

Il terapeuta, l'incontro, la relazione e la fatica, nella terapia del Disturbo Borderline di Personalità (DBP)

SERGIO LAGUZZI

Summary – THE THERAPIST, THE MEETING AND THE RELATIONSHIP, THE FATIGUE IN THE THERAPY OF DBP. The following work originates from the material accumulated over the last 6 years, in supervision and comparison meetings of a group of 11 psychotherapists who, at different times, have treated patients with Borderline Personality Disorder attending the Personality Disorder Prevention and Therapy Unit (UPT-DP) of the ASL TO3 using the SB-APP. The material has been schematically rearranged to isolate some aspects inherent in complexity, difficulty and fatigue and which have been discussed also using notions obtained from the literature. Subsequently, using knowledge from research on the mother-child relationship, on interpersonal neurobiology and on the evidence of the altered relationship between patients with DBP and their interlocutors, an in-depth study on the development of enactment, countertransference, also with regard to the somatic side, has been attempted

Keywords: INTERSUBJECTIVITY, INTERPERSONAL NEUROBIOLOGY, ENACTMENT, COUNTER-TRANSFERENCE

Abstract – IL TERAPEUTA, L'INCONTRO, LA RELAZIONE E LA FATICA, NELLA TERAPIA DEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ (DBP). Il seguente lavoro prende origine dal materiale accumulato negli ultimi 6 anni, in riunioni di supervisione e confronto di un gruppo di 11 psicoterapeuti che, in tempi diversi, hanno curato i pazienti con Disturbo Borderline di Personalità afferenti presso l'Unità di Prevenzione e Terapia dei Disturbi di Personalità (UPT-DP) della ASL TO3 utilizzando la SB-APP. Il materiale è stato riordinato schematicamente per isolare alcuni aspetti inerenti complessità, difficoltà e fatica e che sono stati discussi utilizzando anche nozioni ottenute dalla letteratura. Successivamente, utilizzando conoscenze provenienti dalle ricerche sulla relazione madre bambino, sulla neurobiologia interpersonale e sulle evidenze dell'alterato rapporto tra i pazienti con DBP e i loro interlocutori si è tentato un approfondimento sullo sviluppo di enactment, controtransfert, anche per quanto riguarda il versante somatico.

Parole chiave: INTERSOGGETTIVITÀ, NEUROBIOLOGIA INTERPERSONALE, ENACTMENT, COUNTERTRANSFERT

Premessa

Il seguente lavoro prende origine dal materiale accumulato in circa 5 anni di lavoro, fino al 2024, in riunioni di supervisione e confronto di un gruppo di 11 psicoterapeuti¹ che, in tempi diversi, hanno curato i pazienti con Disturbo Borderline di Personalità afferenti presso l'Unità di Prevenzione e Terapia dei Disturbi di Personalità della ASL TO3 utilizzando la SB-APP. Il materiale è stato riordinato schematicamente per ottenere qualche indicazione su aspetti emergenti di complessità, difficoltà e fatica, intercalando anche alcune nozioni che giungono dalla letteratura.

Successivamente, utilizzando nozioni provenienti dalle ricerche sulla relazione madre bambino, sulla neurobiologia interpersonale, e sulle evidenze dell'alterato rapporto tra i pazienti con DBP e i loro interlocutori si è tentato un approfondimento sullo sviluppo di enactment, controtransfert, anche per quanto riguarda il versante somatico.

La terapia del disagio e della malattia psichica propone un contesto non sempre di semplice gestione. Il terapeuta della mente, al contrario di altri professionisti della cura a cui è consentito un atteggiamento di distacco rispetto alla condizione del paziente, sperimenta ed utilizza nella relazione terapeutica una quota molto maggiore di coinvolgimento.

È immerso in una relazione che prevede una comunicazione non solo verbale, contemporaneamente interpersonale ed intrapsichica; empatizza con il paziente; è impegnato dai propri e altri stati della mente; esercita autoconsapevolezza e riflessività; dà senso al comportamento, tenta di prevedere e modulare le reazioni emotive; tollera l'incertezza mentre promuove una relazione incoraggiante; etc. Si cimenta in un'attività complessa, intensa e faticosa.

I. Fatiche quotidiane: considerazioni generali e circostanze difficili

A. 1 Considerazioni generali

La psicoterapia non può essere avulsa da un 'progetto terapeutico' preliminare alla realizzazione di 'percorsi terapeutici' strutturati, prodotti su misura per ogni singolo paziente, che si dipanano tra accoglienza, diagnosi, prognosi e terapia, originati dalla logica clinica affinata dalla rivalutazione critica di esperienze, proposte teoriche, linee guida e da ogni altro contributo utile acquisibile (filosofico, psicologico, sociologico, neuroscientifico, etc.).

¹ Si ringrazia per il fondamentale contributo e per l'amicizia i terapeuti dell'UPT-DP: Michela Barbantini, Giulia Carnino, Michela Di Franco, Sara Marchini, Francesca Marconetto, Francesca Monoli, Alessandra Munno, Alessandra Pallanca, Robin Passerini, Chiara Tosi, Sara Vitrotti.

Non è possibile nessun trattamento (tanto meno nessun valido intervento psicoterapeutico) senza una diagnosi clinica coerentemente rappresentativa della condizione del paziente e una teoria della clinica sottoposta alle rivalutazioni critiche e agli aggiornamenti conseguenti ad ogni tipo di sviluppo.

La conduzione di ogni terapia, ma ancor più, delle terapie per i gravi disturbi (di personalità, sviluppi traumatici, etc.) richiede uno '*sguardo responsabile*', non solo sul sintomo e sul qui e ora, ma anche sull'organizzazione di personalità, sul '*futuro plausibile*', di una persona e della sua vita².

L'operare specialistico, non comporta solo la raccolta dei sintomi, quelli già selezionati e previsti per essere inseriti in un albero decisionale da cui si evince quale farmaco e in quale dose utilizzarlo o l'adesione a indicazioni generalizzanti, ma '*andare incontro alla persona*', confrontarsi con il suo stile di vita, '*empatizzare con il suo orizzonte di senso*', attivare in un modo non casuale una relazionalità e uno scenario coerente alla circostanza, orientato dalle capacità che il paziente in quel momento dispone, in una '*interazione circolare e incoraggiante*'.

La psicoterapia è da considerare, nella sua specificità, un '*incontro*' e una '*relazione*'; coerenza, rispetto, accettazione, genuinità, empatia, mantenimento di un legame emotivo con il paziente, capacità di costruire alleanze, sono indispensabili; come lo sono le competenze del terapeuta che consentono di utilizzare gli interventi più adatti rispetto ai differenti assetti difensivi che qualificano/quantificano la disfunzionalità dell'organizzazione di personalità, di partecipare al processo di incoraggiamento per rafforzare il Sentimento Sociale, di affrontare una temporanea regressione, etc.

Il terapeuta mentre fornisce ascolto, partecipazione, riconoscimento ed entra in una comunicazione complessa con i suoi pazienti considera i sintomi e i comportamenti come il risultato di esperienze personali e soggettive, riflessi di processi inconsci. Entra in relazione con l'universo simbolico dei suoi pazienti ma riconosce anche le loro specifiche modalità di '*mettersi in relazione con gli altri*' espresse automaticamente e inconsciamente come parti del carattere dell'individuo, ricordi procedurali che si ripetono di volta in volta nelle varietà delle situazioni interpersonali.

Il terapeuta considera, nel setting clinico, l'insieme dei rapporti reali e dei fenomeni transferali. È coinvolto nell'attività inconscia del paziente che rimette in atto relazioni significative del passato o che reagisce alle caratteristiche reali del terapeuta o che desidera da lui un'esperienza risanante e correttiva che è mancata nella sua infanzia [64].

² Max Weber (1919): (...) agire secondo l'etica della responsabilità, secondo la quale bisogna rispondere delle conseguenze (prevedibili) delle proprie azioni [68].

Realizza il suo controtransfert come una reazione creata congiuntamente da contributi del suo passato e da sentimenti indotti dal comportamento del paziente [25]. Influenzato in qualche misura da ciò che il paziente proietta, rispondendo alla pressione interpersonale esercitata, può ‘processare’ il materiale inviato modificando il modello di relazionalità interpersonale in una proposta esperienziale alternativa.

In questo contesto in cui due persone si incontrano in un rapporto che si fa via via più intimo la percezione che il terapeuta ha dei pazienti risente inevitabilmente della sua soggettività; due persone si influenzano costantemente a vicenda ed il processo di rimodellamento interpersonale si arricchisce della negoziazione che si sviluppa nel processo interattivo in cui si sono messe in gioco. Una palestra in cui collaudare nuove esperienze e dove, utilizzando il concetto di ‘Alleanza Negoziata’ “...i due partecipanti allo scambio clinico sono implicati in una trattativa continua, oggetto di fenomeni di rottura e riparazione dell’alleanza...” [57].

Il terapeuta ‘conosce e pratica l’incertezza’, intesa come stato di conoscenza limitata, come habitat naturale della vita umana, come motore del divenire, non come pericolosa ed angosciante debacle esistenziale. Configura nel suo procedere passo – passo l’ipotesi di ‘un’esistenza possibile’, che può proiettarsi “in nuovi cieli e in nuove terre”, dove “far diventare reale il possibile che alberga nel profondo dell’uomo” [36]. Proponendo questo suo assunto, incoraggia uno stile relazionale, ‘un modo di essere con’ alternativo allo stile di vita originato da deformanti esperienze precoci e “... poi continuamente rafforzato dall’esperienza sino a diventare una legge del movimento nella vita dell’individuo” [57].

Un atteggiamento che ipotizza un ‘saper fare’ che presuppone un ‘saper-essere’ e un ‘lasciar-essere’ rispettoso dell’alterità e della sua possibilità, anche di apprendere per insight [55]. Citando Ferrero: “Nessuno possiede una verità assoluta e (...). l’analisi comporta la ricerca di un senso alternativo delle esperienze che permetta una rinnovata progettualità. Quello che conta sono le modalità degli atteggiamenti soggettivi, ovvero l’attenzione analitica è primariamente rivolta alle finzioni inconsce del paziente e anche dell’analista” [17].

La relazione terapeutica richiede un attento ‘monitoraggio’; non solo per quanto appartiene alla lingua, alla cultura e ai simboli condivisibili, ma in modo ancora più impegnativo nel ‘non detto’³, per l’impalpabile modulazione di assenso o dissenso, accoglienza o respingimento, praticabilità o impraticabilità, sospensione o focalizzazione dei vissuti, dei frammenti biografici e del contesto emozionale.

³ Il termine non detto si riferisce a ciò che, in una comunicazione, non è statuito in modo espresso, che viene tacito o tenuto nascosto nel discorso di un individuo o di un gruppo di persone, oppure, viene espresso in modo implicito o sottinteso (Wikipedia).

Monitoraggio duplice, orientato su quanto si sviluppa nella relazione interpersonale ed in quella intrapsichica, distinguibili ma intrecciate, di quanto sta succedendo *'con il paziente'* (tra noi) e in noi. Possibilità anche di esprimere un atteggiamento autoriflessivo, una sospensione, una pausa che rinvia alla possibilità di accogliere e gestire i diversi stati della mente all'interno di un'esperienza unitaria di *'essere me'*.

A. 2 *Circostanze difficili*

Il terapeuta è sempre molto sollecitato nell'incontro e nella cura dei gravi disturbi di personalità. Quando incontra il paziente si immerge in complesse dinamiche: *'sente'* il disagio, promuove l'accoglienza, inizia l'assessment, riflette sugli eventi scatenanti, è attento a meccanismi e processi psichici sottesi al sintomo, al comportamento, alla personalità.

Esprimendo autentico desiderio di comprensione, disponibilità empatica, avvia una relazione orientata dalla diagnosi e dalla clinica, non rifiutante, rimanendo attento alla modulazione del controatteggiamento.

Il paziente con DBP spesso cerca assistenza, si sente sopraffatto, indegno, arrabbiato, solo, incompreso, abbandonato, tradito, fuori controllo, prossimo a farsi del male o ad uccidersi, malvagio [32]; contrariamente ad ingenue aspettative, appare diffidente e aggressivo a chi lo accoglie; frequentemente, per tempi molto lunghi il terapeuta deve confrontarsi con comunicazioni rudimentali, grezze, intrise di emozioni grevi, con proiezioni di vissuti caotici e instabili, considerare la *'super sensibilità ai microsegnali di disconferma'* del paziente (anche piccoli segni di disattenzione) e la sua *'scarsa capacità di comprendere le intenzioni degli altri'* [32].

Il terapeuta riassume un disagio sottile, *'sente'* la possibilità di rapidi rivolgimenti, di espressioni emozionali estreme, intuisce la possibilità di esplosive escalation del paziente, fino all'odio e a espressività paranoidee, teme di sconvolgere un equilibrio già precario, teme il drop out, l'acting out, incrementa in sé il dubbio, racconta la fatica di - *camminare sulle uova* -...

Un atteggiamento troppo distaccato del terapeuta può essere interpretato come l'espressione di una sua aggressività espulsiva, orientata all'allontanamento.

La sua capacità di funzionare come un contenitore che accetta le proiezioni e che cerca di comprenderle e di contenerle al posto del paziente fino a che quest'ultimo non sia di nuovo in grado di riappropriarsene può essere messa a dura prova; può sentirsi sopraffatto, sentirsi falsamente accusato, proprio nel momento in cui cerca con tanta fatica di aiutare.

Il terapeuta, deve tollerare; se si abbandona a sua spontanea reazione, rischia di perdere la sua capacità di riflettere, di diventare una versione dell'oggetto proiettato dal

paziente, di rimanere intrappolato nell'identificazione proiettiva e sotto pressione, perdere le sue capacità mentalizzanti [24]⁴.

Il terapeuta sa che non deve accettare e partecipare alla distruttiva e caotica comunicazione che il paziente sembra voler inconsapevolmente imporre⁵ e che deve continuare a pensare in modo lucido e creativo, dal suo punto di vista. Solo in questo modo mentre si concentra sugli stati affettivi, sui desideri, le frustrazioni, le convinzioni i sentimenti e le relazioni interpersonali attuali del paziente, può modulare il suo controatteggiamento, avviare un approccio supportivo, senza orientarsi immediatamente contro le difese scissionali o dissociative, utilizzando tecniche di conferma, di validazione.

Cerca di fornire al paziente l'esperienza di avere '*qualcuno che si prende cura di lui*' per sviluppare, nei tempi necessari, una nuova esperienza di intimità. Spesso però in queste circostanze il terapeuta - *si sente come un funambolo* -.

In qualsiasi psicoterapia il paziente ed il terapeuta condividono una circostanza nuova, in cui sono messe in gioco le loro capacità di rimanere in contatto costruttivamente. Nella psicoterapia dei disturbi gravi della personalità o degli esiti traumatici è poco probabile che si possa raggiungere un obiettivo senza disporre degli strumenti adatti, che devono essere costruiti nelle '*esperienze reali*' che si concretizzano nel setting. Il paziente e il terapeuta - *sono soli* -; in un rapporto vis a vis attingono alle risorse di cui dispongono in quel momento e vivono circostanze che possono essere di difficile comprensione ad evoluzione rapidissima⁶.

Con il paziente con DBP un'alleanza relazionale implica mostrare interesse, trasmettere speranze attuabili, essere dotati di resilienza a fronte di un contrasto, dispiegare empatia e conferme. I pazienti con DBP sono persone che hanno sperimentato il disininteresse per i loro sentimenti che sono stati ignorati, mal etichettati, rifiutati.

La relazione terapeutica poggia su un coinvolgimento empatico, in uno spazio condiviso, modulato dalle capacità che il paziente può esprimere, rispettoso delle sue

⁴ Levine, P. A. avverte: "Quando i terapeuti percepiscono che devono proteggere sé stessi dalle sensazioni e dalle emozioni dei pazienti, inconsciamente impediscono ai clienti di fare esperienze di esse all'interno della terapia. Con il distanziarsi dalla loro angoscia, ci distanziamo da loro e dalle paure con cui stanno lottando. Assumere una posizione di autoprotezione significa abbandonare i nostri clienti all'improvviso. Allo stesso tempo aumentiamo notevolmente la probabilità della loro esposizione a traumi e burnout secondari e indiretti" [39].

⁵ La richiesta implicita del paziente può essere molto coinvolgente. Anche terapeuti allenati, nonostante sappiano cogliere un loro più o meno vago senso di coazione a comportarsi in un modo particolare, possono adagiarsi in una collusione o reagire anche in modo non verbale con paura, irritazione, esprimere quanto repulsivo, odioso, detestabile o insignificante è il paziente (ri-) attivando una circolarità empatica scissa, proiettiva, iatrogena.

⁶ Rovera, G. G.: "Un coinvolgimento interindividuale comparticipativo permette al Paziente di recepire che qualcuno lo riconosce e risponde alle Sue richieste, consentendogli di sperimentare in Sé la risposta indirizzata verso l'Altro (...). Riconoscere ed essere riconosciuti è un aspetto essenziale sia per il Paziente che per lo Stile del Terapeuta per comprendere l'Altro da sé. L'assenza di un coinvolgimento comparticipativo ed empatico porterebbe a una spiegazione basata su regole, mentre nella comprensione il Paziente sente che può far riferimento ad una differente modalità fenomenologica esistenziale radicata in una Persona Reale (...). La partecipazione assume significato poiché il paziente fa esperienza del proprio Sé" [57].

difese, in cui incontrare l'interesse del terapeuta e l'opportunità di collaudarsi in altre, inattese, esperienze in un'ambiente contenitivo, propenso all'incoraggiamento, confortevole, in cui elaborare obiettivi comuni, affidabilità e speranza in un futuro migliore⁷.

In queste circostanze il terapeuta si propone in modo attivo e flessibile ed è molto coinvolto. Nelle prime fasi utilizza un approccio supportivo; quando interviene con commenti su quanto intuisce e recepisce empaticamente, ricavandolo da verbalizzazioni, espressioni facciali, tono della voce, etc., assume un atteggiamento interlocutorio, di conferma, riconoscimento e validazione: secondo la descrizione di Gunderson: "... *Mi sembra in difficoltà ..., preoccupato ..., triste quando si parla di ...*", etc. [32; 24]. Utilizza '*l'identificazione di sentimenti manifestati*' dal paziente ma non espressi verbalmente; '*rappresentandoli senza un'azione*'; con grande attenzione per vergogna, paura o rabbia, che possono talora essere ritenute non accettabili, anche per ragioni culturali, segno di debolezza o di estrema cattiveria.

Così facendo focalizza su come i sentimenti si riconnettano ai comportamenti o alle parole del terapeuta [32], aiuta, allena a riconoscere correttamente le emozioni e le loro radici, per metabolizzarle, cioè stabilire una relazione tra sentimenti, parole, azioni e loro conseguenze, avvicinandosi durante ogni intervento a quanto di implicito e magmatico ribolle sotto la superficie, per riprocesso e trasporlo, per quanto possibile, in un'esperienza duale verbalizzata.

Il paziente è molto sensibile alle piccole variazioni delle espressioni facciali e mimico gestuali, capace di identificare precocemente gli stati emotivi inconsci del terapeuta (noia, irritazione); un approccio autentico e non di negazione può essere efficace. Il terapeuta può discutere della sua irritazione ma senza usarla come un commento sull'indegnità o sull'incapacità dell'interlocutore: "...*mi sembra che lei stia cercando di farmi arrabbiare, invece di permettermi di aiutarla. Vediamo se riusciamo a capire cosa sta succedendo...*" [32; 24].

Nello stesso modo può esprimere una sollecitudine reale, intervenendo in modo preciso su comportamenti pericolosi, richiedendo la partecipazione a gruppi di auto aiuto per chi fa uso di sostanze, la corretta frequentazione dallo psichiatra per le terapie farmacologiche, l'adesione alle procedure di sostegno o ricovero in caso di rischio di suicidio, alle regole del contratto terapeutico.

⁷ Greenberg, L.: "La presenza terapeutica implica che i terapeuti siano presenti nel momento a una moltitudine di livelli, fisicamente, emotivamente, cognitivamente, spiritualmente e relazionalmente. L'esperienza della presenza terapeutica implica. A) essere in contatto con il proprio sé integrato e sano; B) essere aperti e ricettivi a ciò che è significativo in quel momento ed essere immersi in esso; c) essere con un maggiore senso di ampiezza ed espansione della consapevolezza e della percezione. Questa consapevolezza radicata, immersa ed espansa si esprime con l'intenzione di essere con e per il cliente, al servizio del suo processo di guarigione" [30].

I pazienti in questa circostanza sperimentano un tipo di presenza e partecipazione che non conoscono. Lo scopo in questa fase del trattamento è aiutarli a sviluppare le loro capacità di pensare, controllare l'intensità delle emozioni e del dolore, trasformare impressioni sensoriali connesse ad esperienze emotive in '*pensieri pensabili*', per esplorare stati d'animo e motivazioni. Il terapeuta fornisce l'esperienza della sua presenza, '*rimanendo in relazione ma non in linea*' con le aspettative inconsce del paziente, disponibile all'incontro⁸.

La difficoltà, ma anche un motivo di gratificazione per il terapeuta, è riuscire – *a rimanere lì con il paziente* -, modulando la relazione con lui, ovvero monitorando le proprie non irrilevanti tensioni controtransferali, tra irritazione, paura, noia, stanchezza, preoccupazione e un generico, sotteso, senso di inquietudine, costruendo un'alleanza che non vuol dire essere d'accordo con il paziente ma assumere un impegno continuo a collaborare con lui.

B. *Contesto sociale. Neurobiologia interpersonale*

B. 1 *Contesto sociale*

Gli esseri umani si esprimono come una specie altamente sociale.

Citando Rovera: “... *nell'individuo c'è una necessità strutturale di avvicinarsi all'Altro, di stabilire una relazione per una comunicazione efficace in forma di oggettività-intersoggettiva, per riequilibrare le tensioni del sentimento di inferiorità (...).* “*Lo Stile di Vita nasce nell'ambiente che lo circonda (Umwelt) con un particolare mondo percettivo, legato ai processi di apprendimento ed agli Stili di Attaccamento. A mano a mano che il bambino cresce, lo stile iniziale viene continuamente rafforzato dall'esperienza sino a diventare una legge del movimento nella vita dell'individuo*” [57].

Siamo dipendenti dal contesto. Alfred Adler ne aveva piena comprensione: «*Non esiste un intelletto privato. Un intelletto dell'individuo. L'intelletto ha un valore generale. Esso si è sviluppato comprendendo gli altri, avvicinandosi ai propri simili, identificandosi con loro, vedendo con i loro occhi, udendo con i loro orecchi, sentendo con i loro cuori*” [2].

⁸ Ackerman, S. J., Hinlsenrrhot, M. J., Knowles, E. S.: “*L'uso da parte del terapeuta di attività psicodinamiche-interpersonali all'inizio del trattamento (per esempio incoraggiando l'esplorazione di sentimenti spiacevoli, permettendo al paziente di iniziare la discussione su temi salienti, e concentrandosi su aspetti relazionali durante la seduta tra terapeuta e paziente) può informare il paziente che il terapeuta è disposto (e capace) ad aiutarlo ad affrontare questioni che sono state precedentemente evitate. La volontà del paziente di sperimentare ed esplorare gli affetti, così come di iniziare la discussione, può ampliare la percezione che il terapeuta ha del paziente come ancora più attivamente impegnato e in tal modo dare slancio all'alleanza terapeutica che si sta sviluppando*” [1].

Utilizzando la definizione di Adolf Portnamm il neonato umano è un “*parto prematuro*” che necessita di “*un anno embrionale extrauterino*” in cui la sua maturazione, appena fuori dal ventre materno, avviene sotto l’influsso dell’ambiente, influenzata dallo stile dei suoi caregiver [54].

Nel primo anno di vita l’evento fondamentale è la creazione di un attaccamento sicuro [6]. A due mesi incomincia la maturazione della corteccia occipitale che permette una rapida espansione delle competenze sociali ed emotive. Il volto altamente espressivo della madre rappresenta lo stimolo visivo più potente nell’ambiente del bambino mentre lo sguardo del bambino richiama in maniera costante quello della madre, agendo come un potente canale interpersonale per la trasmissione delle “*mutue influenze reciproche*” [67]. “*Brevi eventi carichi d'affettività, estremamente attivanti, (...) espongono i bambini a elevati livelli di informazione sociale e cognitiva*” [15].

La “*madre intuitiva*” [53] per mantenere lo stato affettivo positivo del bambino modula l’intensità delle stimolazioni in un processo di sincronia affettiva in cui l’alternanza delle fasi di sintonizzazione e desintonizzazione, la modalità, la quantità, la variabilità della sollecitazione comportano che ciascuno dei due partner assimili la struttura ritmica dell’altro e modifichi la regolazione dei sistemi biologici e comportamentali. Fin dalla nascita disponiamo della capacità di partecipare all’esperienza dell’altro, esprimendo un’intersoggettività nucleare indispensabile per il nostro sviluppo.

II. *Neurobiologia interpersonale*

Allan Schore è, probabilmente, l’autore che negli ultimi anni ha maggiormente sintetizzato competenze psicodinamiche, teoria dell’attaccamento, Infant research e risultati della ricerca neuroscientifica; ha proposto un modello di comunicazione implicita degli stati affettivi tra gli emisferi destri dei membri della diade terapeuta-paziente e nella diade madre-bambino formulando la nozione di ‘*neurobiologia interpersonale*’. Mucci C. e Greco A. sintetizzano del lavoro di Schore:

“*L’attaccamento (...) è il primo meccanismo relazionale mente-corpo-emisfero destro che di fatto promuove la regolazione o la disregolazione di tutti i sistemi neurobiologici del nuovo organismo. Come conseguenza di un attaccamento insicuro e disorganizzato, la disregolazione degli affetti, con l’interruzione di tutti i modelli di regolazione psicobiologica, crea le basi per una vulnerabilità che se non riparata, conduce alla psicopatologia. A causa dello sviluppo più precoce (...) le prime traumatizzazioni vengono codificate soprattutto nell’emisfero destro (la base del futuro sé implicito/ non cosciente). Pertanto è attraverso le comunicazioni relazionali, inconsce e non verbali, di questo meccanismo interpersonale duale basato su due emisferi destri in contatto tra di loro che il dialogo psicoterapeutico può lavorare proficuamente per ripristinare una miglior regolazione, con integrazione delle parti scisse disconnesse o disregolate della personalità e contribuire a ripristinare la regolazione degli stati mentali e affettivi e il benessere complessivo tra corpo e mente*” (62, p. XVI).

Il gioco vis a vis nell'attaccamento sicuro è un feedback implicito in cui la risonanza emotiva della gioia consente l'aumento dell'arousal dello stato emotivo del bambino che può così aumentare la sua finestra di tolleranza. Più la madre è sintonizzata e adattiva al livello di attività del bambino, rispettosa anche delle sue necessità di desintonizzarsi, distogliendo lo sguardo, più si alterneranno in modo sincronizzato periodi di coinvolgimento e di disimpegno. In questo modo i suoi sentimenti e la realtà emotiva del bambino, sono validati, per convergenza degli stati soggettivi interni di entrambi, tenuti al sicuro dall'abilità della madre.

La madre '*sufficientemente buona*' in caso di disincronie cambierà velocemente il suo assetto emotivo per aiutare il figlio a riregolarsi, ad uscire dallo stress. La relazione madre bambino non serve solo a fornire un senso di sicurezza dopo stati negativi stressanti ma è il motore del gioco, della gioia, della sicurezza, della curiosità e dello sviluppo neurobiologico⁹.

Nell'interazione tra bambino e caregiver quest'ultimo fornisce esperienze che attraverso processi neuroendocrini modulano il potenziale genetico del bambino influenzando la trascrizione genica e lo sviluppo dei circuiti cerebrali. Schore afferma: “*Sono lo sviluppo sano della corteccia orbito-frontale destra e i suoi collegamenti con l'amigdala che ci permettono di avere un'ampia finestra di tolleranza per le emozioni intense e di rispondere implicitamente in modo flessibile e adattivo al nostro mondo interpersonale*” (62, p. 219). Soggetti con storie di attaccamenti carenti hanno una corteccia orbito frontale immatura, poco efficiente nella regolazione delle emozioni e nel conseguire un cambiamento adattivo di stati emozionali a seconda del contesto intersoggettivo”.

Schore conferma e produce alcune rilevanti osservazioni: fin dalla nascita si esprime una potenzialità innata a interagire; le interazioni regolate da una figura di attaccamento che crea l'opportunità per il bambino di provare gioia ed eccitazione non solo producono senso di sicurezza, ma anche l'amplificazione interattiva degli affetti che attiva e consolida specifici circuiti neuronali, rendendoli disponibili e facilmente attivabili, circuiti che funzioneranno come guida neurobiologica. Gli emisferi cerebrali si struttureranno nella relazione con un altro Sé. Ogni area si svilupperà dalle esperienze emotive¹⁰.

⁹ Schore afferma: “*L'attaccamento non consiste solo nel ricreare un senso di sicurezza dopo avere sperimentato stati negativi stressanti, rappresenta l'amplificazione interattiva degli affetti positivi quale avviene nei momenti di gioco. Le interazioni regolate con una figura di attaccamento, prevedibile nei suoi comportamenti, creano non solo un senso di sicurezza, ma favoriscono anche una curiosità imbevuta di affettività positiva che alimenta l'esplorazione che il Sé conduce di nuovi ambienti*” (63, p. 77) [1].

¹⁰ Schore scrive: “*Un caregiver sintonizzato minimizzerà il disagio, la paura e il dolore del suo bambino e (...) creerà opportunità per il bambino di provare gioia ed eccitazione. Il caregiver medierà anche le transizioni tra questi stati emotivi*” (...). “*L'esperienza attiva circuiti neuronali specifici, e più frequentemente si attiva un circuito più diventa consolidato, dopodiché sarà più facile attivarlo in futuro*”. (...) “*gli emisferi si sviluppano come sistemi che si autoorganizzano, ma la loro autoorganizzazione non avviene in isolamento, bensì nel contesto di un altro sé, di un altro cervello*” (62, p. 220) “*(...) il volto di una madre sintonizzata verrà scritto nella corteccia orbito frontale destra del suo bambino. Questo poi funzionerà come un sistema guida neurobiologico (modello operativo Interno) di conforto e contenimento emotivo quando lei non sarà fisicamente presente*” (62, p. 223).

Se una madre si sintonizza, rispecchia, entra in risonanza, con il bambino e attiva un arousal positivo implementa la struttura neurobiologica che consente l'esperienza di eccitazione e gioia, realizza un '*ambiente emotivo sufficientemente buono*'.

Differentemente si verificheranno danni che riguarderanno anche l'architettura anatomo funzionale dell'encefalo; la ripetizione di esperienze sfavorevoli rafforzerà i circuiti neuronali corrispondenti che saranno più facilmente innescabili da fattori di stress quotidiani o da memorie traumatiche implicite.

Nella teorizzazione di Schore: “*Durante le transazioni duali sincronizzate di attaccamento reciproco il caregiver primario sensibile, a livelli al disotto della consapevolezza, percepisce (riconosce), valuta e regola le espressioni non verbali degli stati di eccitazione affettiva positiva e negativa del bambino, sempre più intensi. (...)*

In questo continuo dialogo co-creato, la madre “sufficientemente buona” e il suo bambino co-costruiscono cicli multipli sia di “sincronia dell'affetto”, che regola l'affetto positivo (per esempio gioia-euforia, eccitazione-interesse) sia stati di “rottura e riparazione” che regolano l'affetto negativo (per esempio paura-terrore, tristezza-depressione, vergogna, disgusto). Questi cicli di sintonizzazione/rottura di sintonizzazione/risintonizzazione intersoggettiva ed intrasoggettiva rappresentano una matrice relazionale psicobiologica preverbale che forma il nucleo del Sé corporeo implicito emergente del bambino” (62, p. 22-23).

Il cervello destro è la sede dell'empatia emotiva, della capacità di sentire quello che sente un'altra persona in modo incarnato. È quello che elabora le emozioni negative e positive, sa leggere gli stati soggettivi degli altri, valutando le sottili espressioni facciali e le altre forme di comunicazione non verbale; sa leggerle così rapidamente che il nostro corpo e la nostra mente vengono modificati / alterati prima che siamo consapevoli di quanto stiamo provando; controlla il sistema autonomo, che lavora ampiamente sotto il livello di coscienza, controlla le funzioni viscerali; media l'equilibrio tra simpatico e parasimpatico (il simpatico media arousal e eccitazione, il parasimpatico media il ritiro, il riposo, il rilassamento, la riparazione) modifica la risposta ormonale, interviene sugli aspetti somatici dell'emozione, così come su quelli soggettivi.

La comunicazione implicita degli stati affettivi tra l'emisfero destro dei membri della diade terapeuta-paziente (come nella diade madre-bambino) è descritta come intersoggettività; il clinico è un -osservatore partecipante- [66] non solo del comportamento esterno del paziente ma anche dei suoi stati soggettivi interni. I dialoghi clinici impliciti trasmettono informazioni globali, le interazioni dell'emisfero destro, ‘*al di sotto delle parole*’ comunicano informazioni affettive essenziali, non coscienti, basate sul corpo, relative al mondo interno del paziente e del terapeuta. Entrambi i partner allineano i profili dinamici dei diversi ‘*stati emotivo-motivazionali*’ del sé e tentano di allinearsi, di sincronizzarsi, regolandosi in risposta ai segnali del partner [62].

Schore ha inoltre elaborato la teoria della ‘regressione adattiva reciproca’:

“(...) uno spostamento regressivo da una cognizione razionale dell’emisfero sinistro a una cognizione intuitiva dell’emisfero destro permette al clinico di ricevere percepitivamente quello che si trova al di fuori della consapevolezza cosciente, ‘al di sotto delle parole’. In questo stato della mente, il terapeuta ascolta con la rêverie dell’emisfero destro e l’intuizione direttamente l’emisfero destro del paziente” (...) (62, p. 52).

“La regressione emotiva e l’evocazione del trauma precoce e infantile (...) avviene non all’interno di una comunicazione oggettiva ed espressa a parole fra il paziente ed il terapeuta, ma all’interno di una comunicazione basata sul corpo, non verbale e intersoggettiva di un intenso affetto carico (...) negativamente e un’improvvisa rottura dell’alleanza terapeutica. In altre parole una regressione emotiva avviene all’interno di un rivivere disregolante e di un enactment del trauma dell’attaccamento relazionale precoce” (62, p. 48).

“L’intersoggettività è più di una comunicazione o di una corrispondenza di cognizioni verbali esplicite. Gli affetti regolati e disregolati a base corporea sono comunicati all’interno del campo intersoggettivo co-costruito da due individui, un campo di trasmissione di energia che include ‘non solo due menti ma anche due corpi’” (62, p. 34).

Il lavoro psicoterapeutico classico su funzioni simboliche e metaforiche di relazioni oggettuali completamente sviluppate e sull’inconscio rimosso, è arricchito da una forma di ascolto e di interazione con le espressioni fisiologiche preverbali dei primi livelli inconsci della personalità. È un ascolto profondo del precoce inconscio corporeo, richiede una regressione dall’emisfero sinistro del terapeuta all’emisfero destro [62; 63; 70].

Schore esprime l’opinione che per guarire il trauma relazionale, intrinseco nell’attaccamento disorganizzato, occorre una psicoterapia scrupolosa, relazionale, basata sul corpo e a lungo termine; una terapia che lavori sull’emisfero destro del paziente, che può cambiare con l’esperienza emotionale correttiva. Essendo l’esperienza della prima infanzia inadeguata è la relazione tra il terapeuta e il paziente a facilitare la ripresa dei processi evolutivi bloccati.

Il ‘terapeuta benevolo’ consente all’emisfero destro del paziente di essere visto. Mentre il terapeuta con il suo emisfero sinistro ascolta le parole create dall’emisfero sinistro del paziente deve essere capace di utilizzare l’intuizione e la comprensione implicita basata sull’emisfero destro, per consentire all’emisfero destro del paziente di rileggerla e per essere regolato, aiutandolo a tollerare ciò che un tempo era stato intollerabile.

Quando una variazione del tono di voce, un'espressione mimico gestuale, una parola attiva il Modello Operativo Implicito del sé-disregolato-con-un altro- disregolato il paziente rischia di essere catapultato in uno stato disregolato di iper arousal o di implodere in uno stato disregolato di dissociazione ipoecitata.

Per Schore si tratta di un '*transfert negativo*' quando il paziente è in iperarousal e sperimenta soggettivamente il terapeuta attraverso la lente dei vecchi modelli operativi interni disregolati e di '*identificazione proiettiva*' quando le emozioni e i ricordi dell'attaccamento traumatico infantile sono insopportabili e il paziente si dissocia in modo da non viverle più soggettivamente e non esprimere più apertamente. In quel momento solo il terapeuta sta vivendo l'emozione. L'iperarousal del paziente si sta esprimendo ma è nascosto alla consapevolezza consci.

Il transfert negativo segnala la prossimità della rottura dell'alleanza terapeutica; se il terapeuta mantiene la sua connessione intuitiva il suo emisfero destro registrerà, secondo la sua opportunità non verbale ma corporea le vecchie paure, il dolore la disregolazione.

Se il terapeuta espone il correlato corporeo, mimico gestuale, prosodico della sua ricezione (il suo controatteggiamento non modulato sul suo controtransfert) avverrà un feedback amplificante; se al contrario la sua voce diventerà più calma, la sua mimica meno tesa consentirà all'emisfero destro del paziente di collaudare un'esperienza di modulazione affettiva; rileverà che le emozioni negative disregolanti possono essere tollerate, metabolizzate ed integrate.

In questo caso il Modello Operativo Esterno del terapeuta può essere riprodotto nell'emisfero destro del paziente che realizzerà un nuovo Modello Operativo Implicito. In sequenze di "rotture e riparazioni" i circuiti impliciti psico neurologici saranno rinforzati con l'uso. Il segnale del buon andamento di questa complessa vicenda sarà l'acquisizione dall'esperienza vissuta, che non c'è nulla di difettoso, scadente, repulsivo in lui e nel sentirsi come si sente e che è davvero degno di aiuto [62].

Il nucleo fondamentale della terapia analitica, ovvero il meccanismo di transfert e controtransfert, viene descritto e compreso in termini di comunicazioni inconsce di due sistemi connessi dell'emisfero destro, che si realizzano come enactment reciproci e interattivi. Per co-creare questo sistema di intersoggettività con il paziente il terapeuta deve implicitamente sincronizzare i loro emisferi destri.

La creatività del terapeuta si esprime nella produzione di un'atmosfera di sicurezza.

Sono molti gli autori che hanno sottolineato i diretti parallelismi tra le caratteristiche cliniche di un bravo terapeuta e le caratteristiche di un genitore intuitivamente sintonizzato a livello psicobiologico con il figlio [3; 12; 35; 60; 59; 56].

Potenzialmente un adulto dovrebbe dispone degli strumenti per addentrarsi nell'esperienza soggettiva dell'altro, utilizzando i contenuti verbali e l'interpretazione di espressioni manifeste come postura, tono della voce, ritmo del discorso, espressione mimico gestuale. Nella sua naturale interrelazione sociale dovrebbe utilizzare competenze linguistiche per trasmettere informazioni in modo esplicito, disporre di empatia per condividere i sentimenti degli altri, di una teoria della mente per cui inferire sulle convinzioni, le intenzioni e i pensieri di altre persone.

Certamente non è il caso di molti pazienti con esperienze di cure parentali precoci inadeguate¹¹ e che plausibilmente hanno avuto un impatto negativo sullo sviluppo dei sistemi prefrontali di autoregolazione dell'emisfero destro [37; 26; 49].

C. *Controtransfert problematici*

L'eccessiva sensibilità al contesto del paziente con DBP¹² [51] è al centro dell'attenzione e degli interventi intuitivi del terapeuta. Si sviluppa una relazionalità in cui, plausibilmente molti messaggi sono addirittura subliminali¹³.

Il rischio è la formalizzazione istantanea di un controatteggiamento non coerente con la produzione di un'atmosfera di sicurezza¹⁴. Il gioco della comunicazione implicita può comportare dei margini di errore.

¹¹ Schore, 1997: "Se... un neonato, in particolare uno nato con una reattività neurofisiologica alterata codificata geneticamente, non ha esperienze adeguate di essere parte di un sistema dinamico aperto con un adulto umano emotivamente reattivo, la sua organizzazione corticolimbica sarà scarsamente in grado di far fronte alle dinamiche caotiche stressanti che sono insite in tutte le relazioni umane. Un tale sistema tende a diventare statico e chiuso, e investito in strutture defensive per proteggersi da aggressioni interattive anticipate che potenzialmente innescano stati psicobiologici disorganizzanti ed emotivamente dolorosi. A causa del suo evitamento di situazioni nuove e della sua ridotta capacità di far fronte a situazioni difficili, non si espone a nuove esperienze di apprendimento socioemotivo che sono necessarie per la continua crescita dipendente dall'esperienza dell'emisfero destro del cervello. Questa limitazione strutturale, a sua volta, ha un impatto negativo sulla futura traiettoria dell'auto-organizzazione" [61].

¹² Secondo alcuni autori il paziente con DBP ha un'alterazione nella comprensione delle espressioni facciali: un lieve deficit nel riconoscimento delle emozioni di base, un errore sistematico verso la negatività o la rabbia, ma non alla paura, un'elevata sensibilità nella rilevazione di emozioni negative, con una tendenza a interpretare le espressioni del volto ambigue in modo negativo [11]. Altri autori dicono dell'ipersensibilità a tutte le espressioni del volto, non soltanto agli aspetti negativi; un'ipersensibilità innescata dal bisogno di mantenere il legame con l'altro, fino a contraffare il comportamento, basandosi su ciò che riescono a cogliere nella vita emotiva dell'altro piuttosto che nella propria [7].

Altri ancora sostengono che i DBP siano in grado di un'elevata discriminazione di tutte le emozioni quando si concentrano solo sullo sguardo [19] che hanno una normale capacità di riconoscere emozioni facciali o prosodiche isolate, ma un riconoscimento alterato delle emozioni definite da stimoli facciali/prosodici integrati che richiedono un'attività di integrazione preliminare all'interpretazione [50]. Inoltre i pazienti con DBP, esprimono anche una ridotta risposta mimico facciale ai segnali sociali positivi e una eccessiva risposta facciale ai segnali sociali negativi [45].

¹³ Il terapeuta è incline a registrare segnali nella voce, nell'espressione del viso e nella postura del paziente. Un breve stimolo di pochi millisecondi (16,7ms), di un volto impaurito, anche se non provoca consapevolezza visiva, determina l'attivazione dell'amigdala, uno stato di arousal misurabile. Una percezione di più lunga durata (500ms) consente un percorso neurale che includendo la corteccia prefrontale mediana modifica l'eccitazione innescata dall'amigdala [69]. Questa circostanza pare aggravata dalla particolare sensibilità dell'amigdala di persone traumatizzate rispetto a quelle di persone non traumatizzate [16].

¹⁴ Molti studi hanno confermato livelli elevati di rabbia, ostilità e irritabilità tra gli individui con BPD. Le loro reazioni sono spesso attivate dalle persone a loro più prossime [33; 31; 34], ma anche da piccole perturbazioni della vita quotidiana [51]. Soffrono molto quando si sentono svalutati, esclusi, umiliati, criticati [8]. Quando si vergognano, l'emozione insorge rapidissima, di livello più elevato e più persistente rispetto ai gruppi di controllo [29; 8].

Una delle maggiori difficoltà nella relazione interpersonale con il paziente con DBP è la reciproca difficoltà di comprensione. I messaggi in gioco non sono frutto solo della circostanza che si sviluppa nel presente. Il setting è il luogo dove c'è l'incontro di due differenti schemi appercettivi¹⁵.

Se una persona è stata soggetta ad un'esperienza precoce traumatica, quando riattiva la memoria implicita corrispondente ha un'aspettativa conseguente [47]; porta nel presente, nella seduta, quanto ha sperimentato nel passato e quanto prevede per il suo futuro.

Nel setting si produce un disvelamento reciproco, al di là delle parole.

Nell'enactment alcuni vissuti transferali del paziente, inconsci e non verbalizzati vanno a ripercuotersi nella sfera emotiva del terapeuta, favorendo l'emersione di contenuti emotivi altrettanto inconsci e non verbalizzati [9; 10].

In queste circostanze, con pazienti incapaci di mentalizzare può essere prematuro interpretare il significato di enactment, mentre può risultare molto più utile l'esame degli stati emozionali che li hanno scatenati [21; 22]. Molto probabilmente è il complessivo atteggiamento mimico, gestuale, prosodico, etc., che veicola un messaggio contenitivo che depotenzia feedback amplificanti.

L'esperienza dei terapeuti dell'UPT-DP sembra orientata dal loro desiderio spontaneo, autentico, lenitivo e tollerante. Il nucleo di dolorose esperienze dissociate, scisse o sottoposte a diniego non è sepolto da reciproche ondate emotionali ma empatizzato, coerentemente alle necessità terapeutiche, non verbalizzato in interventi interpretativi o confrontativi. Il terapeuta rimane con il paziente in un rapporto non solo verbalmente validante, - *rimane lì* -.

Plausibilmente, in una relazione progressivamente e reciprocamente collaudata di prossimità, in cicli di sincronizzazione, il clinico e il paziente si co-regolano, in modo asimmetrico e consequenziale alle loro differenti possibilità; avvicinano gli affetti inconsci e li portano più vicini alla consapevolezza soggettiva. La connessione può perturbarsi ma non cessa. Diventa una nuova esperienza di accudimento in una nuova relazione di attaccamento.

Fassino afferma: *“Ciò che si svela nella relazione con il terapeuta è la modalità stereotipata, automatica ed abituale delle relazioni oggettuali del paziente, plasmata dalle relazioni di attaccamento nei primi anni di vita viene affiancata da una nuova esperienza relazionale. Queste configurazioni relazionali codificate nella memoria*

¹⁵ Ferrero, A.: Ognuno dei due partner porta in sé il suo modo d'essere, il suo schema appercettivo: *l'opinione dell'individuo in parte consci ma per la maggior parte inconscia, circa se stessi e il mondo, costituita dall'insieme delle immagini simboliche ricorrenti e degli schemi cognitivi (e emozionali) caratteristici che l'individuo utilizza nella vita e nelle relazioni interpersonali, (...) aspetti consci, significati simbolici inconsci e presimbolici* [18].

procedurale sono anche implicite perché operano al di fuori della coscienza. La psicoterapia rappresenta una nuova relazione di attaccamento che è in grado di ristrutturare la memoria procedurale implicita attaccamento-correlata” [14].

Il paziente può internalizzare (imprimere nella sua corteccia prefrontale destra) le nuove interazioni se è incoraggiato da un terapeuta emotivamente coinvolto, che può così immettere nel sistema diadico la sua vivida partecipazione. In queste nuove esperienze, nel presente, si modificano favorevolmente le aspettative per il futuro. Si sviluppa un riorientamento complessivo.

Pare interessante riprendere quanto affermava secondo un’altra prospettiva Rovera (1988): “*La regressione può condurre ad un coinvolgimento dell’analista, giacché qui si tende a stabilire un rapporto oggettuale simile per struttura ad un rapporto primario. Il terapeuta non dovrebbe per altro tentare di bloccare con le interpretazioni la dipendenza regressiva e dovrebbe mantenere un atteggiamento molto flessibile, favorendo le potenzialità maturative della regressione stessa.*

(...) la regressione in psicoterapia richiede, da parte dell’analista, una capacità di contro-atteggiamento tale, da permettergli di tollerare ed accogliere i sentimenti di paura, dolore e tristezza, rimobilitati in lui dal paziente. (...).

Quando si parla qui di regressione come agente terapeutico, si deve intendere un “movimento all’indietro” sostenuto o addirittura indotto dal terapeuta: è un movimento rivolto al cambiamento del carattere ed alla revisione del Sé/stile di vita allo scopo di ripristinare, attraverso un recupero di certi significati arcaici, un equilibrio adattativo.

In questo caso, la regressione è finalizzata verso una progressione, in altre parole il paziente torna indietro nei propri vissuti profondi insieme al terapeuta, in una sorta di “mondo del noi” (di “Paarung” Husserliano); la ripresentazione di esperienze angoscianti del soggetto può da questi essere ripercorsa nella situazione analitica “con” il terapeuta, non tanto razionalmente quanto emotivamente [56].

La relazione terapeutica con persone affette dal disturbo borderline è però spesso ‘*un’esperienza strana e alienante*’ [48]. Nei circuiti neuronali dei pazienti con gravi disturbi di personalità è inscritta una condizione di disregolazione emotiva reattiva, una eccessiva sensibilità allo stress psicosociale, vissuto fin dai primi momenti della loro esistenza, in una fase in cui ancor prima delle parole quanto esperiva il corpo era registrato in un apparato neurologico ancora in via di maturazione.

Il terapeuta intuisce lo stato di ipervigilanza, la costante necessità di controllare l’ambiente, rileva di essere costantemente valutato, teme la vergogna e la rabbia. Spesso avverte un vago senso di coazione a comportarsi o a non comportarsi, plausibilmente correlato alle rappresentazioni molteplici incoerenti e disgregate che sono espresse

contemporaneamente nella relazione [40; 41; 42; 43; 44]. Diversi copioni convivono nel paziente borderline che può rapidamente passare, di solito in un modo brusco da un modo di relazionarsi all'altro, trainando le relative aspettative e assumendo anche il ruolo della figura traumatizzante (ad esempio passando da un modo spaventato ad uno spaventante).

Il terapeuta che, *-vive un tentativo di sincronizzazione interpersonale-*, una condizione di stati dinamicamente fluttuanti, la comunicazione di rapide trasmissioni emozionali implicite, non verbali, ha risonanze che riguardano anche stati corporei, viscerali.

La ricerca contemporanea ci segnala che l'umiliazione e l'esclusione evocano, in gruppi di persone senza patologie un modello di risposta cerebrale nella regione cingolata anteriore che somiglia alla risposta indotta dal dolore legato a cause fisiche [13] e quindi si può ipotizzare che le basi cerebrali del dolore sociale siano simili a quelle del dolore fisico. In altri studi si è rilevato che il supporto sociale, il supporto emotivo, riduce l'attivazione della stessa area neurologica, ha un'azione antalgica [52; 38].

Il terapeuta ha un'azione lenitiva ma *-entra-* in un sistema disfunzionale.

Il sistema dei neuroni specchio [27] comporta che anche la semplice osservazione e l'ascolto dei vissuti del paziente generi nel terapeuta l'attivazione di circuiti neurali analoghi a quelli attivi nel paziente, inducendolo a esperire vissuti simili; ma anche la possibile attivazione del Central Autonomic Network [4] strettamente in relazioni con parti dell'emisfero destro correlate all'elaborazione di stati emotivo/affettivi e anche componente integrante di un sistema di regolazione interna attraverso il quale il cervello controlla le risposte visceromotorie, neuroendocrine, dolorose e comportamentali.

L'attività mirror a livello centrale, conseguente all'attivazione sincrona nella diade relazionale, può essere considerata il correlato neurale del processo transferale/controtransferale più primitivo, quello somatico e forse in questo modo si possono anche spiegare i cambiamenti nel corpo del terapeuta, tachicardia, eccitazione, bradicardia, sopore, stanchezza. Anche il corpo dell'analista diventa il luogo di riscontro delle proiezioni del paziente [4].

È plausibile che il controtransfert somatico assuma una specifica forma a seconda dell'unicità di ogni diade in terapia. Stone [65] suggerisce che l'uso e la gestione del controtransfert somatico dipenda dalla disposizione personale del terapeuta. In particolare, ritiene che il controtransfert somatico si manifesti più frequentemente nei casi in cui la patologia del paziente si incrocia con la sua reticenza a esprimere le emozioni in maniera diretta e con un particolare tipo di personalità introversa-intuitiva del terapeuta.

III. Conclusioni

Il paziente con DBP cela, sotto un comportamento reattivo, ipersensibile facilmente sollecitabile, vissuti non esprimibili verbalmente e che nella relazionalità intersoggettiva appaiono come una sofferenza magmatica.

La relazione terapeutica del paziente con DBP è certamente molto impegnativa, coinvolgente e faticosa, ma anche indispensabile nell'aiuto ad una categoria psicopatologica che solo dalla psicoterapia può ottenere un consistente e non aleatorio miglioramento. Della fatica si racconta molto tra colleghi, nelle riunioni istituzionali dei Centri di Salute Mentale, in quelle estemporanee, nelle circostanze di riflessione strutturate di supervisione e di confronto, spesso in modo sottaciuto, riferendo e associando, in modo vago, insoddisfazione, inquietudine, preoccupazione.

La fatica del terapeuta può essere la prevedibile e fisiologica conseguenza di un'intensa attività, di un'operosità esperta e orientata, una delle manifestazioni della complessità realizzativa di un compito necessario e utile. Probabilmente in molte circostanze la fatica è adombrata da un lavoro poco stimolante, ripetitivo, e oneroso.

Non va però dimenticata la possibilità di una stanchezza, accompagnata da opacità, appiattimento, noia perdita dell'interesse, irritabilità, instabilità emozionale, come esito di dinamiche profonde, sviluppo di circostanze controtransferali che trovano spazio anche in espressioni corporee.

Bibliografia

1. ACKERMAN, S. J., HINLSENRHOT, M. J., KNOWLES, E. S. (2005), Ratings of Therapist Dynamic Activities and Alliance Early and Late in Psychotherapy, *July 2005 Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 42(2):225-231, p. 229.
2. ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia, bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
3. BEEBE, B., LACHMANN, F. M. (2002), *Infant Research and Adult Treatment*, tr. it. *Infant Research e trattamento degli adulti*, Raffaello Cortina, Milano 2003.
4. BEISSNER, F., MEISSNER, K., BÄR, K. J., NAPADOW, V. (2013), The autonomic brain: an activation likelihood estimation meta-analysis for central processing of autonomic function, *J. Neurosc.* 2013; 33: 10503-11.
5. BIONDI, M., COSTANTINI, A., GRASSI, L. (1995), *La mente e il cancro*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1995.
6. BOWLBY, J. (1969), *Attachment and Loss*, tr. it. *Attaccamento e perdita*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.

7. BRANDCHAFT, B., DOCTORS, S., SORTER, D. (2010), *Toward an Emancipatory Psychoanalysis*, Routledge, New York.
8. BROWN, M. Z., LINEHAN, M. M., COMTOIS, K. A., MURRAY, A., CHAPMAN, A. L. (2009), Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multi-modal analysis, *Behaviour Research and Therapy*, 47(10), 815–822.
9. CARETTI, V., CRAPARO, G., SCHIMMENTI, A. (2007), Gli esiti psicopatologici della dissociazione, *Psichiatria e Psicoterapia*, 1, 9-25.
10. CRAPARO, G. (2017), *L'enactment nella relazione terapeutica. Caratteristiche e funzioni*, Raffaello Cortina, Milano.
11. DOMES, I.G., Czieschnek, D., WEIDLER, F., BERGER, C., FAST, K., HERPERTZ, S. C. (2008), Recognition of facial affect in Borderline Personality Disorder, *J. Pers Disord.* 2008 Apr; 22(2):135-47.
12. DOZIER, M., CUE, K. L., BARNETT, L. (1994), Clinicians as caregiver: Role of attachment organisation in tretment, *Journal of Cconculting and Clinical Psychology*, 62, pp. 793-800).
13. EISENBERGER, N. I., LIEBERMAN, M. D., WILLIAMS, K. D. et alii (2003), Does rejection hurt? An FMRI study of social exclusion, *Science*, 2003 Oct 1.
14. FASSINO, S. (2024), "Aspetti impliciti della relazione psicoterapeutica: suggestioni da *Human Affectome e teleologia degli affetti...*", *Comunicazione al 45° Congresso SIPM*, Bologna, 19-20 Settembre 2024.
15. FELDMAN, R., GREENBAUM, C. W., YIRMIYA, N. (1999), Mother–infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self-control, *Developmental Psychology*, 35 (1), (223–231).
16. FELMINGHAM, K., KEMP, A. H., WILLIAMS, L., FALCONER, E., OLIVIERI, G., PEDUTO, A., BRYANT, R. (2008), Dissociative responses to conscious and non-conscious fear impact underlying brain function in post-traumatic stress disorder, Published online by *Cambridge University Press*: 25 February 2008.
17. FERRERO, A. (1999), *Formazione degli operatori, in Tradizione e cambiamento. Prospettive in psicologia individuale*, Centro scientifico Editore, Torino, p. 192.
18. FERRERO, A. (2008), Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei dipartimenti di salute mentale, *Centro Studi e Ricerche in Psichiatria*, Torino.
19. FERTUCK, E. A. 1, JEKAL, U., CANTO, I., WYMAN, B., MORRI, M. C., WILSON, S. T., BRODSKIJ, B. S., STANLEY, B. (2009), Enhanced 'Reading the Mind in the Eyes' in borderline personality disorder compared to healthy controls, *Psychol Med.* 2009 Dec; 39(12):1979-88.
20. FISCHER, H. J. (1983), A psychoanalytical view of burnout, in FABER, B. A. e Coll. (1983), *Stress and burnout in the human service professions*, Pergamon Press, New York.
21. FONAGY, P., TARGET, M. (1998), Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis, *Psychoanalytic Dialogues*, 8 (1), 87–114.

22. FONAGY, P., TARGET, M. (2002), Early intervention and the development of self-regulation, *Psychoanalytic Inquiry A Topical Journal for Mental Health Professionals*, Volume 22, 2002 – Issue 3.
23. FREUDENBERGER, H. J. (1974), Staff burn-out, *J. Social Issues* 1974; 30: 159-65.
24. GABBARD, G. O. (2005), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* tr. it. *Psichiatria psicodinamica*, V ed., Raffaello Cortina, Milano 2015.
25. GABBARD, G. O. (1995), Countertransference: the emerging common ground, *Int. J. Psychoanal.* 1995 Jun; 76 (Pt 3): 475-85.
26. GAINOTTI, G. (2012), Neuropsychologia, Vol. 50, *Issue 2, January 2012*, pp. 205-218, Elsevier.
27. GALLESE, V. (2005), Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience, *Phenomenol. Cogn. Sci.*, 2005; 4: 23-48.
28. GIOVACCHINI, P. L. (1984), The psychoanalytic paradox: The self as a transitional object, *Psychoanalytic Review*, 71(1), 81-104.
29. GRATZ, K. M., ROSENTHAL, M. Z., TULL, M.T., LEJUEZ, C. W., GUNDERSON, J. G. (2010), An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: the role of shame, *Comprehensive Psychiatry* Vol. 51, Issue 3, May–June 2010, pp. 275-285.
30. GREENBERG, L. (2014), The therapeutic relationship in emotion-focused therapy, *Psychotherapy*, 51(3), 350–357.
31. GUNDERSON, J. G., PHILLIPS, K. A. (1991), A current view of the interface between borderline personality disorder and depression, *The American Journal of Psychiatry*, 01 Aug 1991, 148(8): 967-975.
32. GUNDERSON, J. G. (2001), *Borderline Personality Disorder. A clinical guide*, tr. it. *La personalità borderline. Una guida clinica*, Raffaello Cortina, Milano, 2003.
33. GUNDERSON, J. G., LYONS-RUTH, K. (2008), BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model, *J. Pers. Disord.*, 2008 Feb; 22(1):22-41.
34. HOCHSCHILD TOLPIN, L., GUNTHERT, K. C., COHEN, L. H., O'NEILL, S. C. (2004), Borderline Personality Features and Instability of Daily Negative Affect and Self-Esteem, *J. of Personality*, Vol. 72, Issue1 February 2004 pp. 111-138.
35. HOLMES, J. (1993), Attachment theory: a biological basis for psychotherapy, *British Journal of Psychiatry*, 163, pp. 430-38, in SHORE, A. (1994), *Affect regulation and the origin of the Self: The neurobiology of emotional development*, Erlbaum, Hillsdale, N. J.
36. JASPERS, K. (1932), *Philosophie: II Existenzherhellung*, tr. it. *Chiarificazione dell'esistenza*, Utet, Torino 1978.
37. JOSEPH, R. (1992), The right brain and the unconscious: Discovering the stranger within, Plenum Press.
38. KARREMANS, J. C., HESLENFELD, D. J., VAN DILLEN, L. F., VAN LANGE, P. A. M. (2011), Secure attachment partners attenuate neural responses to social exclusion: an fMRI investigation *Int. J. Psychophysiol.*, 2011 Jul; 81(1):44-50.

39. LEVINE, P. A. (2010), *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*, North Atlantic Books, U.S.
40. LIOTTI, G. (1992), Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders, *Dissociation*, 5: 196-204.
41. LIOTTI, G. (1994), *La dimensione interpersonale della coscienza*, NIS, Roma.
42. LIOTTI, G. (1995), Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders, in GOLDBERG, S., MUIR, R., KERR, J. (1995), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*, Analytic Press, Hillsdale, NJ, pp. 343-363.
43. LYONS-RUTH, K., YELLIN, C., MELNICK, S., ATWOOD, G. (2005), Expanding the concept of unresolved mental states: hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization, *Dev. Psychopathol.*, 2005 Winter; 17(1):1-23.
44. MAIN, M. (1991), Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: Findings and directions for future research, in PARKES, C. M., STEVENSON-HINDE, J., MARRIS, P. (1991), *Attachment across the life cycle*, Tavistock/Routledge, London, pp. 127-159.
45. MATZKE, B., HERPERTZ, S. C., BERGER, C., FLEISCHER, M., DOMES, G. (2014), Facial Reactions during Emotion Recognition in Borderline Personality Disorder: A Facial Electromyography Study, *Psychopathology*, 47 (2): 101–110.
46. MASLOW, A. H. (1954), *Motivation and Personality*, tr. it. *Motivazione e personalità*, Armando Editore, Roma 1982.
47. MEARES, R. (2005), *The Metaphor of Play*, Routledge, London.
48. MEARES, R. (2012), *A Dissociation Model of Borderline Personality Disorder*, tr. it. *Un modello dissociativo del disturbo borderline di personalità*, Raffaello Cortina, Milano 2014.
49. McGILCHRIST, I. (2009), *The Master and His Emissary: The Divided Brain and the Making of the Western World*, Yale University, USA.
50. MINZENBERG, M. J., POOLE, J. H., VINOGRADOV, S. (2006), Social-emotion recognition in borderline personality disorder, *Compr. Psychiatry*, 2006 Nov-Dec;47(6):468-74.
51. NICA, E. I., LINKS, P. S. (2009), Affective instability in borderline personality disorder: experience sampling findings, *Curr. Psychiatry Rep.*, 11: 74-8.
52. ONODA, K., OKAMOTO, Y., NAKASHIMA, K., NITTONO, H., URA, M., YAMAWAKI, S. (2009), Decreased ventral anterior cingulate cortex activity is associated with reduced social pain during emotional support, *Social Neuroscience*, 2009; 4(5):443-54.
53. PAPOUŠEK, H., PAPOUŠEK, M. (1995), Intuitive parenting, in BORNSTEIN, M. H., *Handbook of parenting*, Vol. 2. Biology and ecology of parenting (pp. 117–136), Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
54. PORTNAMM, A. (1965), *Lebendige Formen. Neue Perspektiven der Biologie*, tr. it. *Le forme viventi. Nuove prospettive della biologia*, Adelphi, Milano 1989.

55. ROVERA, G. G. (1999), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in psicologia individuale*, Centro scientifico Editore, Torino.
56. ROVERA, G. G. (2016), L'alleanza col deficit: un possibile strumento mutativo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 41-49.
57. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-85.
58. RÜSCH, N., KLAUS LIEB, K., GÖTTLER, I., HERMANN, C., SCHRAMM, E., RICHTER, H., JACOB, G. A., CORRIGAN, P. W., BOHUS, M. (2007), Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder, *Am. J. Psychiatry* 2007 Mar; 164(3):500-8.
59. SABLE, P. (2000), *Attachment and Adult Psychotherapy*, Jason Aronson, New York.
60. SCHORE, A. (1994), *Affect regulation and the origin of the Self: The neurobiology of emotional development*, Erlbaum, Hillsdale, N.J.
61. SCHORE, A. (1997), Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and Psychopathology*, 1997, 9, 595-6.
62. SCHORE, A. (2019), *Psychotherapy with the Right Brain*, tr. it. *Psicoterapia con l'emisfero destro*, Raffaello Cortina, Milano, 2022. p. XVI, 23, 4, 220-21, 30, 34.
63. SCHORE, A. (2003), *Affect Regulation and the Repair of the Self*, tr. it. *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*, Astrolabio, Roma 2008.
64. STOLOROW, R. D., ATWOOD, G. E. (1992), *Contexts of being: the intersubjective foundations of psychological life* tr. it. *I contesti dell'essere. Le basi intersoggettive della vita psicologica*, Bollati Boringhieri, Torino 1995.
65. STONE, M. (2006), The analyst's body as tuning fork: embodied resonance in countertransference, *J. Anal. Psychol.* 2006; 51: 109-24.
66. SULLIVAN, H. S. (1953), *The interpersonal theory of psychiatry*, W. W. Norton & Co, N.Y.
67. TRONICK, E. Z. (2006), The stress of normal development and interaction leads to the development of resilience and variation in resilience, tr. it. Lo sviluppo e la variazione della resilienza come variabili dipendenti dal normale stress dello sviluppo e dell'interazione, *Ricerca Psicoanalitica*, XVII (3), 2006, pp. 265-294.
68. WEBER, M. (1919), Politik als Beruf, tr. it. La politica come professione, in *Il lavoro intellettuale come professione*, Einaudi, Torino 1971, p. 109.
69. WILLIAMS, L. M., LIDDELL, B. J., KEMP, A. H., BRYANT, R. A., MEARES, R. A., PEDUTO, A. S., GORDON, E. (2006), Amygdala-prefrontal dissociation of subliminal and supraliminal fear, *Human Brain Mapping*, Volume 27, Issue8 August 2006, pp. 652-661.
70. ZHANG, Y., MENG, T., YANG, Y., HU, Y. (2020), Experience-dependent counselor-client brain synchronization during psychological counseling, *eNeuro*, 236:1-10.

Sergio Laguzzi
Via Castel del Lupo 55
I- 10166 S. Secondo di Pinerolo (TO)
E-mail: micius-i@hotmail.it