

SCHEMI INTERPERSONALI TIPICI DI UNA PERSONALITÀ BORDERLINE E LORO IMPATTO SUL TRANSFERT: UN'IPOTESI

Antonella Ivaldi*, Paola Foggetti*

* Sesto Centro di Psicoterapia Cognitiva
Corrispondenza: paola.foggetti@libero.it

Riassunto

Presenteremo delle vignette cliniche per illustrare un'ipotesi di attivazione di schemi interpersonali tipici di una personalità borderline e delle implicazioni che questi potrebbero avere sull'alleanza terapeutica. Ci soffermeremo, in particolare, sull'esigenza che emerge come primaria per il terapeuta, di definire e proteggere lo spazio di lavoro con il paziente dall'attivazione di interazioni drammatiche che minano la possibilità di avviare e mantenere un percorso terapeutico.

Parole chiave: trauma complesso, attaccamento disorganizzato, triangolo drammatico, relazione terapeutica, alleanza di lavoro.

AN HYPOTHESIS ABOUT TYPICAL INTERPERSONAL SCHEMA IN BORDERLINE PERSONALITIES AND ITS IMPACT ON TRASFERENCE

Abstract

In this paper we present some clinical sketch to validate an hypothesis about how typical interpersonal schema activate in borderline personalities and their consequences in the therapeutic alliance. We focus on the therapist's primary need to define a specific therapeutic setting to protect it from the activation of "drama triangle" which undermine the possibility of starting and maintaining the course of therapy.

Key words: complex trauma, disorganized attachment, drama triangle, therapeutic relationship, therapeutic alliance.

La relazione con un paziente borderline, in genere molto coinvolgente fin dal suo inizio, può risultare sfiancante e insostenibile. Frequenti sono infatti le interruzioni precoci del trattamento da parte del paziente e/o da parte del terapeuta.

Gli aspetti peculiari della personalità borderline sono: la disregolazione emotiva, il deficit di mentalizzazione, e una particolare configurazione relazionale in cui gli elementi emotivi prevalenti, che vengono rinforzati dalla messa in atto del circolo vizioso sono: la paura e la rabbia, la disperazione, la colpa e l'impotenza. Il pattern relazionale è tipico dell'attaccamento disorganizzato, caratterizzato dall'attivazione del Triangolo Drammatico (Karpman 1968)

ovvero la tendenza a passare velocemente tra diverse e contrapposte rappresentazioni di sé con l'altro in modo disarmonico, come in un copione tragico senza via di uscita (Main & Hesse 1990; Bowlby 1983; Liotti 1994).

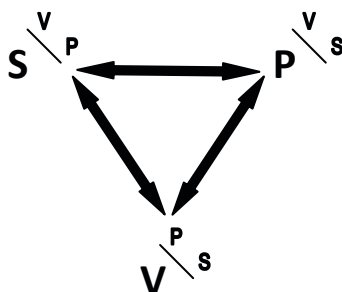


Figura 1. *Triangolo Drammatico*

All'interno del Triangolo Drammatico ogni posizione esistenziale comporta una svalutazione di sé e dell'altro con cui si entra in relazione. Si determina quindi un duplice livello comunicativo, uno esplicito manifesto e dichiarato, ed un altro nascosto, implicito, che diviene esplicito invertendo drammaticamente i ruoli nel corso della dinamica relazionale con l'altro. Il Salvatore passa gran parte del suo tempo aiutando gli altri, evitando così di sentirsi debole e inferiore (ovvero vittima), e alimentando un senso di sé grandioso, considera di fatto inferiori gli altri. Si assume la posizione del Persecutore quando si tende a svilire un'altra persona, e, a differenza del Salvatore, la si umilia in modo esplicito. Il Persecutore evita così di sentirsi vittima assumendo il ruolo del carnefice. La Vittima, invece, opera una svalutazione esplicita molto forte su di sé, minimizzando o addirittura annullando le proprie capacità personali. La Vittima, quindi, predilige relazioni interpersonali con un Salvatore (idealizzato), o con un Persecutore, che la tratta "come merita". L'originalità e l'utilità del Triangolo Drammatico consiste, dunque, nell'evidenziare, attraverso l'analisi della comunicazione, il duplice livello di attivazione, di ogni individuo nelle relazioni con gli altri (es. Salvatore a livello sociale e quindi esplicito, mentre vittima a livello psicologico implicito; oppure Vittima a livello sociale esplicito, ma implicitamente persecutore), consentendo l'emergere di intenzioni nascoste, implicite, inconsapevoli (per approfondimenti vedi Ivaldi, "Il Triangolo Drammatico: da strumento descrittivo a strumento terapeutico" *Cognitivism Clinico* 2004, 1, 2, 108-123).

Esempio clinico 1

Terapeuta: "Questo fatto che è successo ultimamente con questa persona disonesta, mi sembra che abbia ancora di più peggiorato la situazione"

Paziente: "Come!?! Peggiora la situazione?!? È il mio modo di essere che è sbagliato, pure se faccio le cose giuste, è il mio modo di propormi che è sbagliato!! Perché se io non mi incazzavo quella sera, perché stavo già incazzata prima, ho preso il pretesto di incazzarmi ancora di più, se io non mi incazzavo, non lo mandavo a fa'nculo, quello gli spellava ancora soldi! L'ho chiamato io, perché lo sapevo che lo colpivo nel segno perché aveva interessi su di me, e tra l'altro io mi ero fidata di questa persona, mi ero anche aperta. È questo che mi ha fatto più male, e me lo volevo pure trombare! Perché non è che mi era indifferente questo a me, mi attizzava pure, sinceramente

Schemi interpersonali tipici di una personalità borderline e loro impatto sul transfert

parlando, anche se non mi piaceva, però, perché, per come sto io... a livello animalesco, non è che sto a badà a come era o come non era. Faceva schifo! Effettivamente faceva schifo, un vecchiccio! Una panza così! Trascurato, sporco. Cioè come sto io!! Non parliamo di quello che mi è successo a livello di fantasie sessuali, se te lo racconto guarda! ... Mi sono stranita da sola.. eh! mi so stranita da sola !!!” (a questo punto ride)”.

Il brano riportato è un esempio di attivazione molteplice, caotica, non armonica, di diverse rappresentazioni di sé con l'altro contrastanti e non integrate durante le singole sequenze comunicative. La paziente passa dal sentirsi vittima, aggredita dalla famiglia, al considerare la famiglia come vittima della sua incapacità, e conseguentemente a tentare di salvarla prendendosela con la persona che aveva tentato di ingannarli, nei confronti della quale, lei nutre sentimenti di rabbia intensa e contemporaneamente anche desiderio sessuale e disgusto.

Quando il paziente parla di un evento accaduto in modo così caotico e incoerente, per il terapeuta può essere difficile sintonizzarsi, empatizzare e dialogare con lui, tuttavia non essendo direttamente coinvolto nell'interazione drammatica, il terapeuta sembrerebbe godere di un riconoscimento, almeno apparente, da parte del paziente, come interlocutore autorevole. La difficoltà aumenta quando il paziente agisce direttamente nella relazione terapeutica i suoi schemi interpersonali problematici.

Esempio clinico 2

È il primo incontro, Eva arriva concitata, si siede con i suoi numerosi pacchetti, sistemandoli accanto al divano, e ancora prima di presentarsi, protesa verso di me, mi travolge con una serie di richieste e di considerazioni su di sé, alle quali non lascia replica.

È agitata, preoccupata e rabbiosa. A tratti sembra sapere già quale sia il suo problema e anche quale sia la cura. In alcuni momenti invece il suo tono diventa lamentoso e lei sembra impaurita, disperata e confusa. Si comporta in modo da apparire una persona che sa il fatto suo e assume un tono critico e di comando nei miei confronti.

Eva: “Lei mi deve aiutare ma non so se potrà o vorrà. Non so se io sono aiutabile, sono un casino! Lo diceva anche la mia terapeuta che ad un certo punto si è stancata di me. Io ho 37 anni e non ho ancora nulla di quello che le donne della mia età hanno: figli, mariti, casa, io sono una fallita! Come posso fare?! Sono un caso disperato?”

T: “Senta Eva mi dice qualcosa in più di sé, perché noi non ci conosciamo ed io non capisco bene quale sia il suo problema...”

Eva (interrompendo): “Gliel'ho detto il problema! Lei mi deve aiutare ad andare a vivere per conto mio e ad avere una vita normale. Mi dicono tutti che devo metterci più volontà, ma io non ci riesco, capisce!?! È inutile rinvangare il passato. Che le devo raccontare? Che vengo da una famiglia sfigata, i miei separati, mio padre ci ha abbandonati, mia madre si lamenta in continuazione e sta male? Come dovevo venire fuori io?!? Me lo dice lei come faccio a perdonare e ad andare avanti? So che dovrei, ma non ci riesco, sono una sfigata!!!”

T: “Chi le dice che dovrebbe perdonare e che dovrebbe farcela con la volontà?...”

Eva (interrompendo): “Tutti! Le amiche, Don Marco, l'intera comunità!”

T: “Senta Eva io ho bisogno di sapere alcune informazioni da lei per comprendere meglio la sua richiesta la vedo agitata, a tratti disperata...”

Eva (interrompendo): “Eh! Sì! Disperata, così mi sento, ma lei come si sentirebbe al posto mio!?! Cioè... Ma lei pensa che non ci sia nulla da fare con me? Lo pensa come tutti gli altri?... ”

T: “Eva mi faccia parlare, altrimenti non riesco a comunicarle quello che penso. Prendiamoci qualche incontro per raccogliere informazioni e fare il punto della sua situazione. Analizziamo la sua richiesta ed eventualmente le risposte più opportune”.

Eva: “Qualche incontro solo per capire? E io quando risolvo?! Lei capisce... io... io non ce la faccio più a stare così! Che devo fare? Mi dica che devo fare nel frattempo?... ”.

La richiesta d'aiuto del paziente borderline, è, spesso problematica fin dall'inizio del percorso terapeutico. In prima seduta Eva attiva immediatamente, uno schema interpersonale drammatico. È come se nella mente della paziente fossero presenti, contemporaneamente, almeno due rappresentazioni mentali opposte: il desiderio/necessità di farsi aiutare e l'impossibilità di accedere all'aiuto.

Potremmo dunque sintetizzare il Modello Operativo Interno (SMI) del paziente Borderline in questo modo: il messaggio sociale è “aiutami”, accompagnato dal messaggio psicologico implicito e non consapevole “non mi puoi aiutare” che assume diversi significati secondo la rappresentazione mentale della relazione che il paziente ha, nei diversi momenti di attivazione del Triangolo Drammatico.

- a) *Perché non sono degno di aiuto*
- b) *perché nessuno vorrà davvero aiutarmi*
- c) *perché se mi affido sono in pericolo*
- d) *perché se mi aiuti dipenderò da te per sempre e quindi mi danneggerai*
- e) *perché sei incapace e vulnerabile.*

Il passaggio tra le diverse “rappresentazioni drammatiche” può essere molto rapido, soprattutto quando è attivo il SMI dell'Attaccamento, ovvero, quando il paziente è particolarmente vulnerabile e sofferente e ha bisogno d'aiuto. In questo caso assistiamo ad una flessione delle capacità metacognitive che impedisce l'integrazione e la sintesi, dei propri stati mentali (Semerari 2003; Bateman, Fonagy 2004).

Proviamo a comprendere meglio l'origine di questo schema interpersonale. Nel pattern dell'attaccamento disorganizzato, la figura di attaccamento rappresenta anche un potenziale pericolo. Il pericolo consiste non solo in una possibile attitudine abusante del genitore (violenza fisica, abuso sessuale), ma anche e soprattutto, nella incapacità di assolvere al proprio compito di figura accudente. L'incapacità del genitore di riconoscere i fondamentali bisogni del figlio, lo indurrebbero a trascurarlo in maniera traumatica, generando un clima caratterizzato da confusione mentale. Questo determinerebbe un forte stress per il bambino che si mostra nelle sequenze della Strange situation (Ainsworth et al. 1978), scoordinato nei movimenti, paralizzato o impegnato nel tentativo di conciliare stimoli opposti e coesistenti in una possibile, o, meglio, impossibile sintesi.

Un'elevata e ripetuta attivazione dei fattori di stress legati all'attivazione del SMI di attaccamento manda in tilt tutto il sistema psicobiologico di regolazione dello stress (van der Kolk et al.1996): attiva risposte anomale psicofisiologiche, rimane impresso nella mente del paziente, come pattern “spaventante e confondente”. Tale pattern può essere organizzato per immagini, come dispercezioni dello stato corporeo, sotto forma di suoni o odori ecc., ed essere immagazzinato nei circuiti limbici come ricordo lampo “flashbulb memory”, nella memoria procedurale per immagini propria dell'emisfero visuospatiale destro, sede della memoria implicita e autobiografica (Fink et al. 1996).

Studi di neuropsicologia hanno dettagliatamente descritto come i legami di attaccamento

Schemi interpersonali tipici di una personalità borderline e loro impatto sul transfert

traumatici possono influenzare la morfogenesi cerebrale (Schoore 1996, 2000c). Le esperienze sociali ed emotive, associate a traumi relazionali complessi*, comportano un ritardo nei processi di sviluppo di alcune regioni fronto limbiche, in particolare, le aree corticali destre, coinvolte nella regolazione affettiva (Schoore 2001a, 2001b, 2001c). Schoore ha avanzato l'ipotesi, alla luce dei numerosi studi sugli effetti dei traumi in età infantile, che l'eziologia della vulnerabilità a gravi disturbi della regolazione affettiva si leghi all'eccessiva riduzione dei circuiti corticali-sottocorticali dell'emisfero destro gerarchicamente organizzati.

Quindi, la perdita di modulazione tra le interconnessioni di queste aree manderebbe in tilt i diversi sistemi di regolazione dello stress: cognitivo, emotivo e autonomo.

Adulti con storie di traumi relazionali complessi nell'infanzia (Raine et al. 2001), mostrano una disfunzione dell'emisfero destro e un ridotto sviluppo in particolare del lobo frontale destro, ed è per questa ragione, asserisce Schoore, che fonti di stress interpersonale anche minime possono riattivare, senza modulazione, stati dolorosi che appartengono alla memoria corporea della storia relazionale precoce impressa nei circuiti amigdalipoitalamici del sistema limbico autonomo.

Un punto di vista integrato bio-psico-sociale, può aiutarci a comprendere meglio come, la paura così intensa e pervasiva che esperiscono le personalità borderline, possa nascere da segnali apparentemente senza significato e scollati dalla realtà contestuale. Il ricordo, anche inconscio, delle esperienze infantili di handling e le mancate sintonizzazioni affettive, si riproducono nella forma di risposte fisiologiche, emozioni e acting-out dissociati (Valent 1998).

La paura diviene per questi pazienti, un segnale stressante incontrollabile, cioè non regolabile, che rievoca in automatico e, spesso a livello inconscio, implicite memorie traumatiche relazionali.

Questo spiegherebbe le reazioni impulsive e contraddittorie del borderline (aggressioni verso se stessi e/o verso gli altri, senso di colpa, fuga, ritiro, depressione), e la loro incapacità a padroneggiare in modo adattivo gli eventi.

L'incapacità a regolare e modulare le proprie emozioni, la mancata integrazione dei propri stati mentali e la messa in atto di schemi relazionali patogeni, fanno sì che sia molto difficile per il paziente individuare un suo bisogno, collegato ad una o più emozioni, definire il contesto in cui le stesse vengono vissute e, conseguentemente, perseguire con chiarezza uno scopo.

Tutti questi aspetti, nella relazione terapeutica, producono una tendenza ad agire impulsivamente e velocemente coinvolgendo il terapeuta in una spirale di emergenza, in cui il senso di impotenza diviene il vissuto conclusivo reciproco imperante (per approfondimenti vedi Ivaldi 2006).

Esempio clinico 3

Arriva sempre il momento cruciale in un percorso terapeutico, quello in cui tutto ciò che fino ad allora era stato solo raccontato, descritto, compreso e ipotizzato, in parte anche condiviso,

*A differenza degli eventi traumatici circoscritti, i traumi relazionali complessi fanno riferimento ai traumi prolungati e ripetuti, in cui la vittima (bambino o adulto), sia impossibilitata a scappare e sotto il controllo di un persecutore (campi di concentramento, lavoro forzato, case di tolleranza, contesti di sfruttamento sessuale, abuso e maltrattamenti ecc) (Hermann 1992). Nell'infanzia il trauma relazionale complesso si riferisce, inoltre, all'abuso emotivo e sessuale, alla trascuratezza, alla violenza domestica assistita (Cook e al. 2009; van der Kolk 2005).

si concretizza drammaticamente nella stanza della terapia. Questo mi è successo con Elsa quel giorno, quando lei è entrata nello studio, piena di lividi, escoriazioni, una gamba e un braccio fasciati e un'espressione molto minacciosa.

“Ecco, lo vede ora di cosa sono capace!”, mi dice con tono rabbiosissimo. Poi scoppia a piangere di un pianto lamentoso, bisbigliando quasi “È inutile, è tutto inutile...”. Poi con tono di nuovo rabbioso: “Lo capisce che non serve che io venga qui, che le spieghi, che insieme delineiamo il percorso quando poi in un attimo io combino tutto questo!”. Di nuovo piange sconsolata.

Ricordo quel momento come se fosse ora. Sono seduta sul divano e progressivamente incrocio le braccia, per proteggermi da quella che sembra un'aggressione in piena regola, al tempo stesso provo rabbia e anche un profondo senso di sollecitudine, quando osservo i segni sul suo viso e sul corpo mentre lei piange disperata. Non so cosa sia successo e dopo un primo sfogo di Elsa, provo a chiederglielo.

“Cosa vuole che sia successo!”, mi risponde lei scocciata. “Quello che succede sempre!! Io rovino tutto. Non mi controllo, è mostruoso quello che sono capace di fare, glielo avevo detto che non mi poteva aiutare!”. Provo a farle notare che non so ancora cosa sia successo, ma Elsa, che probabilmente percepisce il mio senso d'impotenza, passa per un attimo a rassicurarmi: “Non c'entra niente lei, nessuno c'entra niente, sono io che non vado bene!! Nessuno può voler stare con me!”. Piange di nuovo.

Da questi brevi frammenti di dialogo, risulta evidente l'attivazione di un Modello Operativo Interno Disorganizzato e la drammatizzazione del Triangolo Drammatico da parte di Elsa. La paziente sta provando quel vissuto doloroso sempre lo stesso in cui si sente Vittima, ma al tempo stesso Persecutrice, poi, sollecitata dal senso di colpa per avermi maltrattata, Salvatrice in un susseguirsi veloce e confondente. Tutte le posizioni sono vere, ma Elsa non riesce a conciliarle. La difficoltà ad integrare nasce molto indietro nel tempo per Elsa. Il vissuto così intenso che sta provando, non riguarda solo la nostra relazione, il momento attuale, ma rimanda ad un'esperienza traumatica ripetuta di Elsa nelle sue relazioni d'attaccamento.

È difficile nel corso della seduta farmi raccontare quanto sia avvenuto. Riesco a parlare pochissimo insinuandomi nei brevi momenti in cui Elsa piange, o mostra paura. Mi racconta come sia iniziato tutto dopo l'ennesima discussione con Luca, il suo compagno. Elsa stava talmente male da sentire il solito bisogno di bere e si è attaccata a quello che aveva in casa. Ha iniziato a bere superalcolici, poi, da un certo momento, non ricorda più bene, ha solo dei flash e le memorie ricostruite il giorno dopo, parlando con Luca, guardandosi intorno e constatando i danni che aveva inferto a se stessa e agli oggetti. Le è stato raccontato che ha lanciato oggetti dentro e fuori casa, i vestiti di Luca, che nel frattempo si era barricato nella casa a fianco, appena comprata. Sembra che Elsa sia salita sul tetto e abbia rotto la porta a vetri al secondo piano dove si era rinchiuso Luca e, facendo questo, abbia perso l'equilibrio e sia caduta rimanendo incastrata fra i due tetti. Luca e la sua vicina l'hanno tirata su e poi si è addormentata.

Elsa non ricorda, è terrorizzata da quello che ha potuto fare e dal fatto di essere stata in uno stato alterato di coscienza. È spaventata da se stessa, si odia.

È difficile scegliere cosa dire come terapeuta, in un'occasione come questa. Tutte le convinzioni patologiche di Elsa sono lì fra noi e coinvolgono anche me: “sono in *aiutabile*, non valgo *nulla*” e, in un susseguirsi rapidissimo, giungono emozioni di dolore, rabbia, vergogna, umiliazione, terrore, senso di impotenza.

Devo scegliere che intervento fare. La situazione è molto complessa. Gli elementi più

evidenti di ciò che è accaduto sono la pericolosità di Elsa e la sua colpevolezza, sottolineate in modo inequivocabile dai danni così visibili del giorno dopo. Elsa si descrive con tale terrore da sembrare un mostro, una furia irrefrenabile.

Sento che se parlassi di questo commetterei un errore, perché se la rassicurassi, non sarei credibile (in fondo i fatti le danno ragione); ma se le confermassi questa idea di sé, sbaglierei comunque, perché le confermerei le sue paure e le darei un potere negativo incontenibile, che non ha.

La difficoltà più significativa che un terapeuta incontra nel percorso con un paziente borderline, è quella di salvaguardare lo spazio di lavoro dal vissuto paralizzante e catastrofico di impotenza. È pressoché inutile all'inizio di un percorso, sperare di poter riflettere insieme al paziente sugli schemi interpersonali in atto nella relazione terapeutica. Generalmente la richiesta iniziale del paziente, sottende un pensiero magico riguardo alla possibilità di aiuto che il terapeuta potrà offrirgli. Contemporaneamente accanto al desiderio impellente di essere aiutati "come per miracolo", preme la sfiducia e un pensiero catastrofico di impossibilità di riuscita. Il paziente borderline generalmente è molto coinvolgente sul piano emotivo e sollecita un forte ingaggio del terapeuta nella relazione.

Il paziente sembra dare per scontato di "essere in terapia" e cosa significhi quella relazione d'aiuto, sembra quasi "saper già" in cosa consisterà la cura. Sembra "saper già" che non funzionerà, per colpe o incapacità sue e del terapeuta, o per l'inesorabilità del destino. Per tutte queste ragioni è estremamente importante che il terapeuta non dia nulla per scontato e ponga una particolare attenzione, soprattutto nella fase iniziale a negoziare la possibilità di iniziare un percorso (Ivaldi 2000, 2004, 2009), definendo obiettivi e modalità di lavoro insieme al paziente. È necessario prendersi un tempo per valutare insieme il problema e le eventuali strategie terapeutiche da attuare. Questo tempo consentirà al terapeuta di non dare risposte immediate, spesso inadeguate, alle emergenze proposte dal paziente, scongiurando il rischio di entrare nella trappola del Triangolo Drammatico e darà la possibilità al paziente di sperimentare l'esperienza del condividere e creare uno spazio di lavoro in cui l'impegno sia reciproco. Nessun miracolo, nessun destino infausto e inesorabile, nessun salvatore, nessun persecutore e nessuna vittima, dunque, sulla scena terapeutica, ma solo due persone che si impegnano a dare senso alle esperienze e a trovare risposte alle difficoltà. Il paziente borderline non è abituato a pensare di poter avere in circostanze stressanti, responsabilità e capacità di "agency", ed è proprio questo il bersaglio di un efficace lavoro terapeutico. Come centrare il bersaglio dipende dal momento terapeutico, dalle risorse in campo, dalla sensibilità e capacità del terapeuta di sintonizzarsi e di essere più vicino possibile alla "zona prossimale di sviluppo" (Vygotskij 1990) del paziente.

Esempio clinico 3 (continua)

Dopo aver detto di essere molto colpita da ciò che le era accaduto, che vederla ridotta in quello stato mi dispiace, le rivelo la mia difficoltà di scegliere da cosa iniziare a parlare. Sono tante le cose che le vorrei dire, ma una su tutte mi sembra prioritaria e decido di partire da lì.

"Ricorda Elsa l'impegno preso con me di non bere e di non compiere azioni dannose, a parte i rituali, nei suoi confronti e nei confronti di altri...". Non riesco a finire la frase, perché Elsa, a queste mie parole, scatta rabbiosamente e ribatte: "Certo! Mi posso esser presa tutti gli impegni che vuole e sono sicura che ci credevo davvero, ma poi... succede qualcosa e... lo vede io non sono più in me, è al di fuori del mio controllo... non lo capisce!?", con tono irritato e demoralizzato nello stesso tempo.

Elsa ha attivato con molte probabilità il suo modello operativo interno e la mia frase le ha

risuonato dentro probabilmente come un rimprovero o meglio ancora come le diceva la mamma “Proprio non ti vuoi far aiutare!”. Questo passaggio è molto delicato. Le rispondo con tono deciso, contrastando la sua convinzione patologica di impotenza: “È ovvio che se lei beve fino ad ubriacarsi, non risponda più di sé, non sia cosciente, chiunque perderebbe il controllo e non ricorderebbe nulla. Ma c’è un momento, prima di bere, in cui lei è in grado di scegliere e lo fa. Ne abbiamo parlato, ricorda?”.

Elsa risponde ancora con rabbia, ricordando il discorso fatto sull’ausilio farmacologico per aiutarsi a non bere, e si mostra ostile e disfattista sulla possibilità di farsi aiutare in quel senso.

Io le ricordo che oltre a parlare dei farmaci, avevamo fatto un accordo sul fatto che lei mi avrebbe dovuto telefonare prima di assumere alcool o sostanze. Le ricordo il significato di quell’impegno e la sua importanza.

A quel punto Elsa non sa bene cosa dire, prova a dire, incespicando un pò, che ci aveva pensato e non l’aveva fatto perché pensava di disturbare, ma è evidentemente in difficoltà nel trovare una risposta convincente. Aveva svalutato l’importanza dell’impegno preso, dimenticando che potesse essere l’unico modo per permettermi di aiutarla nei momenti peggiori.

Chiedo ad Elsa in modo determinato di riflettere su questo e di ri-decidere, alla luce di questa esperienza se prendersi sul serio l’impegno che le è stato richiesto: “Ci pensi Elsa, se la sente di usare il telefono in questo modo e di farsi aiutare da un collega competente sul piano farmaco terapeutico? Alla luce di questa esperienza credo sia un passo indispensabile senza il quale io deciderei di interrompere la terapia...”.

Elsa mi interrompe di nuovo, è sorpresa e irritata: “Lei... interromperebbe la terapia... Mah! È incredibile!... Mah!... Bene!”.

Il momento è delicatissimo, niente di più facile che questo mio intervento possa essere vissuto da Elsa come un abbandono, un rifiuto, perché lei è veramente “difficile e in aiutabile”, come le sue convinzioni patologiche le suggeriscono. Le parole in questo momento sono insufficienti per rassicurare, per spiegarsi. L’intenzione con cui vengono pronunciate passa attraverso lo sguardo, l’espressione del viso, il tono di voce. Elsa mi guarda fissa, con i suoi occhi minacciosi pronti a ricevere l’ennesimo abbandono disperante. Le spiego che con dispiacere avrei interrotto i nostri incontri perché senza quell’impegno, sarebbe stato difficile portare avanti il lavoro terapeutico. “Non sono disposta a vederla arrivare, altre volte, nel mio studio ferita in questo modo senza poter far nulla. Mi dispiace per lei e credo che così sarebbe un prezzo troppo alto da pagare per entrambe, senza avere almeno la garanzia di un impegno reciproco verso un obiettivo comune.”

Elsa rimane in silenzio, è arrabbiata, ma al tempo stesso è sconcertata dal mio intervento. Mi chiede ancora se davvero avrei interrotto la terapia ed io le rispondo: “Sì, con dispiacere, ma lo farei, perché so che non funzionerebbe ed io non sono disposta a preoccuparmi per lei senza poter far nulla di efficace per aiutarla e senza avere la certezza che lei sarà con me in questa impresa, facendo tutto ciò che è in grado di fare per collaborare.” Spero che Elsa capisca il senso della mia posizione, il momento è molto rischioso, ne sono pienamente consapevole, ma mi ripeto che così non possiamo andare da nessuna parte e non voglio correre il rischio di assecondare l’ennesimo fallimento di Elsa. “Non glielo posso garantire!...”, mi risponde Elsa molto seccata, ma ancora sorpresa e incerta.

Le dico che non deve rispondermi subito, anzi che è meglio che ci pensi fino all’incontro successivo. Ci salutiamo e ricordo a fine seduta una grande tensione, mentre pensavo che la terapia con Elsa potesse finire lì, oppure fare un salto tale che, il resto del percorso sarebbe stato in discesa.

Elsa torna la seduta successiva e conclude la sua terapia dopo altri tre anni e mezzo. Abbiamo

ricordato spesso insieme quell'incontro difficile, ma decisivo. La seduta successiva Elsa mi confessa che aveva pensato di non venire più. Si era sentita molto arrabbiata lì per lì, ma con il passare delle ore si era resa conto che non l'avevo voluta cacciare via, anzi nel suo ricordo le sembrava che fossi stata protettiva con lei. Inoltre ricordava l'impegno preso all'inizio con me, sulle telefonate e sui farmaci. Le era chiaro che l'avesse svalutato. Torna con l'intenzione di collaborare, ma con mille perplessità sulla sua capacità di riuscirci.

La rassicuro dicendole che avremmo avuto tutta la terapia per lavorare sulla sua capacità di riuscire a raggiungere degli obiettivi e la ringrazio per aver portato la sua intenzione di farlo.

Bibliografia

- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Walls S (1978). *Pattern of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale.
- Bateman A, Fonagy P (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-Based Treatment*. Oxford University Press, Oxford.
- Bowlby J (1969). *Attaccamento e perdita, vol. 1*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1972.
- Bowlby J (1973). *Attaccamento e perdita, vol. 2*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1975.
- Bowlby J (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1983.
- Cook A, Spinazzola J, Ford J et al. (2009). Traumi complessi nei bambini e negli adolescenti. In Williams R (a cura di) *Trauma e Relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*. Cortina Editore, Milano 2009.
- Fassone G, Ivaldi G, Mantione MG et al. (2004). Valutazione degli esiti di un trattamento cognitivo-evoluzionista integrato (individuale e gruppo) per pazienti con disturbi di personalità borderline e/o comorbidità in asse I/II: uno studio seminaturalistico controllato. *Cognitivismo Clinico* 1, 2.
- Fink GR, Markowitsch HJ, Reinkemeier M et al. (1996). Cerebral representation of one's own past: Neural networks involved in autobiographical memory. *Journal of Neuroscience* 16, 4275-4282.
- Herman JL (1992). *Guarire dal Trauma*. Tr. it. Edizioni Magi, Roma 2005.
- Herman JL, Perry JC, Van der Kolk BA (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 146, 490-495.
- Ivaldi A (2004). Il Triangolo Drammatico: da strumento descrittivo a strumento terapeutico. *Cognitivismo Clinico* 1, 2.
- Ivaldi A (2006). Cosa dicono i tuoi occhi. Il caso clinico di Elsa. *Psicobiettivo* XXVI, 1.
- Ivaldi A (2008). *Nel laboratorio dello psicoterapeuta. Un'esperienza critica per colmare il divario tra formazione teorica e pratica clinica*. Franco Angeli, Roma.
- Ivaldi A (2009). Due stanze per la terapia: un trattamento ambulatoriale di psicoterapia integrata. Tra il modello cognitivo-evoluzionista e la psicoanalisi contemporanea. In Ivaldi A, Foggetti P, Aringolo K (a cura di) *Disturbi di personalità e relazione: giochi polifonici tra le parti. Linee di sviluppo e modelli di intervento*. Franco Angeli, Roma.
- Ivaldi A (2009). Two session rooms for the therapy: a combined outpatient psychotherapy, between the cognitive-evolutionary model and contemporary psychoanalysis. *GROUP: The Journal of the Eastern Group Psychotherapy Society*. Concord Editorial and Design Alto, MI, USA.
- Ivaldi A, Fassone G, et al. (2007). The integrated model (individual and group treatment) of cognitive-evolutionary therapy for outpatients with BPD and Axis I/II comorbid disorders: outcome results and a single case report. *GROUP: The Journal of the Eastern Group Psychotherapy Society*. Concord Editorial and Design, Alto, MI, USA.

- Ivaldi A, Fassone G, Rocchi MT (2005). Ci vediamo al gruppo, il modello cognitivo-evoluzionista di terapia integrata individuale e di gruppo. In Liotti G, Farina B, Rainone A (a cura di) *Due terapeuti per un paziente*, cap. VIII. Laterza Editore, Roma.
- Ivaldi A, Foggetti P, Aringolo K (a cura di) (2009). *Disturbi di personalità e relazione: giochi polifonici tra le parti. Linee di sviluppo e modelli di intervento*. Franco Angeli, Roma.
- Karpman SB (1968). Fairytales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin* 7, 39-43.
- Lev Vygotskij (1990). *Pensiero e linguaggio. Ricerche psicologiche*. Laterza, Roma-Bari.
- Lingiardi V (2002). *L'alleanza terapeutica: teoria, clinica, ricerca*. Raffaello Cortina, Milano.
- Liotti G (1989). Attachment and cognition. In Perris C, Blackburn I, Perris H (a cura di) *The Theory and Practice of Cognitive Psychotherapy*.
- Liotti G (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Nuova Italia Scientifica, Roma 2005.
- Liotti G (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Liotti G (2006). Disorganizzazione dell'attaccamento e processi dissociativi. In Dazzi N, Lingiardi V, Colli A (a cura di) *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, pp. 591-608. Raffaello Cortina, Milano.
- Liotti G (2005). Una teoria per la pratica, attaccamento disorganizzato e psicoterapie a setting multipli. In Liotti G, Farina B, Rainone A (a cura di) *Due terapeuti per un paziente*, Laterza, Roma.
- Main M & Hesse E (1990). Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (a cura di) *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention*. University of Chicago Press, Chicago.
- Main M & Hesse E (1992). Attaccamento disorganizzato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori. In Ammaniti M & Stern D (a cura di) *Attaccamento e psicoanalisi*. Laterza, Roma.
- Main M, Solomon J (1986). Discovery o fan insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implication for the classification of behaviour. In Brazelton TB, Yogman MW (a cura di) *Affective Development in Infancy*, pp. 95-124 Ablex, Norwood, NJ.
- Mancini F (1996). *L'egodistonia*. In Bara B (a cura di) *Manuale di psicoterapia cognitiva*, pp. 131-174. Bollati Boringhieri, Torino.
- Ortu F (2006). Il transfert e la ricerca con il CCRT. In Dazzi N, Lingiardi V, Colli A (a cura di) *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, pp. 271-299. Raffaello Cortina, Milano.
- Safran JD, Segal ZV (1990). Tr. it. *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*. Feltrinelli, Milano 2003.
- Schore AN (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 8, 59-87.
- Schore AN (2000c). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment and Human Development* 2, 23-47.
- Schore AN (2001a). The effect of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 22, 7-66.
- Schore AN (2001b). The effect of relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 22, 201-269.
- Schore AN (2001c). The right brain as the neurobiological substratum of Freud's dynamic unconscious. In Scharff D (a cura di) *The Psychoanalytic Century: Freud's Legacy for the Future*, pp. 61-88. The Other Press, New York.
- Semerari A (2003). *I disturbi di personalità. Modello e trattamento*. Laterza, Roma-Bari.
- Valent P (1998). *From Survival to Fulfilment. A Framework for the life-Trauma Dialectic*. Brunner/Mazel,

Schemi interpersonali tipici di una personalità borderline e loro impatto sul transfert

Philadelphia, PA.

- Van der Kolk BA et. al. (1996). Dissociation, somatization and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry* 153, 7, 83-93.
- Van der Kolk BA (2005). Developmental trauma disorder: A new rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatry Annals* 35, 401-408.
- Van der Kolk BA, McFarlane AC (1996). Il buco nero del trauma. In Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (a cura di) *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, pp. 225-249. Edizioni Magi, Roma.
- Weiss J, Sampson H (1999). *Convinzioni patologiche*. Quattro Venti, Urbino.