

## IL CONTRIBUTO DEL MODELLO COGNITIVO-EVOLUZIONISTA ALLA FORMULAZIONE E AL TRATTAMENTO: IL CASO DI DIANA

Federica Mansutti\*<sup>^</sup>, Elena Prunetti\*<sup>^</sup>

\* Casa di cura Villa Margherita, Vicenza

<sup>^</sup>Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) e Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC)

### Corrispondenza

elena.prunetti@libero.it

### Riassunto

In questo lavoro verrà presentato il caso clinico di una paziente ricoverata presso il Centro per il trattamento residenziale breve dei Disturbi di Personalità di Villa Margherita. L'attenzione verrà posta sulla comprensione del funzionamento mentale del caso frutto di costanti supervisioni avvenute con Gianni Liotti. Quanto scritto rappresenta l'eredità che Gianni ci ha lasciato ovvero la possibilità di comprendere pazienti che presentano manifestazioni sintomatologiche apparentemente incomprensibili, notevolmente variabili e compatibili con diverse categorie diagnostiche del DSM5 ma che assumono un significato coerente attraverso una lettura della psicopatologia in termini di Sistemi Motivazionali ed esperienze traumatiche dello sviluppo.

Verrà così illustrato il lavoro svolto con Diana, questo il nome dato alla paziente, frutto dell'integrazione di strumenti provenienti dal modello della Dialectical Behavior Therapy – DBT – con il modello dei Sistemi Motivazionali e del lavoro svolto in sinergia tra i terapeuti ambulatoriali e residenziali.

**Parole chiave:** caso clinico, sistemi motivazionali, disturbo da stress post-traumatico complesso (PTSDc), co-terapia, sviluppo traumatico

### THE CONTRIBUTION OF THE COGNITIVE-EVOLUTIONIST MODEL TO FORMULATION AND TREATMENT: THE CASE OF DIANA

### Abstract

This paper presents a clinical case of an inpatient women, in treatment at the intensive short residential unity for Personality Disorders of Villa Margherita. We pay attention to the comprehension of her mental functioning, that has been supported by Gianni Liotti's constant supervision. This paper represents what he left us in terms of comprehension of complex and different clinical syndromes that can be explained with different DSM5 disorders. The Motivational Systems and traumatic development experiences are the theory that we used to give meaning to the complex clinical experience of the client.

We will explain our work with Diana, this is the name given to the patient, will be illustrated as integration of tools coming from DBT model, Motivational Systems model, and coordinated work with outpatient and inpatient therapists.

**Key words:** clinical case, motivational system model, post-traumatic stress disorder complex (PTSDc), co-therapy, traumatic development

SOTTOMESSO SETTEMBRE 2018, ACCETTATO OTTOBRE 2018

## Premessa

Quando ci è stato chiesto di partecipare a questo numero speciale della rivista dedicato a Gianni Liotti e volto a evidenziare la sua eredità scientifica abbiamo subito pensato che il nostro quotidiano operare con i pazienti ricoverati nel Centro per Disturbi di Personalità di Villa Margherita rappresenti proprio quanto ci è stato lasciato.

Verrà qui presentato e discusso il caso clinico di Diana, una ragazza che arriva alla nostra attenzione per un comportamento caratterizzato da grave autolesionismo: cercheremo di illustrare il ragionamento che ci ha guidato nella comprensione e nelle varie scelte terapeutiche frutto di incontri di supervisione con Gianni.

Prima di addentrarci nella descrizione della paziente dedicheremo questa prima parte all'introduzione del contesto clinico e del percorso terapeutico in cui Diana è stata inserita.

Si tratta di un reparto di psichiatria di secondo livello che prevede ingressi programmati e integrati negli intenti con i colleghi invianti che operano sul territorio (Prunetti et al. 2012). All'interno del reparto solo un numero limitato di posti letto è dedicato a pazienti che soffrono di Disturbi di Personalità e grave disregolazione emotiva. Coloro che vi accedono effettuano una prima visita volta a valutare, in accordo con gli invianti, l'idoneità al percorso, la motivazione e gli obiettivi specifici della richiesta di ricovero. La ricerca della comunanza di intenti ovvero l'integrazione tra i terapeuti del programma residenziale e ambulatoriale è il primo obiettivo volto a creare una collaborazione tra professionisti e con il paziente al fine di attivare fin da subito un intervento di co-terapia riconosciuto parte essenziale del trattamento da vari autori (Bateman e Fonagy 2004; Gunderson e Links 2008; Liotti 2005) in quanto protettivo del setting e della relazione di cura. Questa la premessa da cui siamo partiti, accompagnati da Gianni, alla fine degli anni '90 e che ci ha portati alla creazione dell'attuale Centro per il Trattamento residenziale-breve dei Disturbi di Personalità.

Il modello Dialettico Comportamentale (Linehan 1993), di cui siamo venuti a conoscenza grazie a una prima formazione con Liotti avvenuta subito dopo la pubblicazione del manuale, offre un trattamento di doppio-setting per pazienti con gravi problemi autolesivi. Questo modello propone numerose strategie e tecniche, molte delle quali di tipo psicoeducative, che ci permettono di accedere a un piano cooperativo gestendo indirettamente dinamiche relazionali complesse. E' su questa riflessione emersa dai primi incontri di supervisione che abbiamo individuato nel modello DBT e nella Teoria dei Sistemi Motivazionali i nostri assi portanti teorici e di trattamento. Liotti è rimasto il nostro supervisore e il modello Cognitivo Evoluzionista è diventato così la cornice e la lettura teorica sovraordinata per leggere gli strumenti operativi forniti da diversi modelli di intervento e quanto accade nella relazione terapeutica con tali pazienti. Quest'ottica che ci ha permesso l'integrazione della DBT con le conoscenze sviluppate successivamente nell'area dei traumi (Ogden 2006, Shapiro 1995) e dei processi metacognitivi (Bateman e Fonagy 2004; Carcione et al. 2016) e che ci ha aiutati a mantenere un'attenzione costante sulla complessità delle dinamiche interpersonali a cui questa teoria pone un ruolo centrale.

Partendo da una visione darwiniana, la Teoria dei Sistemi Motivazionali vede gli esseri umani guidati da motivazioni a base innata, selezionate dall'evoluzione, che orientano il comportamento di ciascuno alla ricerca di mete specifiche: attaccamento, accudimento, sistema di rango, sessuale e cooperativo (quest'ultimo tipicamente "umano" e spesso difficilmente attivabile nei casi complessi). Le vicende di sviluppo personali possono interferire con il normale funzionamento dei sistemi motivazionali dando luogo a manifestazioni psicopatologiche. Un ruolo centrale in questo scenario teorico riveste la teoria dell'attaccamento, in particolare l'attaccamento

disorganizzato con le varie strategie di controllo delle relazioni, e il funzionamento del sistema di difesa dai pericoli (con i suoi comportamenti caratteristici di attacco, fuga, *freezing* e immobilizzazione passiva fino alla morte apparente).

Nel caso di Diana ritroviamo manifestazioni di tutti questi aspetti, ricollegabili a esperienze traumatiche vissute fin dalla nascita. Questa paziente, che ha messo a dura prova vari clinici esperti, rappresenta il prototipo dei problemi che possiamo incontrare trattando patologie afferenti all'area traumatica e alla disregolazione emotiva e che ci presentano problematiche interpersonali e comportamentali apparentemente incomprensibili, ma che appaiono chiari, coerenti e spiegabili grazie alle lenti che Gianni Liotti ci ha fornito.

## Caso clinico

Diana viene inviata al nostro servizio a seguito di comportamenti gravemente autolesionisti che colpiscono per il loro aspetto del tutto egosintonico e apparentemente non motivato da disregolazione emotiva ma dal “piacere” dell'atto. Decidiamo che questo caso sarà discusso nella prossima supervisione ormai imminente.

*“... abbiamo perso il senso di orrore di questo gesto: la paziente che si fa male in questo modo è in uno stato mentale di tale potere ed eccitazione nel compiere questo atto che ci fa dimenticare che ci deve essere un'altra parte di lei totalmente annichilita che lo subisce senza manifestare alcuna forma di protesta...”* (Liotti 2015, comunicazione personale)

Il riferimento teorico era al modello della dissociazione strutturale (Van der Hart et al. 2006) e con queste parole, con cui è iniziata la supervisione, ancora nelle nostre orecchie non ci facciamo cogliere di sorpresa nel primo colloquio. Diana con aria spavalda ci racconta che non capisce perchè tutti siano così preoccupati dai suoi tagli e ribadisce il piacere che questo comportamento le procura. Raccogliendo il suo modo provocatorio e scherzoso, cominciamo a esplorare fin da subito, in modo molto diretto, lo stato mentale legato ai tagli: scopriamo che non è il dolore che cerca – no, quello non lo sente proprio, lo sentirà molto tempo dopo – ma è l'atto del tagliare, il senso di eccitazione e di potere che si accompagna a ogni gesto. Chiamiamo questo primo stato mentale messo a fuoco insieme “il trinciapollo”, con il doppio scopo di rimandarle parte della crudeltà a cui sottopone se stessa (*“lei si affetta come un pollo e non a tutti piace una cosa del genere”*) e di iniziare a costruire un linguaggio comune, facilmente ricordabile, che ci permetta di identificare e osservare gli stati problematici mentre si attivano. Il colloquio si conclude con l'osservazione che oltre al “trinciapollo”, che agisce i tagli, lei è anche quella che viene tagliata e che quindi dobbiamo capire come funziona in lei l'esperienza del ricevere i tagli, oltre che dell'agirli. Diana sembra stupita, non ha più la battuta pronta, in lei sembra però accendersi una scintilla di curiosità.

Nel giro di pochi incontri successivi ricostruiamo insieme una mappa, che si arricchisce a ogni incontro, con i principali stati mentali che animano Diana e che la spingono ad agiti di vario tipo fino a tentare ripetutamente il suicidio. Diana riscrive ordinatamente la mappa scarabocchiata in seduta e la arricchisce di particolari, dimostrando come quella scintilla di curiosità si sia tradotta in una capacità di collaborare attivamente. La mappa di Diana ci parla non solo di stati mentali con diversi temi di pensiero ed emozioni, legati insieme in modo molto labile e discontinuo da una capacità di integrazione fortemente compromessa: la mappa di Diana ci fornisce importanti informazioni sul funzionamento dei suoi sistemi motivazionali.

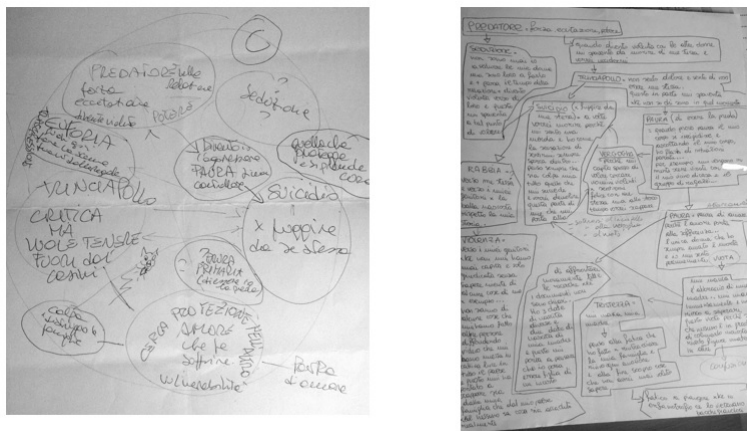


Figura 1. Mappa stati mentali abbozzata dal terapeuta e riorganizzata dalla paziente

## La chiave di lettura dei sistemi motivazionali

Le vicende personali danno forma al modo con cui si esprimono una serie di scopi a cui gli esseri umani sono predisposti, contribuendo allo sviluppo della psicopatologia, e la relazione terapeutica è uno strumento fondamentale per comprendere e intervenire in questo contesto. Questo il nucleo di uno dei più preziosi contributi della teoria dei sistemi motivazionali applicata al contesto clinico della psicoterapia (Liotti e Monticelli 2008, 2017), grazie alla quale abbiamo avuto una chiave di lettura per capire sia i racconti episodici che la paziente portava in seduta, sia cosa succedeva nella relazione in atto con il clinico.

Le prime sedute con Diana ci hanno mostrato che è presente una possibilità di accedere alla collaborazione e all'esplorazione dell'esperienza personale, ma la storia della sua sofferenza e i tentativi di cura, prima ancora della sua storia evolutiva (raccolta in modo sommario e discontinuo solo in momenti successivi), ci mette anche in guardia sulla fragilità di questo equilibrio: una lunga storia di tentativi terapeutici interrotti o trasformati in esperienze di sfida, innamoramento, pericolo danno l'idea del campo minato costituito per lei dai contesti di cura. Osservando questo ci vengono nuovamente in soccorso gli insegnamenti di Gianni Liotti: *“Il terapeuta cerchi il più possibile di attivare e mantenere il piano collaborativo come argine e alternativa all'inevitabile attivazione dei modelli interni dell'attaccamento plasmati e distorti da esperienze drammatiche”* (Liotti e Farina 2011; Liotti e Monticelli 2014).

Il contesto del ricovero specialistico (Prunetti et al. 2012), in questo senso, presenta delle caratteristiche specifiche: è un setting di cura intensivo (e di conseguenza un'esperienza emotiva molto intensa), in cui le dinamiche relazionali sono distribuite su un gruppo di lavoro invece che concentrate su un singolo professionista; ha una durata limitata, esplicitata fin dall'inizio, e vincolata a obiettivi terapeutici possibilmente delineati e condivisi prima dell'ingresso. E' anche un contenitore di intense relazioni tra gli ospiti, che possono prendere la forma di un sostegno e incoraggiamento reciproco con valore terapeutico, o di un'imitazione e apprendimento di comportamenti problematici con effetto iatrogeno.

Questo impone che la ricerca di collaborazione sia declinata in due direzioni contemporaneamente: – la negoziazione di obiettivi realistici, limiti chiari rispetto ai comportamenti problematici e agli

agiti sintomatici, con una progressione di richieste graduale man mano che migliora la capacità del paziente di avere controllo sui propri stati interni;

– la ricerca di condivisione e il sostegno alla motivazione al cambiamento in un contesto relazionale validante, che aiuti il paziente a dare senso a quello che gli accade e a sostenere la fiducia di poterlo modificare.

Il primo ambito è stato perseguito con Diana attraverso lo strumento del contratto terapeutico, pensato insieme in seduta, scritto e firmato sia da lei che dal terapeuta, in modo da poter costituire un promemoria disponibile anche quando l'attivazione emotiva può compromettere il ricordo degli impegni presi. Nel primo contratto sottoscritto con la paziente è stato inserito l'impegno ad astenersi da tentativi di suicidio e da fughe dal reparto, in cambio della possibilità di usufruire di permessi di uscita concordati in qualunque momento, purché accompagnata. In seguito, in ricoveri successivi, si è concordato l'impegno ad astenersi dagli agiti autolesivi aumentando l'uso di abilità, apprese nel contesto del gruppo di skills training DBT, (Linehan 1993), prima con disponibilità a discutere le difficoltà, in seguito ancora (una volta raggiunta una duratura astensione dai tagli) concordando l'interruzione del ricovero in caso di ricadute. Nella costruzione del progetto di cura esterno, in collaborazione con i colleghi dei servizi territoriali di competenza, lo strumento del contratto è diventato utile al lavoro di rete, definendo i reciproci ruoli e competenza dei diversi attori: la paziente, la psichiatria territoriale, la psicoterapeuta individuale, la casa di cura.

La motivazione al cambiamento è stata perseguita coltivando l'iniziale scintilla di curiosità attivata in Diana dall'esplorazione degli stati problematici: in essa abbiamo visto un indicatore dell'attivarsi del sistema motivazionale squisitamente umano volto al bisogno di conoscenza, che può essere pensato come una forma evoluta del sistema di esplorazione dell'ambiente già presente negli animali. Si è dovuto procedere in modo graduale e non lineare, vista la fobia per gli stati interni che alimentava un continuo evitamento dei vissuti dolorosi e la facilità alla disregolazione emotiva, che si traduceva in continue oscillazioni al di fuori della "finestra di tolleranza" dell'arousal (Siegel 1999). Abbiamo proseguito esplorando le dinamiche dei sistemi motivazionali interpersonali ed è emerso il ruolo fondamentale del sistema di difesa dal pericolo con le sue risposte automatiche di attacco/fuga, immobilità tonica o resa fino allo spegnimento e alla "finta morte". Un momento molto importante del lavoro insieme è stato quando Diana, esplorando nel presente gli aspetti esperienziali dello stato di attivazione eccitata che precedeva i tagli si è resa conto che contemporaneamente le sue gambe erano bloccate, impossibilitate a muoversi, e ha riconosciuto in quella sensazione l'esperienza di *freezing* più volte sperimentata in condizioni di abuso.



**Figura 2.** Sistemi motivazionali significativi nella sintomatologia e nella terapia di Diana

## Storie traumatiche e patologia dissociativa

Anche solo uno sguardo veloce alla storia di Diana fa capire che la dimensione traumatica è presente in tutte le sue forme e in tutti i suoi effetti noti. Diana è stata adottata a 5 anni, dopo essere vissuta in un istituto per quasi tutta la sua vita precedente. Da giovane adulta ha scoperto che il padre l'ha abbandonata lontano da casa, per liberarsi di quell'ennesima figlia di cui non poteva o voleva prendersi cura. Più volte la madre l'ha cercata per salvarla riportandola a casa, fino all'intervento del servizio e al definitivo allontanamento dalla famiglia. La disperata ricerca delle origini ha permesso alla paziente di ricostruire la sua storia, ritrovando la famiglia solo pochi anni dopo la morte della madre naturale. Dell'orfanotrofio ricorda le lunghe ore rinchiusa al buio come punizione per i suoi comportamenti aggressivi verso gli altri bambini e l'abitudine a procurarsi dolore battendo e torcendo le dita delle mani. Con l'adozione si è trovata in un ambiente comodo e accogliente, ma probabilmente con bisogni speciali che la famiglia adottiva ha faticato a riconoscere e a gestire. A distanza di pochi anni si sono verificate diverse situazioni di abuso sessuale extra-familiare, rispetto alle quali Diana si è sentita non creduta e non protetta dai genitori adottivi. La vulnerabilità alle situazioni di abuso si ripete ciclicamente nella storia di Diana, andando via via a complicare la situazione sia per la componente strettamente legata alla violazione della sicurezza personale sia perchè più di una volta l'abusante è stato una figura affettivamente significativa verso cui c'era una forte relazione di attaccamento.

Diana racconta la sua storia e la storia dei sintomi mettere in relazione l'una agli altri: disregolazione del comportamento con autolesionismo e aggressività eterodiretta fin dall'infanzia; costruzione di relazioni di attaccamento totalizzanti, in cui si alternano modalità controllanti accidenti e punitive (Liotti e Farina 2011); sintomi intrusivi e di evitamento dopo gli abusi da preadolescente; disturbi dell'alimentazione in adolescenza. La disorganizzazione del comportamento e del funzionamento mentale si accentua in relazione alla ricerca della famiglia di origine e raggiunge il suo culmine con la visita al paese natale e con la scoperta della morte della madre naturale. Se prima lo scopo della ricerca delle origini, mosso dal desiderio di dare un significato e una risposta al senso di vuoto interiore e di straziante mancanza, organizzava in modo frenetico e ossessivo il comportamento, la conferma di una perdita definitiva (peraltro mancata da poco) della figura materna potenzialmente amorevole e protettrice diventa intollerabile e alimenta il progetto del suicidio visto come ricongiungimento e pace. Compaiono così i sintomi più chiaramente dissociativi: fughe in stati alterati di coscienza, vuoti di memoria per gli eventi di vita quotidiana, cambi di stato rapidi e discontinui. In tutto questo, la salute fisica di Diana presenta una serie di segnali che fanno pensare alla "disregolazione somatica" che fa sì che le storie traumatiche abbiano importanti effetti medici (Lanius Ruth et al. 2010): tachicardia persistente (tanto che le viene prescritto un betabloccante), psoriasi, colite ulcerosa, ipertiroidismo.

Il quadro multifaccettato di sintomi ricalca il quadro del Disturbo da stress post-traumatico complesso descritto da Van der Kolk e colleghi (2005). Potremmo dire che il tentativo di Diana di riorganizzarsi in risposta a vicende di attaccamento traumatico e disorganizzato ha fatto leva su strategie compensatorie di controllo basate sul sistema motivazionale di rango (e in misura minore sessualità e accudimento), messe ripetutamente in crisi all'attivarsi dei temi di attaccamento e collassate nel confronto con il recupero (e la contemporanea definitiva perdita) della figura materna idealizzata.



## Più terapeuti per contenere le dinamiche dell'attaccamento disorganizzato

La strutturazione del percorso terapeutico, spesso con il ricorso a setting multipli di intervento, viene riconosciuto come un ingrediente fondamentale nel trattamento dei casi complessi (Bateman e Fonagy 2004; Gunderson e Links 2008; Linehan 1993) ed è stato fin dall'inizio un punto centrale su cui abbiamo organizzato il nostro trattamento (Liotti et al. 2005). Nella nostra esperienza infatti il percorso residenziale per pazienti borderline, prevede un lavoro in rete con gli invianti, siano essi appartenenti al servizio pubblico o privati, psichiatri e psicoterapeuti (Prunetti et al. 2012). I motivi di questa scelta/necessità sono molteplici: questi pazienti hanno bisogno di psicoterapia ma anche di farmaci e a volte di ricoveri o interventi di emergenza; hanno bisogno di sviluppare capacità riflessive carenti (Bateman e Fonagy 2004; Carcione et al. 2016) ma anche di apprendere abilità comportamentali più adeguate (Linehan 1993; Swenson 2016). La teoria dei sistemi motivazionali (Liotti e Monticelli 2008) ci ha fornito una fondamentale chiave di lettura sull'opportunità dei trattamenti in setting multipli integrati (TMSI, Liotti e Farina 2011). I pazienti con storie traumatiche nello sviluppo sono ad alto rischio di *dropout* proprio per l'attivarsi nella relazione terapeutica dei modelli interni multipli e contraddittori dell'attaccamento disorganizzato; per quanto il terapeuta possa cercare di orientare la relazione sul piano collaborativo, inevitabilmente si troverà coinvolto in situazioni relazionali instabili, rapidamente mutevoli e complesse. La presenza di più figure di riferimento, in stretto rapporto di collaborazione tra loro, permette di contenere il rischio di *dropout* modulando l'attivazione dell'attaccamento disorganizzato e protegge la relazione terapeutica (e il terapeuta stesso), oltre a offrire importanti occasioni di promozione delle funzioni metacognitive (ad es. attraverso l'integrazione di aspetti contraddittori, Liotti et al. 2005).

Nel caso di Diana, arrivata per la prima volta in casa di cura dopo ripetuti e prolungati ricoveri in diversi contesti e con solo un abbozzo di rete terapeutica, prevalentemente orientata alla gestione psichiatrica acuta e sub-acuta, il lavoro di equipe e la costruzione/sostegno di un progetto multisetting organizzato e integrato è stato particolarmente importante e impegnativo. Nei tre anni passati dal nostro primo incontro abbiamo attraversato una fase molto intensa ma costruttiva, che ha visto un anno e mezzo di lavoro psicoterapeutico ambulatoriale continuativo, sostenuto da un paio di ingressi in reparto specialistico a sostegno del lavoro esterno. In questo periodo non si sono verificati agiti suicidari e l'autolesionismo è stato molto contenuto, con lunghi periodi di astensione dai tagli. La situazione però si è fortemente complicata per il convergere di due eventi scompensanti contemporanei: all'interno della relazione psicoterapeutica ambulatoriale un momento di particolare vicinanza emotiva si è tradotto prima in un trasporto sentimentale/sessuale verso la terapeuta, poi in una dinamica di attacco e sfida molto pesante. Il secondo evento è stato, durante una sua relazione sentimentale, la comparsa di un grave problema medico che ha messo a rischio di vita della sua figura di riferimento, riattivando il tema di perdita traumatica. L'autolesionismo si è ripresentato in modo massiccio, sono stati necessari ricoveri urgenti in SPDC, che poi si sono protratti a causa della difficoltà a recuperare le condizioni di sicurezza. Alle dimissioni Diana ha interrotto tutti i contatti con la rete curante e da lì a poco si è trasferita in un'altra città. Ha però mantenuto i contatti con la casa di cura, chiedendoci dei nominativi per ricostruire una rete terapeutica nella nuova città. Con una riorganizzazione sorprendente, si è trasferita ad abitare da sola, ha ripreso un percorso di studi, ha preso contatto con i servizi territoriali e ha iniziato un nuovo percorso di psicoterapia. Ha di interrotto i comportamenti autolesivi e non ha più avuto ricoveri. Ci ha tenuto aggiornati dei suoi progressi tramite e-mail e con qualche telefonata sporadica. Quando nella terapia individuale si è nuovamente sentita

minacciata da un eccessivo avvicinamento, ci ha contattati e ha parlato con noi dei suoi timori e della sua difficoltà, riuscendo a non agire l'ennesima interruzione di una relazione terapeutica. Ha saputo riconoscere – con una capacità metacognitiva incredibile – i *trigger* traumatici attivati nel contesto terapeutico ed è riuscita a negoziare nuovamente delle condizioni di sicurezza.

Dallo scambio di e-mail di quei giorni: “*Mi darò sicuramente del tempo. Ora non me la sento di tornare più, magari con il tempo trovo una soluzione... Ho bisogno di riflettere, di capire. Perché so dentro di me che sto scappando non solo da lei, ma anche da me stessa. Sto fuggendo dal senso di colpa, dalla vergogna, dalla paura e dalla rabbia. [...] Mi fido di lei ma il mio corpo non più. È dura mettere entrambe le parti insieme... Dovrò riflettere parecchio. Mi spiace buttare via tutto questo, ho veramente fatto enormi passi con la dottoressa... [...]*”

Pochi giorni dopo: “*Sono stata dalla dottoressa ed è andata benino, diverso da come me lo aspettavo sinceramente. Siamo state in un'altra stanza e mi sono sentita DECISAMENTE più sicura e tranquilla... C'era una scrivania che ci divideva e sembrerà assurdo ma mi ha fatto stare bene perché ho percepito più distanza in questo modo. [...] Per la terapia però voglio andarci con calma, riprendere sì, ma poco alla volta (almeno per l'inizio)... Sono un po' destabilizzata ma... Ora so che voglio continuare ma so anche che si farà “alle mie regole”*”.

A oggi la relazione terapeutica continua, anche se tra mille difficoltà e con una rete ridotta rispetto al necessario. Continuiamo ad avere contatti sia con Diana che con la sua (eroica) terapeuta, a supporto del percorso ambulatoriale e in alcuni momenti per la valutazione di un rientro in struttura, che nell'ultimo anno e mezzo non è più avvenuto. Pur essendo ben lontani da una situazione stabile e tranquilla, questo caso ci ha fatto riflettere sul nostro ruolo di sostegno al percorso terapeutico di Diana: se inizialmente è stato un ruolo concreto, attraverso i ricoveri, in seguito il nostro intervento è stato “a distanza”, come interlocutori sulle crisi della relazione terapeutica principale (potremmo dire “stabilizzatori”) e testimoni della continuità possibile attraverso i cambiamenti.

In tutto questo percorso gli insegnamenti di Gianni Liotti sono stati gli occhiali con cui siamo riusciti a leggere i sintomi, le richieste della paziente e le nostre difficoltà. I suoi precetti ci hanno accompagnati per vent'anni aiutandoci a gestire, oltre Diana, tante altre pazienti. Gianni è sempre stato al nostro fianco orientandoci, sostenendoci, istruendoci ed aiutandoci a dare significato coerente alle mille difficoltà e contraddizioni che caratterizzano il lavoro con questi pazienti.

## Bibliografia

- Bateman A, Fonagy P (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-Based Treatment*. University Press, Oxford. Tr. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*. Cortina, Milano, 2006.
- Carcione A, Nicolò G, Semerari A (2016). *Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Laterza, Bari.
- Curtis C, Ford J (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults): Scientific Foundations and Therapeutic Models*. Guilford, New York.
- Gunderson G, Links P (2008). *Borderline Personality Disorder. A clinical guide*. American Psychiatric Publishing, Washington DC. Tr. it. *La personalità borderline. Una guida clinica*. Cortina, Milano, 2010.
- Lanius Ruth A, Vermetten E, Pain C (2010). *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*. University Press, Cambridge. Tr. it. *L'impatto del trauma infantile sulla salute e*



- sulla malattia. *L'epidemia nascosta*. Giovanni Fioriti, Roma, 2012.
- Linehan M (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. Guilford Press, New York. Tr. it. *Il trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Volume I. *Il modello dialettico* – Volume II. *I gruppi di skills training*. Cortina, Milano, 2011.
- Liotti G, Farina B (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Cortina, Milano.
- Liotti G, Farina B, Rainone A (2005). *Due terapeuti per un paziente. Dalla teoria dell'attaccamento alle psicoterapie a setting multipli*. Laterza, Bari.
- Liotti G, Monticelli F (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. Il manuale AIMIT*. Cortina, Milano.
- Liotti G, Monticelli F (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evolutionista*. Cortina, Milano.
- Liotti G, Monticelli F (2017). *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali. Teoria, ricerca, clinica*. Cortina, Milano.
- Ogden P, Minton K, Pain C (2006). *Trauma and the Body. A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. Norton & Co., New York. Tr. it. *Il trauma e il corpo. Manuale di psicoterapia sensomotoria*. Ist. Scienze Cognitive, Sassari, 2013.
- Prunetti E, Mansutti F, Bateni M (2012). *Il ricovero e il trattamento farmacologico dei disturbi di personalità*. In G Nicolò, E Pompili (a cura di) *Manuale di psichiatria territoriale*, pp. 547-568. Pacini, Pisa.
- Shapiro F (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures*. Guilford, New York. Tr. it. *EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*. McGraw Hill, Milano, 2000.
- Siegel DJ (1999). *The Developing Mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford, New York. Tr. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Cortina, Milano, 2001.
- Swenson CR (2016). *DBT Principles in Action. Acceptance, Change and Dialectics*. Guilford, New York. Tr. it. *I principi della DBT in azione. Accettazione, cambiamento e dialettica*. Cortina, Milano, 2018.
- Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K (2006). *The Haunted Self Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. Norton & Co., New York. Tr. it. *Fantismi nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Cortina, Milano, 2011.
- Van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a complex adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress* 18, 5, 389-399.