a mantenere i progetti e le attività che si sono proposti. I pazienti borderline hanno inoltre la tendenza a minimizzare, svalorizzare o rifiutare i loro stessi traguardi: il fatto stesso di essere riusciti a portare a termine un percorso può di per sé rappresentare un miglioramento. In questo modo il paziente può portare con sé l’esperienza positiva di una relazione che è iniziata, ha avuto un seguito ed è terminata, e questo può rappresentare un’esperienza integrativa e di maggior tolleranza dell’ambivalenza.

In questo processo, compito del terapeuta è anche quello di rendere mobili le risorse personali creative e adattive del paziente: spesso questa esperienza di separazione rielaborata in terapia è già di per sé un’esperienza emozionale correttiva [4] che può offrire al paziente nuove riflessioni sulla propria storia personale e sulla storia delle proprie relazioni interpersonali.

Peraltro, il vincolo del *time-limited* può porsi come una frattura dolorosa della relazione terapeutica per quel paziente borderline che sia stato in grado di costruire con il terapeuta una relazione stabile ed autentica, che deve invece necessariamente essere interrotta; la presa in carico complessa del paziente e l’articolazione della SB-APP in una rete pluriprofessionale e multidisciplinare [18, 49] possono peraltro porsi come elementi di protezione e di continuità terapeutica.

Anche la maggiore attività del terapeuta costringe il paziente ad una rapida definizione di sé, differenziazione e separazione attraverso il demarcare i confini tra

sé ed il terapeuta. Per questi pazienti il silenzio analitico può essere vissuto come intollerabile, aumenta lo stato ansioso e potenzialmente favorisce un possibile scompensamento, soprattutto all'inizio della terapia quando la relazione è ancora debole. Attraverso la sua attività, ma anche un atteggiamento terapeutico comprensivo ed empatico che tende al mantenimento della relazione, il terapeuta assorbe, trasforma e restituisce il materiale portato dal paziente, chiarificandolo e confrontandolo con attenzione. Nel trattamento dei disturbi borderline il terapeuta deve porsi come una "persona reale", e questo è reso necessario dalla deficitaria capacità del paziente d'interiorizzazione e identificazione: il terapeuta rappresenta un modello reale per gettare le basi d'altre relazioni oggettuali. L'incoraggiamento ottenuto attraverso la relazione con il terapeuta, che si trasforma in un rapporto empatico, può far crescere il desiderio di provare nuove interazioni sociali all'esterno, prima percepite come troppo minacciose.

Una nota infine per ciò che riguarda il terapeuta, soprattutto se in formazione: la regola del *time-limited* contribuisce al ridimensionamento delle proprie spinte di gratificazione onnipotente e che potrebbero portarlo inconsciamente a mantenere la dipendenza del paziente, invece di promuoverne l'autonomia [83, 85]; queste regole del setting favoriscono dunque l'elaborazione del senso del limite nell'agire terapeutico [13, 28].

F) *La sequenzialità dei moduli*

Silver [69, 70] sottolinea che il trattamento psicoterapeutico di pazienti difficili non solo può non essere, ma addirittura non deve essere continuo: non tutte le interruzioni sono necessariamente negative o dovute all'emergere di resistenze, ed anzi, periodi di interruzione concordata di alcuni mesi possono rappresentare il tempo necessario per l'assimilazione e il consolidamento, sia a livello consapevole che inconscio, del processo terapeutico e possono favorire una certa integrazione a fronte di continui rischi di regressione maligna. Dunque Silver propone un *relational-type intermittent therapy on a life-long basis*, una terapia breve orientata alla relazione, somministrata in modo intermittente sul lungo periodo, contrapposta a una terapia esplorativa su base continua.

Anche Perry [54] propone una *intermittent continuous therapy*, partendo dalla considerazione che è importante considerare i momenti di crisi dei pazienti borderline, che spesso li conducono al ricovero, non come un evento isolato nella loro vita, ma come episodi che si inseriscono in un contesto problematico cronico che dura per molti anni e che, se non trattato adeguatamente, può significativamente peggiorare. È dunque importante offrire al paziente un supporto che si snodi nel corso degli anni, con l'obiettivo di aiutarlo a ridurre nel tempo i comportamenti autodistruttivi e le azioni che potrebbero mettere in serio pericolo

alcuni aspetti reali della sua vita, come gli affetti e le relazioni personali. Un setting intermittente continuo, particolarmente indicato dunque per pazienti cronici, che si propone come un *lifelong treatment*, che dia la sensazione e la sicurezza della possibilità di “invecchiare insieme” e che possa così alleviare la sensazione di solitudine.

In linea con ciò, McGlashan [50] sottolinea la difficoltà di individuare la terapia migliore per i pazienti borderline, ed individua un possibile superamento della diatriba attraverso la definizione di un *trattamento intermittente continuo*, che sia anche eclettico e flessibile rispetto ai bisogni dei pazienti.

Nella SB-APP si stabilisce che, una volta terminato un modulo e raggiunto un livello di funzionamento, il paziente possa iniziare un nuovo modulo, ma con un altro terapeuta; il grande sforzo che è chiesto al paziente, in senso profondamente psicodinamico, è quello di confrontarsi con la tolleranza dell’ambivalenza implicita nella necessità di dover “concludere” in un modo previsto e concordato – e dunque non “interrompere” – il lavoro con un terapeuta per incontrarne uno nuovo [22]; il lavoro del terapeuta successivo potrà prendere avvio dall’analisi del grado di elaborazione della separazione dal terapeuta precedente e la disponibilità di interiorizzazione di un nuovo modulo di legame [60, 26]; ciò dunque sarebbe utile per comprendere meglio il funzionamento intrapsichico e relazionale del paziente in quel momento della sua evoluzione, e di conseguenza per poter decidere il livello del *focus* su cui lavorare, la qualità della relazione di cui il paziente è capace e l’area del cambiamento possibile.

In relazione alle possibili difficoltà transferali coinvolte nelle relazioni terapeutiche con pazienti con organizzazione borderline di personalità ed in particolare all’evenienza non così infrequente di *drop-out* anche precoci nel trattamento, si può ipotizzare che l’abbandono dell’analisi e la successiva ripresa con un secondo terapeuta possano essere considerati passaggi centrali del trattamento, ed anzi una possibile specificità della terapia con questi pazienti [63, 64]. L’elemento essenziale è che il terapeuta abbia la possibilità di trattare la conclusione della terapia con un messaggio apparentemente paradossale: «da un lato vi sarebbe il riconoscimento dell’utilità della terapia anche attraverso l’analisi dei motivi fittizi che spingono il paziente ad abbandonarla, dall’altro vi sarebbe il riconoscimento e la accettazione, da parte dell’operatore, che la terapia possa interrompersi, in base alle motivazioni ‘storiche che adduce il paziente» (63, pp. 113-114).

Ciò potrebbe rappresentare per il paziente borderline la sperimentazione intrapsichica, profondamente ambivalente, dell’esistenza simultanea di due aspetti, l’uno “buono” e l’altro “cattivo”, nella terapia: questa separazione potrebbe rappresentare il riconoscimento che anche una buona interruzione prematura possa essere considerata come il primo passo verso un movimento separativo, e quindi evolutivo.

«Non bisogna quindi porre esclusivamente l'accento sulla distruttività degli *acting-out* di questi pazienti, ma trasmettere loro un certo grado di fiducia e d'incoraggiamento, riconoscendo nei loro atteggiamenti anche le valenze di un rozzo tentativo di indipendenza» (22, p. 95). In un'ottica relazionale, questa dinamizzazione potrebbe far sperimentare al paziente la «non indispensabilità della meta fittizia, nella quale sarebbe stato conglobato anche il terapeuta, ai fini della propria sopravvivenza psicologica» (63, p. 114); e cioè di quella meta per cui la dinamica scissionale tipica del borderline lo spinge, in modo aggressivo, a riprodurre anche nel *setting* terapeutico il suo ruolo oppositivo ogni volta che emerge il suo bisogno.

Di fronte a queste interruzioni, che in ogni caso sono e devono essere considerate *acting-out*, nella misura in cui agiscono la separazione che in quel momento non può essere mentalizzata, è importante che il terapeuta mantenga ferma la propria posizione rispetto all'interruzione del trattamento, proprio per non vanificare il movimento evolutivo del paziente, ed in ogni caso per non offrirgli la possibilità di reiterare altre manipolazioni del *setting*. Ciò significa sottolineare l'importanza che il paziente debba essere inviato ad un altro terapeuta, facendo così in modo «di non procurare al paziente una ferita narcisistica che non sia in grado di comprendere, ma di preservare anche la possibilità che egli possa iniziare a tollerare un po' di più la propria ambivalenza» (22, p. 95).

G) *La sperimentazione*

La sperimentazione della SB-APP ha avuto inizio nel febbraio del 2005, in collaborazione con l'Unità di psicoterapia del *Dipartimento di Salute Mentale della ASL 7-Regione Piemonte*, che si riferisce alla zona di Chivasso (TO) e dei comuni limitrofi.

Sono stati considerati come includibili nello studio tutti i pazienti di sesso maschile e femminile di età compresa tra i 18 e i 50 anni affetti da un Disturbo di Personalità in Asse II del DSM-IV [5], in carico al servizio da almeno tre mesi, indipendentemente dal fatto che assumano o meno la terapia farmacologica e che abbiano o meno intrapreso in precedenza un percorso psicoterapeutico. Nella selezione degli utenti si è posta attenzione al fatto che, accanto alla diagnosi psichiatrica categoriale di Disturbo di Personalità fosse presente una diagnosi psicodinamica di Organizzazione Borderline di Personalità, in linea con i criteri delineati da Kernberg [38]: diffusione dell'identità, prevalenza di meccanismi di difesa primitivi, manifestazioni non specifiche di debolezza dell'Io, difficoltà interpersonali croniche, mancanza d'integrazione del Super-Io.

Tra i pazienti includibili nello studio sono stati selezionati con procedure di randomizzazione 30 utenti, successivamente divisi in due bracci di 15 utenti ciascu-

no: il braccio A, il cui trattamento consiste in una presa in carico articolata, in cui la terapia farmacologica è associata ad interventi psicosociali di sostegno ed il braccio B, in cui al trattamento precedente è abbinata la SB-APP. L'intervento psicoterapeutico è stato affidato a terapeuti di formazione adleriana.

È stata individuata una batteria di strumenti di valutazione, che sono stati somministrati in fase di selezione degli utenti, e che verranno somministrati a 3, 6 e 12 mesi, per permettere di valutare gli effetti della psicoterapia; gli strumenti utilizzati sono il *Temperament and Character Inventory* (TCI), lo *State Trait Anger Expression Scale* (STAXI), la *Symptom Checklist 90* (SCL-90), lo *Structured Clinical Inventory DSM-IV, Axis II* (SCID-II) e le domande sull'alleanza terapeutica, compilati dal paziente; e il *Clinical Global Impression* (CGI), la *Scala di Funzionamento Sociale e Lavorativo* (SVFSL), la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) e lo *Structured Clinical Inventory DSM-IV, Axis I* (SCID-I), compilati a cura dello psichiatra che ha in carico l'utente.

V. Conclusioni

Negli ultimi anni, nel dibattito scientifico internazionale in merito alle psicoterapie, ed anche più specificamente in quelle orientate in senso psicodinamico, si è andata concretizzando l'esigenza di approfondire gli studi sulle evidenze empiriche della psicoterapia [61].

Diversi sono stati i motivi che hanno stimolato la nascita e la cultura delle ricerche sugli indicatori di processo e di risultato e sugli *outcomes* dei trattamenti: da un lato il crescente sviluppo di nuovi orientamenti nel campo della psicologia e della psicoterapia, che per i loro riferimenti metapsicologici si prestano maggiormente a misurazioni e valutazioni scientificamente comprovate; dall'altro le crescenti critiche rivolte alle psicoterapie ad orientamento psicodinamico rispetto allo squilibrio tra costi, in termini economici, di tempo, di energie, e benefici. Inoltre le nuove acquisizioni sulle interazioni tra processi neurofisiologici e relazioni interpersonali [37] hanno reso indispensabile la riflessione sulle implicazioni etiche nelle psicoterapie [16], proprio perché hanno aperto la strada alla possibilità di comprendere le modalità attraverso le quali i fattori relazionali, le influenze ambientali e in particolare il rapporto con persone significative, e dunque anche l'intervento psicoterapeutico, possono esercitare un'influenza diretta sullo sviluppo delle strutture e delle funzioni del cervello e della mente, nonché della personalità.

È dunque nata l'esigenza di studiare gli aspetti specifici e quelli aspecifici dei differenti interventi psicoterapeutici, definire quali siano gli indicatori di processo, valutare gli *outcomes* dei trattamenti con studi di *follow up* anche a lungo termi-

ne. L'interesse scientifico si è anche rivolto alla necessaria formalizzazione e standardizzazione di strumenti clinici in grado di fornire dati comparabili fra loro e utilizzabili come misure attendibili del trattamento e del cambiamento psicoterapeutici [27].

La SB-APP si propone come uno strumento terapeutico, ancora in fase di formalizzazione e sperimentazione, indirizzato a pazienti con organizzazione borderline di personalità. Le evidenze cliniche riportate in alcune ricerche in campo internazionale incoraggiano questa scelta, ed in particolare sottolineano la specificità e l'efficacia di alcuni elementi tecnici – il setting a tempo limitato, la focalizzazione su specifici livelli di funzionamento del paziente, l'articolazione in moduli di sedute sequenziali e ripetibili – nel trattamento di questo quadro psicopatologico complesso.

I primi risultati di questa sperimentazione, giunta ormai quasi alla conclusione del primo modulo di psicoterapia, potranno parzialmente confermare, o smentire, le ipotesi proposte in questo lavoro, e certo saranno occasione d'eventuali modifiche e riflessioni.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1907), *Studie über Minderwertigkeit von Organen*, Urban & Schwarzenberg, Vienna.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio, Roma 1967.
4. ALEXANDER, F., FRENCH, T. M. ET ALII (1946), *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*, Ronald, New York.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV ed.*, tr. it. *Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali IV*, Masson, Milano 1996.
6. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
7. 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 Congr. Naz. S.I.P.I., Bocca di Magra (SP)*.

8. BLOOM, H., ROSENBLUTH, M. (1989), The Use of the Contracts in the Inpatient Treatment of the Borderline Personality Disorder, *Psychiatry Q.*, 60: 317-327.
9. BOVERO, A. (2003), *Depressione e dolore cronico: valutazione del trattamento psicoterapeutico e psicofarmacologico nel dolore oncologico*, in press.
10. BROWN, L. J. (1981), A Short-term Hospital Program Preparing Borderline and Schizophrenic Patients for Intensive Psychotherapy, *Psychiatry*, 44: 327-336.
11. CLARKIN, L. E., KERNBERG, O. F. (1993), Fattori evolutivi nel disturbo borderline di personalità e nell'organizzazione 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*, Cortina, Milano 1995: 167-190.
12. CLARKIN, L. E., YEOMANS, F. E., KERNBERG, O. F. (1999), *Psychotherapy of Borderline Personality*, Wiley & Son, New York.
13. FASSINA, S., CAIRO, E., SCALMANI, E., BOVERO, A., FERRERO, A. (2004), “Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B-APP) nella presa in carico complessa di un Dipartimento di Salute Mentale. Un caso clinico”, *XVIII Congr. Naz. S.I.P.I., Bocca di Magra (SP)*.
14. FASSINO, S. (1995), Psicoterapia breve a orientamento individualpsicologico: riflessioni sull'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 38: 43-52.
15. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., DELSEDIME, N., BUSSO, F., PIERÒ, A., ROVERA, G. G. (2005), Baseline Personality Characteristic of Responders to 6-month Psychotherapy in Eating Disorder: Preliminary Data, *Eat Weight Disord.*, 10: 40-50.
16. FASSINO, S., DELSEDIME, N. (2004), Etica e ricerca in psicoterapia, in ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (2004), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, CSE, Torino: 223-227.
17. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2006), Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Psychology and Psychotherapy*, submitted.
18. 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*, CSE, Torino: 369-394.
19. FASSINO, S., FERRERO, A., PIERÒ, A., MONGELLI, E., CAVIGLIA, M., DELSEDIME, N., BUSSO, F., RAMBAUDI, A., CANDELLIERI, S., ABBATE DAGA, G. (2004), Rehabilitative Residential Treatment in Patients with Severe Mental Disorders: Features Associated with Short-term Outcome, *Am. J. Orthopsychiatr.*, 74: 33-42.
20. FASSINO, S., PIERÒ, A., MONGELLI, E., CAVIGLIA, M., DELSEDIME, N., BUSSO, F., GRAMAGLIA, C., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P., FERRERO, A. (2003), Baseline Personality Functioning Correlates with 6 months Outcome in Schizophrenia, *European Psychiatry*, 18: 93-100.
21. FERRERO, A. (1988), Riflessioni per una teoria del conflitto nell'ambito della Psicologia Individuale, in PETRELLA, F. (a cura di, 1988), *Modelli e tecniche in psicoterapia*, CSE, Torino: 85-88.
22. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara. Studi di psicologia e psichiatria dinamica*, CSE, Torino.
23. FERRERO, A. (a cura di, 2000), *Clinica psicodinamica delle depressioni*, CSE, Torino.
24. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.

25. FERRERO, A. (2003), "Il Trattamento Psicodinamico Adleriano Multimodale (APMT) nella presa in carico dei pazienti psicotici", *IX Congr. Naz. S.I.P.I.*, Milano.
26. FERRERO, A. (2004), Moduli di legame e qualità della relazione terapeutica, in ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (2004), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, CSE, Torino: 41-48.
27. FERRERO, A. (2004), Standardizzazione dei processi delle psicoterapie psicodinamiche: una revisione critica in prospettiva adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 35-45.
28. FERRERO, A., FASSINA, S., BOVERO, A., CAIRO, E., FROLA, E., LETO, N., SCALMANI, A., ZAZIEMSKY, B., ZINI, V. (2002), "L'elaborazione del distacco in un'esperienza di psicoterapia psicodinamica breve presso un DSM", *XXXVI Congresso Nazionale Società Italiana di Psicoterapia Medica*, Lucera.
29. FERRERO, A., MASSOLA, T., DI CROCE, E., MIGLIETTI, S., TUMIATTI, G., BONELLI, F., FASSINA, S., LANTERI, A. (2001), Valutazione dei processi e degli esiti dei trattamenti di un'Unità di Psicoterapia in un Dipartimento di Salute Mentale, in CARTA, I. (a cura di), *Psicoterapia e nuove frontiere della medicina e della tecnologia*, CSE Torino, in press.
30. 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, 2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Cortina, Milano: 29-55.
31. 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, 2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Cortina, Milano: 57-100.
32. 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, 2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Cortina, Milano: 101-133.
33. GABBARD, G. O. (2000), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, American Psychiatric, tr. it. *Psichiatria psicodinamica*, Cortina, Milano 2002.
34. GABBARD, G. O., LAZAR, S. G., HORNBERG, J. ET AL. (1997), The Economic Impact of Psychotherapy: a Review, *American Journal of Psychiatry*, 154: 147-155.
35. GUNDERSON, J. G. (2001), *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, tr. it. *La personalità borderline. Una guida clinica*, Cortina, Milano 2003.
36. GUNDERSON, J. G., SABO, A. N. (1993), Il trattamento del disturbo borderline di personalità: una rassegna critica, in PARIS, J. (a cura di, 1993), *Borderline Personality Disorder. Etiology and Treatment*, tr. it. *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento*, Cortina, Milano 1995: 399-420.
37. KANDEL, E. R. (1998), A New Intellectual Framework for Psychiatry, *Am. J. Psychiatry*, 155: 457-469.
38. KERNBERG, O. F. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino 1978.
39. KRAWITZ, R., JACKSON, W., RUTH, A., CONNELL, A., ARGYLE, N., BENSEMANN, C., MILESHKIN, C. (2004), Professionally Indicated Short-term Risk-taking in the Treatment of Borderline Personality Disorder, *Australasian Psychiatry*, 12: 11-17.

40. KRUPNICK, J. L., HOROWITZ, M. J. (1985), Brief Psychotherapy with Vulnerable Patients: An Outcome Assessment, *Psychiatry*, 48: 223-33.
41. KRUTTKE RÜPING, M. (1986), Narzisstische Persönlichkeitsentwicklung, *Zeit. of Individualpsychol.*, 11: 9-24.
42. LANTERI, A., PIERÒ, A., ZIRILLI, F., FERRERO, A. (2006), “Studio delle caratteristiche associate all’elevato utilizzo da parte dei pazienti di un Centro di Salute Mentale: drop-in e drop-out”, *XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia*, Roma. *Abstract: Giorn. Ital. Psicopatol.*, 12, 117.
43. LEIBOVICH, M. A. (1981), Short-Term Psychotherapy for Borderline Personality Disorder, *Psychother. Psychosom.*, 35: 257-264.
44. LEIBOVICH, M. A. (1983), Why Short-Term Psychotherapy for Borderlines?, *Psychother. Psychosom.*, 39: 1-9.
45. MAFFEI, C. (1996), La patogenesi traumatica della personalità borderline, in ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino: 129-146.
46. MAHLER, M.S., PINE, F., BERGMAN, A. (1975), *The Psychological Birth of the Human Infant*, tr. it. *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino 1978.
47. MANN, J. (1973), *Time-Limited Psychotherapy*, Harvard University, Cambridge.
48. MAZZONE, M. (1996), Gruppo curante e patologia borderline. Considerazioni sulla strategia dell’intervento in un caso clinico, in ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino: 437-446.
49. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1999), Psichiatria nel territorio: intervento “a rete” secondo le linee individual psicologiche, in ROVERA G. G. (a cura di, 1999), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, CSE, Torino: 139-151.
50. McGLASHAN, T. H. (1993), Implicazioni delle ricerche sull’outcome nel trattamento del 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*, Cortina, Milano 1995: 245-269.
51. NURNBERG, H. G., SUH, R. (1982), Time-limited Psychotherapy of the Hospitalized Borderline Patient, *Am. J. Psychoter.*, vol. XXXVI, 1: 82-90.
52. PERRY, J. C. (1996), Modalità di trattamento del disturbo borderline di personalità sulla base del “Trauma model”, in ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino: 491-496.
53. PERRY, J. C., HERMAN, J. L., (1993), I traumi e le difese nell’eziologia del 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*, Cortina, Milano 1995: 129-146.
54. PERRY, S. (1987), The Choice of Duration and Frequency for Outpatient Psychotherapy, *American Psychiatric Association Annual Review*, 6: 398-414.
55. PERRY, S. (1989), Treatment Time and the Borderline Patient: an Underappreciated Strategy, *J. Pers. Disord.*, 3: 230-239.
56. ROVERA, G. G. (1966), Traitement des adolescents antisociaux (pré-délinquants juvéniles) par la psychothérapie brève, *Atti del IV Congresso Mondiale di Psichiatria*, Madrid.
57. ROVERA, G. G. (1993), “Individualpsychologische Psychotherapie mit Borderline-Patienten”, *XIX Congresso Internazionale di Psicologia Individuale, Budapest*.

58. ROVERA, G. G. (1994), Formazione del sé e patologia borderline, *Atque*, 9: 127-140.
59. ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino.
60. ROVERA, G. G. (a cura di, 1999), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, CSE, Torino.
61. ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (2004), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, CSE, Torino.
62. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria. Considerazioni preliminari, *Rassegna di ipnosi, Min. Med.*, 75: 1-9.
63. ROVERA, G. G., FERRERO, A. (1979), Indicazioni psicoterapeutiche nei pazienti borderline, in ROVERA, G. G. (1979), *Il sistema aperto della Individual Psicologia*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, 4, Cortina, Milano: 97-119.
64. ROVERA, G. G., FERRERO, A. (1980), Indicazioni psicoterapeutiche nei pazienti borderline, in VOLTERRA, V. (a cura di, 1980), *Indicazione e valutazione dei risultati della psicoterapia*, Patron, Bologna: 123-139.
65. 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.
66. SCARSO, G., MUNNO, D. (1996), Aspetti nosografici della patologia borderline, in ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino: 41-50.
67. SEDERER, L. I., THORBECK, J. (1986), First Do No Harm: Short-term Inpatient Psychotherapy of the Borderline Patient, *Hospital and Community Psychiatry*, 37: 692-697.
68. SHULMAN, B. H. (1989), Some Remarks on Brief Psychotherapy, *Indiv. Psychol.* 45: 34-37.
69. SILVER, D. (1983), Psychotherapy of the Characterologically Difficult Patient, *Canadian Journal of Psychiatry*, 28: 513-521.
70. SILVER, D. (1985), Psychodynamics and Psychotherapeutic Management of the Self-destructive Character-disordered Patient, *Psychiatr. Clin. North. Am.*, 8: 357-377.
71. SILVER, D., ROSENBLUTH, M. (1993), Il trattamento ospedaliero dei pazienti con 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*, Cortina, Milano 1995: 361-385.
72. SLEDGE, W. H., MORAS, K., HARTLEY, D., LEVINE, M. (1990), Effect of Time-limited Psychotherapy on Patient Dropout Rates, *Am. J. Psychiatry*, 147: 1341-1347.
73. SPERRY, L. (1989), Contemporary Approaches to Brief Psychotherapy: a Comparative Analysis, *Indiv. Psychol.*, 45: 3-25.
74. STRAKER, M. D. (1968), Brief Psychotherapy in an Outpatient Clinic: Evolution and Evaluation, *Am. J. Psychiat.*, 124: 1219-1225.
75. SVRAKIC, D. M., CLONINGER, R., STANIC, S., FASSINO, S. (2003), Classification of Personality Disorders: Implications for Treatment and Research, in SOARES, J., GERSHON, S. (2003), *Handbook of Medical Psychiatry*, Marcel Dekker, New York: 117-148.
76. TENBRINK, D. (1997), Zur Theorie und Praxis der psychodynamischen Kurzpsychotherapie, *Zeit. F. Individualpsychol.*, 1: 3-31.

77. WINSTON, A., LAIKIN, M., POLLACK, J., WALLER SAMSTAG, L., McCULLOUGH, L., MURAN, J. C. (1994), Short-term Psychotherapy of Personality Disorders, *Am. J. Psychiatry*, 151: 190-194.
78. WINSTON, A., POLLACK, J., McCULLOUGH, L., FLEGENHEIMER, M. D., KESTENBAUM, R., TRUJILLO, M. (1991), Brief Psychotherapy of Personality Disorder, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 179: 188-193.
79. WITTE, K. H. (1991), Ich-Identität in der Psychoanalyse und Persönlichkeitsideal bei Alfred Adler, *Zeit. f. Individualpsychol.*, 1: 11-28.

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

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