

## UN'ESPERIENZA DI GRUPPO IN UN PERCORSO DI TERAPIA INTEGRATA ISPIRATA AL MODELLO LINEHAN

Roberto Framba\*°, Elena Prunetti\*§

\* Casa di Cura Villa Margherita (Vicenza) - § Studi Cognitivi - Milano - ° APC-Roma

### Riassunto

La psicoterapia di gruppo affiancata alla psicoterapia individuale è oggi un trattamento promettente per quanto riguarda la cura di pazienti affetti da disturbo borderline. Questo approccio fa riferimento al filone teorico cognitivo-evoluzionista che pone particolare attenzione ai modelli operativi interni disorganizzati e individua la co-terapia come elemento importante nel trattamento di pazienti difficili.

Lo studio che presentiamo si sofferma su due aspetti specifici del gruppo psicoeducativo di skill training: l'acquisizione di specifiche abilità emotive, cognitive, comportamentali, associate, o meno, alla richiesta di aiuto.

I nostri risultati comparano due gruppi di circa cinquanta pazienti in regime di ricovero ospedaliero e in trattamento ambulatoriale per un periodo che va dalle 8 alla 26 settimane.

L'ipotesi è che fin dalle prime fasi del trattamento sia possibile osservare una relazione tra queste variabili, ovvero ci aspettiamo che una maggiore acquisizione di abilità, all'interno di un lavoro terapeutico di tipo motivazionale, aiuti il soggetto a proseguire il trattamento, e a richiedere aiuto per gestire i comportamenti impulsivi.

**Parole chiave:** *Borderline – Co-terapia – Skills training*

### Summary

Group psychotherapy combined with individual psychotherapy is a promising perspective in the treatment of borderline patients. This approach refers to the cognitive-evolutionist theoretical field who propose particular attention to disorganized internal working models and identifies co-psychotherapy as useful in treatment on severe patients.

This study recognizes two specific aspects of skills training: to improve emotional-cognitive and behavioural ability and the possibility to request help to cope with the crisis.

Our findings compare two groups of about fifty in-patients and a similar group of out-patients in a period of 8 to 26 weeks.

We suppose that in the first part of treatment it's possible to observe a relationship between these variables; in a motivational way, we expect that the subject will be able to improve their skills and help request in their therapy in order to manage their impulsive behaviour

**Key Words:** *Borderline – Co-Psychotherapy – Skills Training*

L'importanza dell'integrazione tra diverse terapie e terapeuti nel trattamento del disturbo di personalità borderline sembra ormai aver ricevuto numerose conferme. Anche noi che lavoriamo

presso il Centro per il trattamento del Disturbo Borderline della Clinica Villa Margherita (VI) condividiamo questo presupposto.

La cornice teorica del trattamento da noi proposto definito Dialettico-Evolutivo, si ispira al modello dialettico-comportamentale di M. Linehan (Linehan 1993, 2000; Linehan et al. 1991 1994; Verheul et al. 2003) con il tentativo di rileggere e spiegare la patogenesi ed il processo terapeutico alla luce della teoria della disorganizzazione dell'attaccamento, con particolare riferimento al modello Cognitivo Evoluzionistico di Giovanni Liotti (Liotti 1992, 1999, 2000, 2001; Liotti et al. 2000) e con degli studi sui processi metacognitivi (Fonagy et al. 2000, Fonagy e Target 2001; Dimaggio e Semerari 2003; Semerari 1998, 1999).

In questo itinerario di riflessione e pratica ci hanno sostenuto anche altri studiosi italiani che hanno contribuito in modo significativo all'elaborazione della nostra proposta (Barone e Maffei 1997, Barone e Caverzasi 2000). Ne è derivata una proposta di co-terapia che si articola in un doppio setting individuale e gruppale. L'idea di fondo e la specificità di questo intervento è quella per cui, in presenza di peculiari deficitarietà delle competenze emozionali e relazionali tipiche dei pazienti borderline, risulta indicato affiancare alla terapia individuale un setting di gruppo in cui i pazienti possano "apprendere" nuove competenze ed abilità utili alla stessa terapia individuale nella quale il paziente verrà aiutato ad integrare queste nuove conoscenze nel proprio repertorio emotivo e comportamentale (Gunderson 2003).

È bene ricordare che i pazienti borderline hanno vissuto un'esperienza di massiccia invalidazione delle loro capacità di affrontare adeguatamente i problemi che li affliggono. Spesso hanno vissuto ambienti e situazioni nei quali non hanno potuto giovare di un adeguato sostegno per fronteggiare le gravi difficoltà. Tali ambienti, definiti *invalidanti* (Linehan 1993), sono caratterizzati da una drammatica incapacità di validare emotivamente, cognitivamente e comportamentalmente i propri membri esponendoli ad un duplice rischio. Da un lato hanno loro inviato messaggi nei quali l'autogestione assoluta delle proprie problematiche veniva connotata come fatto del tutto "normale" ed è cosa riprovevole che non fossero in grado di provvedervi. In tal caso, i pazienti border sperimentano un acuto senso di colpevolezza e di fallimento ogniqualvolta non siano in grado di superare le gravi difficoltà che incontrano spingendoli, dall'altro lato, a comportamenti suicidari o autolesivi piuttosto che ad altri comportamenti volti a procurarsi uno stato di minor coscienza della propria drammatica condizione. Rientrano in questa categoria i frequenti abusi di alcol, sostanze stupefacenti o di farmaci, le condotte alimentari bulimiche, la pratica impulsiva della sessualità e delle spese, profondi stati depressivi e persino dissociativi.

Il gruppo psicoeducativo interviene su alcuni punti salienti di questo problema.

In senso generale, la terapia di gruppo, proprio per il fatto di essere una relazione allargata a più persone, consente di:

- valersi della solidarietà, del rispecchiamento, del modellamento dei comportamenti tra i partecipanti e di cooperare nelle strategie di problem solving;
- di rappresentare più esplicitamente un percorso evolutivo visto che si propone di introdurre sistematicamente abilità razionali, emotive e comportamentali;
- di modulare la "tempesta" emozionale che il paziente esperisce nei momenti di intensa crisi e permette di elaborare l'avvenuto in un contesto che favorisce la regolazione emotiva;
- di esperire una sufficiente distanza dalle situazioni critiche. Il fatto che il programma psicoeducativo abbia delle cadenze preordinate, consente di "andare avanti".

In modo più specifico, la terapia di gruppo si propone di lavorare fin dal primo inserimento dei pazienti sulla riduzione dell'antitesi tra aiuto esterno e capacità di coping.

Di settimana in settimana ai membri del gruppo vengono proposte una serie nutrita di abilità che si preoccupano di implementare le capacità dei pazienti.

Le abilità presentate sono suddivise in quattro moduli:

*Un'esperienza di gruppo in un percorso di terapia integrata ispirata al modello Linehan*

1. Abilità di *mindfulness*: si propongono di aumentare il senso di consapevolezza di sé a fronte di un'identità confusa e poco integrata tipica dei pazienti borderline;

2. Abilità di *efficacia interpersonale*: contribuiscono all'apprendimento di efficaci strategie per fronteggiare il caos interpersonale che affligge le relazioni dei pazienti;

3. Abilità di *regolazione emozionale*: data la deficitarietà del paziente borderline nel regolare e modulare le emozioni dolorose, spingono il soggetto a porre un'attenzione consapevole e non giudicante alle proprie risposte emotive. Si parte dal comprendere le proprie emozioni e identificarle, per poi imparare a ridurre gli stati emotivi negativi e incrementare le emozioni positive, per contenere la sofferenza emotiva;

4. Abilità di *tolleranza della sofferenza mentale* o dell'angoscia: si propongono di sviluppare la capacità di sviluppare la consapevolezza e l'accettazione della presenza della normale quota di sofferenza a cui adattarsi, in modo non valutante e giudicante. Inoltre intendono fornire un bagaglio di soluzioni emotive, cognitive e comportamentali alternative ai gesti suicidari e ai comportamenti autolesivi in grado di tollerare i momenti più acuti di sofferenza e di vuoto.

Ciascuna settimana vengono tenuti due incontri, della durata di due ore ciascuno, che hanno una struttura e un finalità diversa tra loro:

§ Il primo incontro, a carattere psicoeducativo, introduce di volta in volta una nuova abilità. La presentazione è interattiva e arricchita da esempi di vita che gli stessi partecipanti sono chiamati a proporre;

§ Il secondo incontro ha lo scopo di discutere e verificare l'andamento dell'esercizio delle abilità da parte dei partecipanti, chiarendo, sostenendo e approfondendo le abilità presentate. Viene fatto uso di alcuni diari settimanali nei quali vengono registrate le esercitazioni effettuate e il relativo esito. Il gruppo è particolarmente attento alla gestione dei comportamenti a rischio dei pazienti che implementa utilizzando tecniche di role-playing e problem solving.

In entrambi gli incontri viene fatto uso di *diari* che vengono completati a cura del paziente. Nel primo, detto *diario delle abilità*, vengono segnalate le abilità utilizzate durante la settimana e annotate le difficoltà incontrate nel loro utilizzo (fig. 1).

Nel secondo, detto *diario dei comportamenti e delle tendenze impulsive* il soggetto registra nella prima parte (fig. 2), tutte le volte che ha messo in atto comportamenti problematici o ha avuto tendenze a farlo. Nella seconda parte al paziente viene richiesto di rilevare quando, in corrispondenza dei comportamenti problematici, ha messo in atto procedure di *richiesta di aiuto*, oppure, nel caso che se ne sia astenuto, quali siano i motivi che possono avere interferito nell'accedervi.

L'osservazione clinica di questi diari ci ha permesso di formulare delle ipotesi sull'andamento dei comportamenti impulsivi, delle richieste di aiuto e l'utilizzo delle abilità. Abbiamo così sviluppato un progetto pilota con l'obiettivo di monitorare l'andamento di queste variabili in un ambiente, (la clinica) che, a differenza di quelli nei quali tali pazienti sono cresciuti, si propone esplicitamente di fornire loro sia aiuto che competenze.

## Ipotesi, campione e metodo

L'ipotesi che ispira il nostro lavoro, è che la motivazione al trattamento e le capacità di coping si influenzino reciprocamente e alimentino un processo virtuoso capace di dare continuità alla terapia e di avviare un processo di riassorbimento dei comportamenti impulsivi più drammatici.

Ci siamo proposti di verificare quanto l'uso della richiesta di aiuto e delle abilità si sviluppino o meno durante il primo periodo di trattamento del paziente, verificando la continuità di questo processo e la sua efficacia nel limitare i gesti autolesivi su base impulsiva.

Fig. 1

**DIARIO SETTIMANALE  
GRUPPO DI SKILL TRAINING (DI ESERCIZIO ALLE ABILITÀ)**

SCHEDA DI \_\_\_\_\_ SETTIMANA DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
1. MENTE SAGGIA: Osserva							
Descrivi							
"Stai dentro"							
2. ABC							
3. ABCDE							
4. GIRARE LA MENTE							
5. DISTRAZIONE							
6. CALMARSÌ							
7. MIGLIORARE IL MOMENTO							
8. PRO E CONTRO							
9. DARE UN NOME ALLE EMOZIONI							
10. UTILITÀ' DELLE EMOZIONI							
11. AFFRONTARE LE EMOZIONI							
12. AUMENTARE LE EMOZIONI POSITIVE							
13. CAMBIARE LE EMOZIONI							
14. DIFFICOLTÀ' NELLE RELAZIONI							
15. AUMENTARE L'AUTOSTIMA							
16. IL RISPETTO DI SE STESSI							
17. FARE RICHIESTE							
18. DIRE DI NO							
19. FARE CRITICHE							
20. ACCETTARE CRITICHE							
21. FARE COMPLIMENTI							
22. ACCETTARE COMPLIMENTI							
23. MANTENERE BUONE RELAZIONI							

**ISTRUZIONI**

Si mette un segno + quando ho provato e sono riuscito/a utilizzare un'abilità  
 Si mette un segno - quando ho provato e non sono riuscito/a ad utilizzare un'abilità  
 Lascio in bianco se non mi sono esercitato su quell'abilità

La nostra ricerca si basa su due campioni. Il primo è composto da 53 soggetti (4 maschi e 49 femmine) in regime di ricovero presso la Clinica "Villa Margherita di Arcugnano (Vi) per un periodo di 4 settimane. Il secondo è composto da 14 pazienti ambulatoriali monitorati per un periodo di 10 settimane. I pazienti di entrambi i campioni sono inseriti nel percorso terapeutico che attivamente propone di acquisire le due capacità strategiche:

§ Formulare delle *richieste di aiuto* al personale infermieristico, medico e all'equipe psicologica;

§ Utilizzare *abilità di gestione delle situazioni critiche* che vengono proposte dai gruppi di skill training in momenti di emergenza emotiva.

Fig. 2 prima parte

DIARIO DEI COMPORTAMENTI E DELLE TENDENZE IMPULSIVI							
	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Abuso di farmaci (AF)							
Autolesionismo (AU)							
Droghe -Alcool (DA)							
Esplosioni di rabbia (R)							
Tentativi di suicidio (TS) (intensità 1-5)							
Pensieri di suicidio (PS) (intensità 1-5)							
Abbuffate (AB)							
Vomito (VO)							
Promiscuità sessuale (SEX)							
Comportamenti pericolosi (es. guida pericolosa) (CP)							
Spese Incontrollate (SI)							
Gioco d'azzardo (GA)							

Fig. 2 seconda parte

Giorno	Sigla	Ho chiesto aiuto?		Se no perché?	Ho usate le abilità		Se No perché?	Se Si quali?	Quanto sono utili?			
		SI	NO		SI	NO			Niente	Poco	Abba- stanza	Molto
LUNEDI												
MARTEDI												
MERCOLEDI												
GIOVEDI												
VENERDI												
SABATO												
DOMENICA												

Strumento elettivo per questo lavoro è il diario dei comportamenti e delle tendenze impulsive nel quale il paziente registra giornalmente l'andamento del processo di acquisizione delle sue capacità. Da tale strumento sono state registrate le frequenze con cui accede a tali capacità. Come è possibile notare dalla figura 2, il paziente è tenuto ad indicare sia quando utilizza le due risorse (richiesta di aiuto SI, uso di abilità SI) che quando non le utilizza (richiesta di aiuto NO, uso di abilità NO) dando spiegazione del perché.

Il gruppo ambulatoriale formato in prevalenza da soggetti che hanno avuto un primo periodo di ricovero, prosegue nel lavoro con la stessa metodologia.

Possiamo, quindi, rappresentare sia i processi che vengono attuati nel periodo di degenza, valutando quanto la proposta di trattamento sia recepita dal paziente, che la sua prosecuzione almeno per un primo periodo di tempo. Ciò ci consente di verificare quanto il lavoro motivazionale condotto in clinica e lo sforzo di arricchire gli strumenti terapeutici messi a disposizione del paziente, possa trovare un riscontro positivo anche quando esso ritorna nell'ambiente di vita dal quale proviene, proseguendo il lavoro iniziato.

I limiti che denunciavamo sono legati principalmente alla consistenza del campione, ancora non sufficientemente esteso da poter rilevare la significatività statistica in modo da poter generalizzare i dati e la relativa disomogeneità dello stesso: non sempre è possibile monitorare gli stessi pazienti dato che provengono da invianti con i quali non è possibile collaborare con continuità raccogliendo sistematicamente il materiale utile alle osservazioni. Abbiamo cercato di ovviare almeno parzialmente a questo limite seguendo per un periodo prolungato alcuni pazienti con i quali è stato possibile continuare un lavoro sistematico, raccogliendo dei profili che possono rappresentare una tendenza e un'indicazione.

### *Il campione dei degenti: dati e commento*

Tutti i soggetti, vengono presi in carico da un terapeuta individuale (2 volte la settimana) e iniziano a frequentare il gruppo di skill training con una cadenza bisettimanale per un totale di 5 ore settimanali. Inoltre, settimanalmente all'interno dell'équipe si discute l'andamento e si affrontano le situazioni più critiche. Il terapeuta individuale fa costante riferimento ai materiali acquisiti nel gruppo e monitorizza il diario settimanale. I terapeuti del gruppo rimandano al terapeuta individuale l'approfondimento dei motivi che ostacolano o impediscono la richiesta di aiuto che, come vedremo, sono legati a credenze ed esperienze soggettivamente fondate.

L'analisi dell'andamento delle quattro variabili considerate nella prima settimana evidenzia immediatamente come per i pazienti sia difficile mettere in atto la richiesta di aiuto. Infatti la frequenza di NO (grafico 1) notevolmente più consistente rispetto ai SI indica come si ricorra all'aiuto circa una volta su tre nei momenti di crisi emotiva a rischio di comportamenti gravi.

D'altro canto questa è un'esperienza difficile ma non impossibile. Il lavoro del gruppo si focalizza sulla volta che essa è stata possa in essere valutando a fondo quali siano i fattori che più consentono la sua introduzione. Infatti, già alla seconda settimana, assistiamo ad un incremento della frequenza di richiesta di aiuto, quasi a testimoniare che il paziente ha recepito la sollecitazione a muovere passi concreti in questa direzione. Nel corso delle successive settimane l'andamento non varia in misura rilevante, fatta eccezione per la richiesta di aiuto NO che incrementa ulteriormente in relazione alla fine del ricovero. Si tratta di un fatto ricorrente e consolidato che possiamo ricondurre alla previsione di non poter ricevere altrettanto supporto al momento del rientro nel proprio ambiente di provenienza.

Il dato più interessante è espresso dall'andamento della frequenza media dell'uso di abilità nelle circostanze critiche che incrementa già dopo la prima settimana, quasi raddoppiando, men-

## DEGENTI RICOVERO

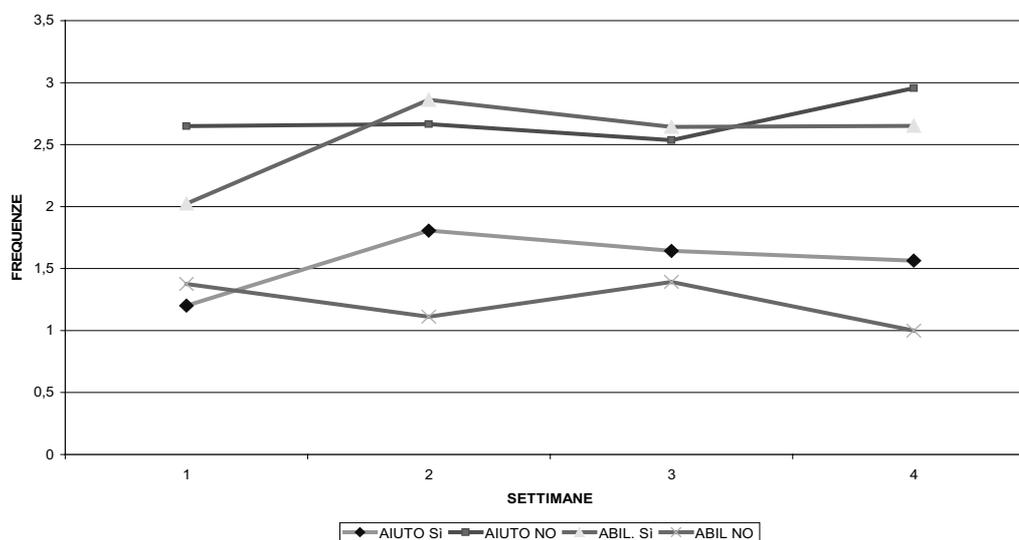


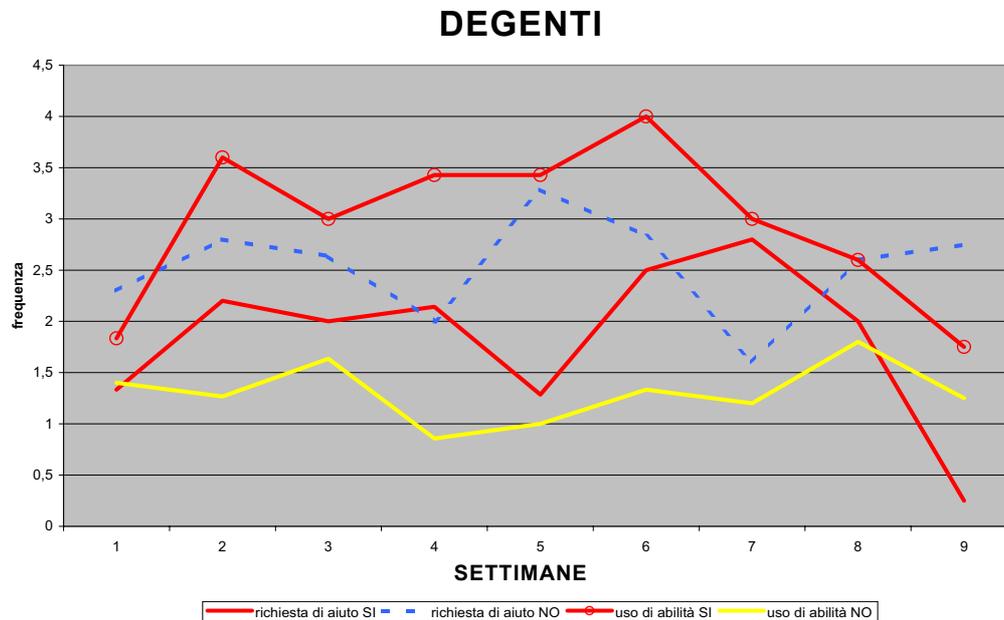
Grafico 1

tre diminuisce gradualmente il dato relativo alle risposte di astensione dal loro utilizzo. Possiamo leggere questo segnale come la percezione del paziente di potersi attivare per fronteggiare concretamente i suoi momenti problematici. Il fatto di essere ospite di una struttura protetta ha certamente un rilievo importante nella possibilità di attuare le strategie di coping, anche per il rinforzo costante che gli operatori danno. È importante sottolineare quanta sia l'attenzione posta a costruire attorno al paziente un clima validante sia nel caso che utilizzi le proposte introdotte, ma specialmente rispetto alle difficoltà assolutamente comprensibili che riporta nel loro utilizzo. L'obiettivo dell'équipe in questa fase del trattamento non è, ovviamente, che il paziente diventi competente quasi miracolosamente in aree seriamente deficitarie e problematiche, ma che intuisca e, in parte, faccia esperienza concreta della possibilità di iniziare un cammino capace di *portarlo fuori dall'inferno*, per usare l'espressione forte ed emblematica di M.Linehan.

Introduciamo ora un'osservazione su un campione di degenti meno consistente (n. 14 soggetti) che sono stati selezionati sulla base di un periodo più prolungato di permanenza in clinica (9 settimane). Tale scelta è stata nel tempo superata per una serie di considerazioni di tipo organizzativo e clinico che ci hanno indotto a ritenere più favorevole il bilancio tra pro e contro a favore di un periodo di ricovero più breve.

L'andamento delle frequenze (grafico 2) non differisce particolarmente nel primo mese da quanto riportato più sopra.

Il dato più interessante è riferito all'incremento della *richiesta di aiuto SI* e dell'*uso delle abilità SI* nel secondo mese, per poi ridiscendere in vista della fine del ricovero. Possiamo ipotizzare che il processo di implementazione delle due variabili critiche per il nostro programma avvenga per gradini: dopo una prima fase di acquisizione, segue un periodo di sperimentazione



**Grafico 2**

dopo il quale si assiste ad una nuova progressione sia per effetto di una migliore performance nella tecnica che per un incremento della motivazione ad utilizzare le proposte terapeutiche.

Tale osservazione potrebbe indurre a preferire un ricovero prolungato. Come già anticipato, diversamente da altri percorsi che prevedono prolungati tempi di degenza (Bateman e Fonagy 1999, 2001; Bohus et al. 2000), la nostra esperienza ci ha suggerito di non proseguire in questa direzione per non creare una situazione nella quale il paziente possa subire una seria invalidazione. Infatti, per quanto sia stato proficuo il lavoro in clinica, la complessità della situazione al rientro nell'ambiente di provenienza è tale da non consentire una gestione delle problematiche efficienti. Non va dimenticato che molti pazienti non sono seguiti da terapeuti che sanno utilizzare se non in modo aspecifico, la filosofia e la tecnica del nostro trattamento. Abbiamo preferito dare la possibilità di ripetere a distanza di tempo un ulteriore ricovero con l'obiettivo di implementare progressivamente quelle abilità dimostrate carenti nell'impatto con la vita di tutti i giorni. Tale metodologia, seppure non priva di rischi, meglio rappresenta la possibilità di comunicare al paziente (e ai terapeuti) l'idea di un cammino lento e graduale ma, continuativo e coerente nel quale l'obiettivo va perseguito prevedendo le inevitabili oscillazioni della sua efficacia.

Ulteriori indicazioni provengono dall'analisi dei dati di un campione di pazienti ambulatoriali che abbiamo potuto seguire con maggiore continuità.

#### *Il campione ambulatoriale: dati e commenti*

I soggetti compresi in questo campione sono 33 impegnati nel proseguimento ambulatoriale della terapia invidiale e nella frequenza su base settimanale del gruppo di skill training. Il periodo

## AMBULATORIALI

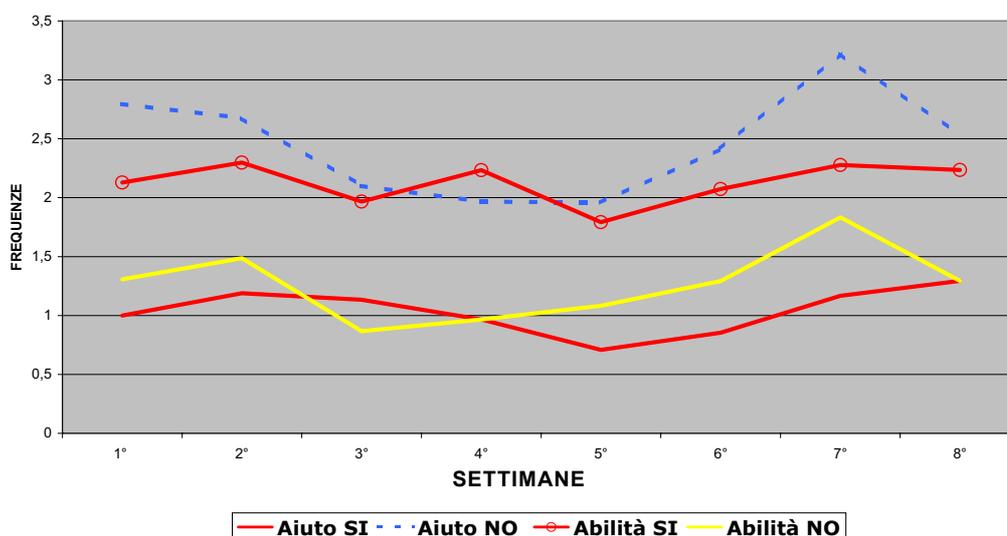


Grafico 3

monitorato è di 8 settimane.

I dati all'inizio del percorso del gruppo mostrano un andamento non dissimile al campione dei degenti per quanto riguarda *uso di abilità SI*. Nelle prime due settimane i pazienti mostrano una frequenza di uso assai rilevante di abilità per fronteggiare le situazioni critiche: una sorta di luna di miele nella quale sperimentano la possibilità di utilizzare modalità concrete per non essere sopraffatti dalle problematiche emotive prima vissute come ingestibili. Indubbiamente il gruppo costituisce un ambiente che incoraggia e sostiene; il suo effetto motivante supera anche la notevole inesperienza dei partecipanti dato che si trovano ancora nella fase iniziale dello skill training. È logico aspettarsi un riassorbimento di tale slancio e una conseguente fase critica nella quale prevalga la disillusione. In realtà il profilo delle successive settimane pare stabilizzarsi ad un livello costante e consistente nell'uso delle abilità dimostrando che i pazienti hanno fatto propria la proposta del gruppo e la applicano con costanza e sistematicità. L'andamento medio delle frequenze dell' *uso di abilità NO* che descrive il non ricorso alle abilità nei momenti di seria difficoltà, dimostra inizialmente una minor consistenza rispetto all'indice di positivo utilizzo. Si tratta di una ulteriore conferma di quanto appena detto: la proposta del gruppo non elimina certo le aree di inefficacia ma trova spazio e continuità. Nel corso delle settimane successive, verso la fine del secondo mese, possiamo osservare un incremento della non utilizzazione delle abilità senza che, peraltro, il loro uso subisca un ridimensionamento (grafico 3).

La nostra consuetudine con questi pazienti ci suggerisce che frequentemente in questa fase essi si trovano a dover fronteggiare un incremento di situazioni critiche e difficili non possedendo ancora le sufficienti capacità per superarle. L'essere parte di un contesto che assicura sostegno e competenze, porta a sviluppare migliori capacità metacognitive in particolare di tipo autoriflessivo, consentendo loro di accedere ad una maggiore consapevolezza di sé senza un corrispondente

bagaglio di abilità. Questo, inevitabilmente, porta ad aumentare il carico di sofferenza percepita e, conseguentemente, la frequenza delle crisi nelle quali si attivano le modalità impulsive di compenso. In questa fase risulta strategica la possibilità di accedere all'aiuto specie del terapeuta individuale oltre che alla solidarietà del gruppo. A questo proposito, possiamo notare dall'andamento della media delle frequenze relative alla *richiesta di aiuto NO*, come, pur essendo ancora molto difficile superare la tendenza a non rivolgersi ad altri per un sostegno, ha una significativa diminuzione proprio in corrispondenza dell'incremento delle difficoltà e delle crisi. Allo stesso tempo, possiamo registrare un lieve ma non trascurabile incremento della *richiesta di aiuto SI* come a confermare la crucialità di questo momento databile attorno alla fine del secondo mese del lavoro del gruppo. Da questo punto in poi, l'andamento degli indici considerati inizia ad assumere una configurazione relativamente più omogenea quasi a segnalare un'alternanza tra momenti di maggior gestione e la ripresa di fasi di "tempesta" emotiva.

Da questa disamina, risulta evidente come l'integrazione tra i vari momenti della psicoterapia, individuale e di gruppo, ma anche farmacologica, rappresenta la risposta complessa alla complessità della manifestazione della patologia borderline. Logicamente, la possibilità di un'osservazione longitudinale più prolungata, arricchita da osservazioni circa l'andamento e la consistenza delle crisi, può consentire una conferma e un approfondimento della possibilità che la proposta terapeutica che offriamo sia in grado di rispondere efficacemente alle necessità terapeutiche del paziente con disturbo di personalità borderline.

In attesa di queste conferme, proviamo ad osservare alcuni casi singoli che abbiamo potuto seguire sistematicamente per un periodo prolungato di quasi un semestre.

### L'osservazione di 3 casi singoli

Abbiamo selezionato tre soggetti con disturbo di personalità borderline che hanno differenti configurazioni di trattamento.

Due di essi erano seguiti individualmente da due diversi psicoterapeuti della clinica, mentre il terzo è affiancato da un terapeuta non integrato nel progetto terapeutico complessivo per propria scelta. Tutti i soggetti partecipavano al gruppo di skill training con frequenza regolare e determinazione.

La scelta di considerare differenti configurazioni, ci consente di controllare alcune variabili che, a nostro parere, risultano di grande importanza per l'efficacia del trattamento: l'integrazione tra i momenti terapeutici e la presenza di una rete di terapeuti.

#### *Paziente n. 1*

La paziente è stata inserita nel programma terapeutico dopo un ricovero e ha accettato di proseguire la terapia individuale e grupppale una volta dimessa con gli operatori della clinica.

L'andamento delle variabili considerate (grafico 4) mostra come, dopo il primo mese, la paziente inizia ad utilizzare le abilità di gestione delle crisi impulsive in modo relativamente rapido e ricorre all'aiuto del terapeuta in misura progressivamente maggiore, quasi sempre nei momenti nei quali utilizza anche le abilità. Nella seconda parte del periodo aumentano le occasioni nelle quali l'uso delle abilità è da solo sufficiente per fronteggiare le crisi, senza il supporto del terapeuta.

Tra le variabili *richiesta di aiuto SI* e *uso di abilità SI* esiste una correlazione statisticamente significativa (tab. 1) che conferma la positiva adesione al modello di trattamento proposto dal progetto terapeutico.

## PAZIENTE 1

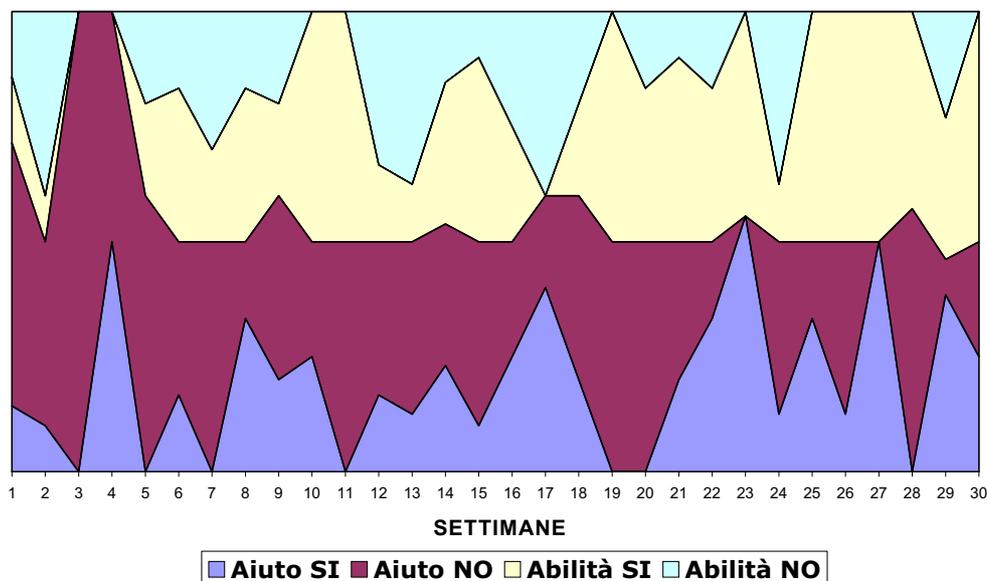


Grafico 4

### Paziente n. 2

Anche il terapeuta di questa paziente è pienamente inserito nel programma di trattamento e ha una ottima conoscenza degli strumenti utilizzati dal gruppo mentre la paziente inizia la terapia ambulatoriale e non dopo un ricovero in clinica.

Durante il primo periodo la paziente mostra non poche difficoltà ad utilizzare le abilità e, contemporaneamente anche la richiesta di aiuto: in questo periodo erano frequenti esplosioni di rabbia drammatiche che portavano i familiari a richiedere l'intervento della forza pubblica. Ciò nonostante, in forza del contratto terapeutico che prevede un reciproco impegno nel quale il terapeuta si impegna a lavorare con il paziente se questi è disposto ad frequentare il gruppo di skill training, è stato possibile monitorare assieme agli altri membri del gruppo, la fenomenologia delle crisi, il loro "senso" e la somiglianza con quelle degli altri pazienti. Grande enfasi è stata posta sulla necessità di acquisire strumenti per meglio tollerare e fronteggiare più efficacemente la sofferenza psichica rispetto alla modalità impulsiva utilizzata. Appare chiaro come il gruppo abbia costituito un ambiente capace di validazione emotiva e di riconoscimento degli altri pazienti quali modelli accessibili di una difficile gestione delle situazioni critiche.

La rappresentazione grafica (grafico 5) evidenzia come, dopo il primo periodo, si assiste ad un aumento sia dell'uso delle abilità che anche del ricorso all'aiuto del terapeuta. Come già precedentemente mostrato (tab. 1), anche in questo caso esiste la correlazione delle due variabili è statisticamente valida.

Tab. 1

LIVELLO DI SIGNIFICATIVITA' TRA LE VARIABILI			
-0,32133	correlazione aiuto sì aiuto no	<b>PAZIENTE N. 1</b>	
0,519761	aiuto sì abil sì		
0,181067	aiuto no abil sì		
0,484186	aiuto no abil no		
0,087271	correlazione aiuto sì aiuto no	<b>PAZIENTE N. 2</b>	
0,627262	aiuto sì abil sì		
0,411026	aiuto no abil sì		
0,757938	aiuto no abil no		
-0,22061	correlazione aiuto sì aiuto no	<b>PAZIENTE N. 3</b>	
0,020576	aiuto sì abil sì		
0,642951	aiuto no abil sì		
0,199972	aiuto no abil no		

**PAZIENTE 2**

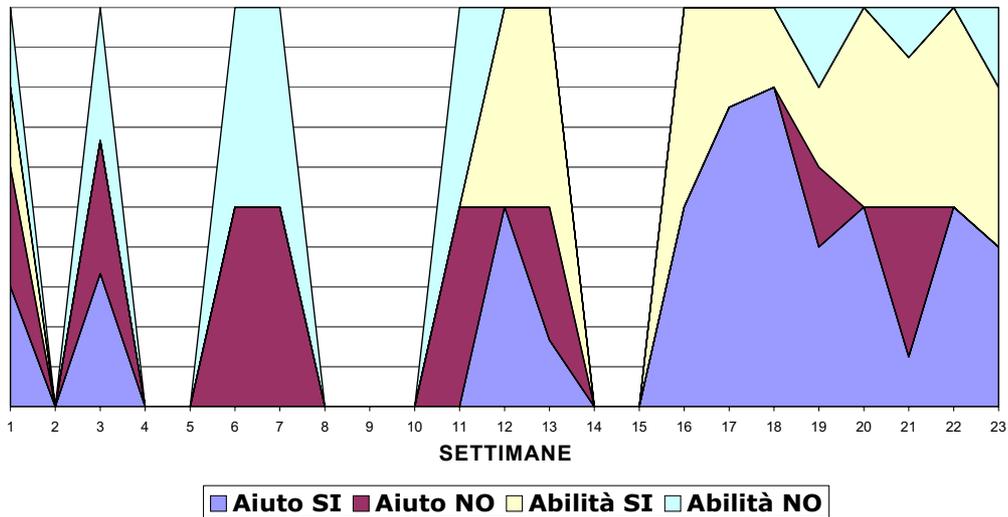


Grafico 5

### PAZIENTE 3

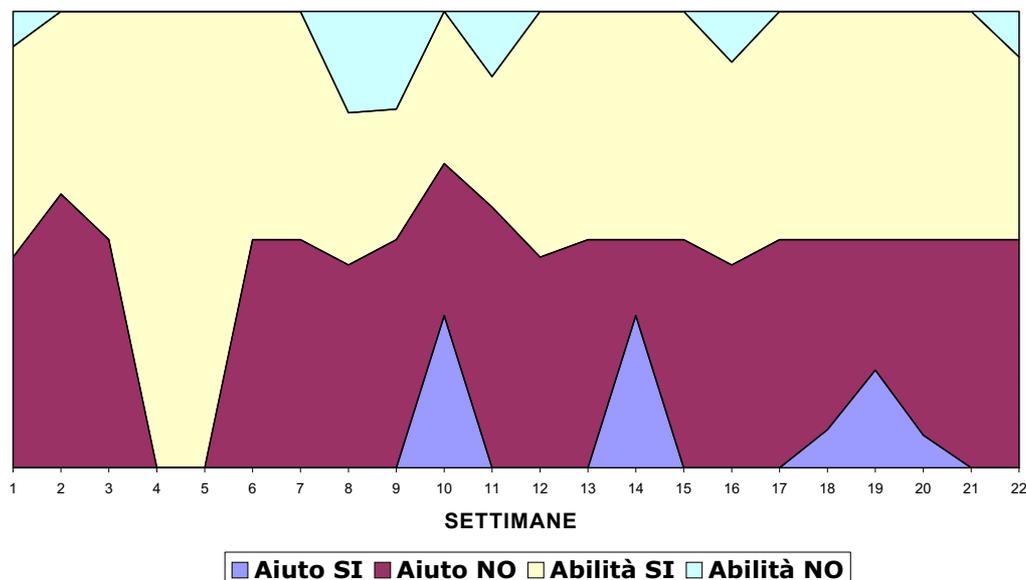


Grafico 6

#### Paziente n. 3

Questa paziente era seguita da un terapeuta che non collaborava con il programma e il suo setting non prevedeva che il paziente potesse accedere telefonicamente in caso di necessità.

Il monitoraggio è stato condotto per le 22 settimane di frequentazione del gruppo. Le analisi statistiche (vedi tab. 1) ci offrono un dato interessante: esiste una correlazione significativa tra richiesta di aiuto NO e uso delle abilità SI. L'andamento delle frequenze (grafico 6) è caratterizzato da un elevato uso delle abilità per fronteggiare le situazioni critiche, indicando un ricorso massiccio alle risorse fornite dal gruppo di skill training. Il ricorso all'aiuto non viene mai preso in considerazione nelle prime dieci settimane mentre assistiamo ad alcuni tentativi intermittenti nelle fasi successive.

Va detto che il gruppo ha sostenuto la paziente incitandola a ricercare varie forme di aiuto oltre il terapeuta individuale, incontrando non poche difficoltà sia per il senso di vergogna che per la difficoltà di individuare persone adeguate dato che la paziente viveva in un ambiente assai povero di risorse. Inoltre il terapeuta non favoriva l'esplorazione della possibilità di ricevere aiuto ritenendo che la paziente dovesse diventare capace di autogestirsi nelle situazioni difficili.

#### Conclusioni

I dati che abbiamo proposto in questo articolo sono ancora iniziali ma hanno il pregio di indicarci come la via intrapresa si dimostri promettente. Le osservazioni cliniche a nostra dispo-

sizione, infatti, evidenziano come la proposta di un gruppo a carattere fortemente psicoeducativo integrato con il percorso psicoterapeutico individuale, incrementi fin dalle prime settimane di trattamento, sia l'utilizzo delle abilità proposte che il ricorso alla richiesta di aiuto.

Proponiamo alcune riflessioni relative ai possibili meccanismi di funzionamento di tale processo, nel tentativo di sottolineare alcuni punti che risultano per noi particolarmente significativi per la spiegazione del motivo.

La proposta terapeutica di un percorso così strutturato ed integrato permette, a nostro avviso, di costruire nel paziente l'idea che è possibile "fare qualcosa di concreto" per il suo problema attraverso l'uso degli strumenti che il gruppo propone. Questo intervento a nostro parere può far crescere la competenza metacognitiva in particolare la Mastery ovvero la capacità del soggetto di definire i propri stati di sofferenza psicologica in termini di problemi da risolvere ed elaborare strategie per risolvere compiti che richiedono livelli sempre maggiori di complessità (Carcione et al. 1997). Più semplicemente, il gruppo delle abilità aiuta il paziente non solo per la proposta in sé di strumenti utili attraverso lo skill training, ma per l'idea che il paziente stesso possa diventare il soggetto di una azione di auto-regolazione;

Tale proposta terapeutica ci appare in linea con la centralità dello stile dialettico come cornice di tutto il trattamento. Il programma, infatti, insiste sulla costante modulazione tra richiesta di aiuto e capacità di darsi aiuto ed appare capace di proporre e consolidare nel paziente questa integrazione a patto che sia interpretata coerentemente da tutti gli operatori coinvolti nei vari momenti psicoterapeutici;

Poter accedere a questo percorso attraverso l'esperienza di un ricovero in una struttura espressamente votata alla definizione di una proposta di cura integrata, consente al paziente di fare esperienza diretta e intensiva di tale approccio rendendo più agevole la sua rappresentazione anche fuori dalla struttura residenziale;

Abbiamo buone ragioni nel credere che i pazienti possano cogliere immediatamente l'importanza del doppio setting terapeutico facendone una positiva esperienza già nelle settimane di ricovero. In questo ambiente, il dialogo continuo tra i terapeuti e la distinzione/collaborazione tra i diversi ambiti di terapia risultano immediatamente percepibili. Inoltre il paziente si può giovare di un ambiente ricco di risorse di aiuto non soltanto per la proposta intensiva di occasioni psicoterapeutiche ma anche per l'accessibilità all'aiuto data dalla presenza costante del personale socio-sanitario debitamente preparato.

Ovviamente, non c'è motivo di credere che l'obiettivo dell'integrazione non possa essere raggiunto anche attraverso un percorso ambulatoriale senza che sia preceduta da una degenza, ma ciò richiede, probabilmente, tempi ed energie maggiori per essere stabilizzata. D'altro canto, il regime ambulatoriale, per la sua contiguità con la vita reale del paziente, meglio permette di verificare compiutamente la fruibilità del modello terapeutico e di consolidarne progressivamente l'efficacia. In conclusione, non possiamo dimenticare che evitare l'esperienza di etichettatura psichiatrica che inevitabilmente un ricovero in struttura comporta, è tutt'altro che trascurabile.

## Bibliografia

- Barone L., Caverzasi E. (2002). *Curare il borderline. L'alleanza nella mente*. La Goliardica, Pavia.
- Barone L., Maffei C. (1997). *Emozione e conoscenza nei disturbi di personalità*. Franco Angeli, Milano.
- Bateman A., Fonagy, P. (1999). Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of borderline personality disorder: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry* 156 (10), 1563-1569.
- Bateman A., Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented

*Un'esperienza di gruppo in un percorso di terapia integrata ispirata al modello Linehan*

- partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry* 158, 36-42.
- Bohus M., Haaf B., Stiglmayr C., Pohl U., Bohme R., Linehan M. (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder: A prospective study. *Behavior Research and Therapy* 38, 875-877.
- Carcione A., Falcone M., Magnolfi G., Maranesi F. (1997). La funzione metacognitiva in psicoterapia; Scala della Valutazione della Metacongiunzione (SvaM). *Psicoterapia* 3, 91-107.
- Dimaggio G., Semerari A. (a cura di) (2003). *I disturbi di personalità: Modelli e trattamento*. Laterza, Roma-Bari.
- Fonagy P., Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Fonagy P., Target M., Gergely G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America* 23, 103-122.
- Gunderson J.G. (2003). *La personalità borderline*. Raffaello Cortina, Milano.
- Lineahn M., Armstrong H.E., Suarez A, Allmon D, Heard H.L. (1991). Cognitive behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 48, 1060-1064.
- Lineahn M. (1993). *Cognitive behavioural treatment for borderline personality disorder*. Guilford Press, New York. Tr. it. *Il trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*. Cortina, Milano 2001.
- Linehan M., Heard H.L., Armstrong H.E. (1994). Naturalistic follow up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 50, 157.
- Linehan M. (2000). Commentary on innovations in dialectical behavior therapy. *Cognitive and behavioral practice* 7 (4), 478-481.
- Liotti G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorder. In *Dissociation* 5, pp 196-204
- Liotti G. (1999). Il nucleo del disturbo borderline di personalità: Un'ipotesi integrativa. *Psicoterapia* 16, 53-65.
- Liotti G. (2000). Disorganized attachment, models of borderline pathology, „and evolutionary psychotherapy”, In Gilbert P., Baley K., (a cura di) *Gewns on the Couch: Ezplorations in Evolutionary Psychotherapy*. Brunner-Routledge, Hove, pp 232-256.
- Liotti G. (2001). *Le opere della coscienza: Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evolutionista*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Liotti G., Pasquini P., & The Italian Group for the Study of Dissociation (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: Patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102, 282-289.
- Paris J. (1995). *Il disturbo borderline di personalità*. Raffaello Cortina, Milano.
- Semerari A. (1998). Costruttivismo e psicoterapia cognitiva. *Psicobiettivo* 18 (1), 21-36.
- Semerari A., (a cura di) (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Raffaello Cortina, Milano.
- Verheul R., Van Den Bosch L.M.C., Koeter M.W.J., De Ridder M.A.J., Stijnen T., Van Den Brink W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 182, 135-140.