

- Lago G., Bottoni C. (2016) *Le basi psicodinamiche della psicoterapia*. In *Compendio di Psicoterapia* cit.
- Mancia M. (2004) *Sentire le parole*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Mancia M., a cura di (2007) *Psicoanalisi e Neuroscienze*. Springer-Verlag Italia, Milano 2007.

Casi clinici/Case reports

LA QUESTIONE DEL SETTING PER IL PAZIENTE

BORDERLINE: solido, liquido o gassoso?

THE QUESTION OF THE BORDERLINE PATIENT SETTING: solid, liquid or gaseous?

Cinzia Cimmino, Elisabetta Podrasky, Alessandro Martorelli, Giulia Ferrarese, Francesca Cairolì, Dorothy Sommella, Francesca Egidi, Laura Talarico, Ruggiero Daniele Russo, Marco Sparvoli

Riassunto: Attraverso il caso clinico riportato vorremmo proporre alcune riflessioni sulle caratteristiche del *setting* che favoriscono l'aggancio di un paziente con funzionamento relazionale borderline. A nostro avviso il *setting*, per poter consentire la costruzione dell'alleanza terapeutica, deve essere necessariamente flessibile, capace di accogliere la frammentazione e l'incapacità di stare di un paziente borderline, ma non liquido e confusivo. Al contempo richiede molta manutenzione proprio per questo si può avvantaggiare del confronto e lavoro in gruppo e in équipe.

Parole chiave: borderline, setting, terapia di gruppo, flessibile,

Summary: Through the reported clinical case, we would like to propose some reflections about the characteristics of the setting that favor the attachment of a patient with borderline relational functioning. In our view, the setting, in order to allow for the construction of the therapeutic alliance, must necessarily be flexible, capable of accommodating the fragmentation and the inability to be a borderline patient, but not fluid and confusing. At the same time, it requires a lot of maintenance, so you can benefit from comparing and teamworking.

Keywords: borderline, setting, group therapy, flexible,

Bambole Kokeshi

Io cerco dei vestiti che siano perfetti per me
 ma non li trovo da nessuna parte
 Forme, tessuti e colori capaci di esprimere tutto quello che ho dentro
 vestiti che dicano che sono viva qui, in questo momento
 Provo a mettere insieme tutte le immagini che conosco, ma non funziona
 In questo paese, oggi, nemmeno i miei genitori riescono a trovarli...

(*Banana Yoshimoto*)

Incontriamo Arianna per la prima volta nel settembre del 2009. Ventisei anni e un malessere cui non riesce ad attribuire un significato.

Ad inviarla al nostro studio è una sua collega: entrambe lavorano in un servizio privato che si occupa di riabilitazione infantile. Arianna è molto brava con i bambini ma non riesce a stare dietro a quelli che definisce i “contorni” del lavoro: puntualità, organizzazione dei materiali, aggiornamento delle cartelle, confronto con i colleghi e con i familiari dei suoi pazienti. Sente di fare sempre da capro espiatorio all’interno dei gruppi di lavoro.

Convive da alcuni mesi con il suo nuovo compagno, ma non si è ancora separata dal fidanzato precedente che vede regolarmente e con cui ha rapporti confondenti.

È preoccupata del repentino alternarsi di momenti giù e momenti su: “*non sto bene, mi sento completamente in balia di questo, non sono presente a me stessa*”.

Durante il primo incontro è molto difficile seguirla nel suo discorso e la sensazione è quella di essere “sulle montagne russe”: salta da un argomento all’altro, da un’emozione all’altra, parla velocemente, i contenuti del suo racconto sono offerti a pezzi e apparentemente tutti sconnessi tra loro, le sequenze sono intervallate da momenti in cui sembra che arrivi a dirti qualcosa di “molto grosso”, tipo un segreto, ma il contenuto della rivelazione è sempre lo stesso: “*quando sto giù mi inebetisco*”.

La domanda di aiuto è legata all’angoscia che prova nei momenti in cui va giù, piange e ha paura di non riuscire a controllarsi, ad andare avanti: “*penso cose brutte, ho qualcosa che non va ... e se questo malessere non fosse reversibile?*”

In realtà Arianna è in sofferenza già dall’adolescenza: come scopriremo con l’avanzare del processo terapeutico, la sua vita da bambina non è stata per niente facile e oggi la tormentano incubi notturni riguardanti tragedie, botte e profonde angosce. Vive con un senso di precarietà, di instabilità, di non luogo e non ha una chiara prospettiva futura. Per fronteggiare questo malessere, due anni prima ha provato ad andare sei mesi all’estero ritornando poi con la sensazione di non avercela fatta “*nulla dentro è cambiato, gli incubi sono venuti con me*”.

[...] In Ciclopi e Lestrigoni, no certo
 né nell’irato Nettuno incapperai
 se non li porti dentro
 se l’anima non te li mette contro.[...]

(*Itaca, C. Kavafis 1911*)

Nel raccogliere la sua storia emerge una forte discontinuità affettiva vissuta in ogni contesto della sua vita e una vulnerabilità narcisistica che fa da perno in ogni relazione con l’altro.

Arianna legge il mondo circostante in termini di aggressione e minaccia al sé: si sente attaccata dalla famiglia, di cui sarebbe la figlia sbagliata a fronte di un fratello apparentemente perfetto; la attacca il compagno che le rimprovera l’incapacità di rapportarsi con lui; la attaccano il capo e alcune colleghe, a suo dire ostili, che richiamandola continuamente alla puntualità e alle regole lavorative presentificano il rischio licenziamento.

“*I rapporti interpersonali mi creano difficoltà*”.

Con queste parole Arianna sembra esprimere bene la costante sensazione di sentirsi sotto tiro.

Per sempre uniti: la famiglia d’origine

Arianna presenta la sua famiglia come una matassa di lana intrecciata: i genitori, i nonni e gli zii paterni vivono insieme nella stessa palazzina e, almeno da quando ne ha memoria, tutti possono entrare a casa dei genitori senza bussare. La cultura familiare si fonda sul “*ci si vuole bene perché siamo una famiglia*”. I conflitti non sono permessi e nemmeno contemplati al punto che la minima espressione di essi genera ansia e preoccupazione. Descrive la madre come una bambina, inconsistente e immatura,

ossessionata dal conflitto che ha bloccato qualsiasi tentativo di svincolo. La zia materna di Arianna, con un disturbo bipolare, ha subito diversi ricoveri ospedalieri provocando un continuo stato di allarme in famiglia. Il padre, cedevole nel suo ruolo e con tendenza alla minimizzazione, è percepito come il genitore più affettivo, anche se, dai racconti di Arianna, questa dimensione affettiva ci sembra richiamare più atteggiamenti di tipo seduttivo. Il fratello di Arianna, di sette anni più grande, vive nel nord Italia; è riuscito a laurearsi brillantemente e a trovare un buon lavoro tanto da essere trattato in casa come un idolo da venerare. Arianna riporta però spesso la preoccupazione per la sua aggressività, la sua solitudine, il suo non aver amici e nessuna relazione sentimentale.

Il funzionamento relazionale

Per Arianna è difficile impegnarsi in una relazione reale con l'altro: gli amici, i fidanzati, sono spesso posseduti e allontanati con impulsività e in maniera che sia lei a regolarne la distanza. I suoi stati d'animo sono spesso attribuiti solo e unicamente a se stessa, senza però riuscire a cogliere gli aspetti di sofferenza che li hanno preceduti e determinati. Sembra che non abbia sviluppato, come descritto nella letteratura sui disturbi borderline, "la funzione riflessiva che consente di riconoscere la propria realtà interna e quella esterna come entità tra loro correlate ma differenti". (Bateman, Fonagy, 2006)

Le sue emozioni sono descritte con superlativi assoluti che la fanno oscillare repentinamente dalla dimensione di ipervalutazione a quella di svalutazione di sé e dell'altro. Ha spesso condotte a rischio e autolesive ed allontana sistematicamente le persone che vogliono prendersi cura di lei.

Il nodo: l'aggancio terapeutico

Come accogliere Arianna è stato il primo faticoso nodo di questa relazione terapeutica: bisognava accettare la confusione, la parzialità dei pezzi portati in seduta, la modalità "vomitata", senza cornice, del suo raccontarsi; le parti di lei da non toccare e quelle poco o per nulla lavorabili anche se motivo di potenti angosce. Ci siamo sentiti spesso scomodi nel fronteggiare la sua discontinuità e le sue interruzioni, in allerta perché il pezzo che stavamo trattando terapeuticamente poteva cambiare di seduta in seduta e a

volte anche all'interno della seduta stessa; i suoi alternanti riferimenti all'essere noi, ora quelli onnipotenti che la capivano profondamente, ora quelli che avevano "pisciato fuori dal vaso" per averla delusa nelle sue aspettative o toccata nel momento sbagliato. Proporre un percorso di cura possibile, assumibile per lei, ci ha portato a scegliere un *setting* flessibile; questo, è stato, come ci ha lei stessa raccontato nel *follow up*, ciò che le ha permesso di fermarsi abbastanza a lungo in una relazione terapeutica.

Arianna viene accolta in un *setting* individuale per circa quattro mesi; poi decidiamo con la nostra équipe di lavoro e con lei, di inserirla in un gruppo di terapia nel gennaio 2010.

La nostra decisione è stata dettata da vari fattori.

In primo luogo, Arianna ha cominciato a chiedere di essere aiutata a non diventare un capro espiatorio nel suo gruppo di lavoro.

In secondo luogo, crediamo fermamente che il gruppo possa essere un contesto protetto dove sperimentare un modo diverso di stare in relazione e capire (e farci capire) cosa le accade nella relazione con l'altro da sé.

Come sostengono Nucara, R. Menarini e C. Pontalti (1995): «*la situazione gruppale è quello spazio terapeutico che consente la messa in scena della matrice familiare patologica (satura) sottostante ad un determinato disturbo di personalità*».

Il gruppo terapeutico può infatti rappresentare un "set" nel quale poter lavorare i nodi psicopatologici che si sono articolati nella trama della matrice familiare di appartenenza. Pensare la struttura del gruppo terapeutico come un microcosmo sociale, così come definito da Yalom (1997), può essere il più valido strumento di elaborazione intrapsichica, ma al tempo stesso relazionale, dei vissuti distruttivi e di annichilimento che sempre accompagnano le strutture di personalità borderline.

L'occasione di una nuova narrazione -in gruppo- della storia individuale e familiare rappresenta il vero intervento terapeutico: il mondo rappresentato dai compagni di gruppo e dai terapeuti accoglie i frammenti di storia del paziente borderline, restituendone una trama di senso compiuto che può destituire il vecchio modo di essere, consentendo, invece, il germogliare di nuovi significati come precursori di un'alternativa alla nevrotica coazione a ripetere, dialettica e comportamentale, che si era rivelata incongrua e

inefficace in tutti i contesti vitali del paziente portandolo ad un profondo sentimento della propria impotenza sul suo ambiente circostante, che non può quindi che diventare minaccioso.

Ovviamente l'inserimento di un paziente con un disturbo di personalità così serio deve avvenire tenendo conto di alcune indicazioni che ci vengono dalla letteratura: *«un border con una vulnerabilità narcisistica meno grave (ossia tendente più all'idealizzazione e al potenziamento delle configurazioni narcisistiche che allo schizoidismo e la paranoia) può beneficiare dell'inserimento in un gruppo»*. (Nucara et al. cit.)

Ancora più importante è che l'inserimento avvenga in un gruppo già avviato e con una sua coesione e stabilità interna. Solo così esso può divenire un *«polo di riferimento stabile (e creativo) rispetto alla basilica necessità di contenimento narcisistico che è specifica del borderline»*. (ibidem)

Inserire un border in un gruppo già avviato e coeso consente di *«salvaguardare la stabilità del gruppo e quindi la terapia degli altri pazienti; e avviare quel processo di contenimento coesivo che costruisce il primo passo fondamentale per il trattamento di un paziente borderline»*. (ibidem)

L'inserimento in gruppo

Inseriamo quindi Arianna in un gruppo già formato da un anno e mezzo, con una buona coesione interna, semiaperto (nuovi ingressi e uscite in tempi diversi), con un'età dei partecipanti compresa tra i 20 e 40 anni. Il gruppo è condotto in co-terapia da una terapeuta ad orientamento gruppoanalitico che ha seguito Arianna nel percorso individuale e da una terapeuta familiare. I pazienti effettuano, prima del loro ingresso, un MMPI-II (la cui somministrazione viene ripetuta a distanza di due-tre anni e nel follow-up a 6 mesi/1 anno dalla conclusione del gruppo) e una scheda sugli obiettivi da raggiungere (Scheda dell'area di focus). Ogni tre, quattro incontri i membri del gruppo compilano il "Questionario sul clima di

gruppo" (Costantini et al. 2002) che ci consente di monitorare le percezioni dei singoli partecipanti all'esperienza grupale.

Primi mesi in gruppo

Nei primi mesi di terapia di gruppo Arianna fa molta fatica a raccontarsi. Descrive i suoi incubi, che ricorda a brandelli, tranne che per lo spavento e l'agitazione che le suscitano. Si sente sofferente e ha paura di impazzire. Spesso appare tesa, agita nervosamente le gambe e sembra inaccessibile. Eppure viene regolarmente, non manca ad una seduta e ci dice di percepire il gruppo come difficile, ma al tempo stesso un luogo importante per sé. Lentamente nel corso degli incontri racconta frammenti della sua storia familiare, la mancanza dei confini che le generano un senso di intima precarietà, la diffidenza rispetto alla relazione con gli altri, nella quale non sa se aspettarsi la fusione o l'esclusione, spaventata com'è dei fantasmi dello stare insieme come di quelli dello stare sola. Fa fatica a gestire la rabbia, che sente esplosiva, autolesiva e disperante poiché fine a se stessa e in nessun modo utile a modificare il suo contesto.

Inizia anche però un po' a "fidarsi" dei membri del gruppo, permettendo loro di diventare più autentici e diretti nei suoi confronti. Una paziente del gruppo riesce a dirle che *"il suo racconto di andarsene in Oriente le sembra una cazzata e non un progetto, un altro modo per andarsi a schiantare senza una meta"*. Arianna non accetta inizialmente questa restituzione ma riesce a portare nel gruppo il suo sentirsi ferita da questo commento, permettendosi la condivisione senza scappare e la possibilità di poter accogliere l'intenzione dell'altro di rimandarle un confine protettivo. Nel frattempo però si fanno più prepotenti sulla scena le sue condotte a rischio. L'uso di sostanze "leggere", sebbene relegato ai momenti di tempo libero, ci sembra eccessivo. Il consumo è in solitudine e solitamente preferito alla vita sociale. La mattina, molto spesso, fa fatica ad alzarsi e ad andare al lavoro. Iniziamo a preoccuparci, ma questo serve a poco: dobbiamo occuparci di lei. Forse in questo momento non possiamo rimanere solo in una relazione di ascolto ordinato di pezzi disordinati, ma dobbiamo prendere una posizione.

Un confine possibile da non distruggere

Contrattiamo per lungo tempo con Arianna la possibilità di allargare il campo terapeutico ad un collega psichiatra che avrebbe il compito di lavorare l'uso e l'abuso di sostanze in uno spazio diverso dal gruppo. Ma prima Arianna deve accettare di avere un problema, che invece ancora non si riconosce. Per lei si tratta di una condotta normale (e in fondo condivisa dal sociale). Questa ricerca del fumo è accompagnata dalla sensazione di non poterne stare senza e dallo "sfondarsi di canne" al posto di vivere, uscire con gli amici, ecc. L'uso di cannabis la sta esponendo a dei rischi (le viene ridotto l'orario di lavoro, richiamata per lo stordimento e minacciata di licenziamento, fa un incidente con il motorino mentre va a procurarsi la sostanza, rompe con una carissima amica perché le getta il fumo). Ci sembra chiaro che le sostanze la aiutano ad alleviare l'angoscia della quale si sente preda e al tempo stesso a tenerla distante da una relazione più autentica con se stessa e con l'altro, soprattutto quella con il fidanzato (che in questo periodo le richiede una maggiore intimità - Arianna è riuscita anche a lasciare il ragazzo precedente). Non sa dire se vuole o non vuole stare con lui, sarà quest'ultimo a separarsi da lei, e da questo momento, per sei mesi, Arianna resterà da sola senza un compagno.

Il gruppo come rimedio alla solitudine

Il gruppo diventa ora il luogo dove sperimentare la vicinanza senza uso di ausili (sostanze), ma la relazione con i compagni di gruppo è allo stesso tempo vissuta in modo ambivalente: "terapia di gruppo a vita", ma senza accettare le indicazioni che le suggeriamo rispetto alla dipendenza da sostanze. Continuiamo ad insistere sul bisogno di avvalersi di un ulteriore aiuto e su come questo rappresenti per lei una tutela, ma non le mettiamo un *aut aut*. Arianna arriva un giorno al gruppo dicendo: "accetto l'aiuto che mi avete proposto, mi voglio aiutare, penso che questa cosa sia preziosa per me" e parlando dei motivi per cui ha cambiato idea racconta: "in questo momento non riesco a fare le cose di sempre con la mia famiglia. Mio fratello è venuto a casa dei miei, mi hanno invitata a cena ed io non ci sono andata. Quando mio fratello veniva a Roma la mia vita si sospendeva, fino a due anni fa, voglio affrontare le cose senza mettere le canne di mezzo". Si accorge che sta tagliando con i suoi familiari perché, più

ripercorriamo la sua storia, più emerge la frustrazione che ha vissuto all'interno della sua famiglia e l'impossibilità di separarsi emotivamente. L'altro deve essere allontanato sotto il suo controllo, apparentemente onnipotente (Baldassarre, 2011)

Doppio setting: allargare il contesto di cura

Arianna accetta di essere inviata da uno psichiatra nel dicembre 2012. Scegliamo, in maniera pensata e ragionata, un collega di studio, perché riteniamo necessario creare una rete che lavori con lei e intorno a lei per poter dialogare costantemente sui diversi aspetti che nei due contesti sarebbero potuti emergere. In questo modo crediamo sia possibile integrare la nostra conoscenza della paziente e non rischiare che parti di lei ci restino precluse.

Lo psichiatra decide con Arianna, che è molto reticente ad assumere farmaci, di incontrarsi settimanalmente per tenere sotto controllo l'abuso del fumo e stabiliscono che, fino a quando lei riesce a sopportare questa sofferenza, espressa sotto forma di angoscia e di vuoto, non le darà alcun farmaco. Ancora una volta questa flessibilità ha consentito ad Arianna di stare nella relazione arrivando poi, dopo pochi mesi, nel Febbraio 2013 a chiedere una terapia farmacologica. In questa fase lo psichiatra la tratterà con un antidepressivo.

Arianna si "sente tenuta" dall'equipe dei curanti e dal gruppo con il quale comincia a condividere i ricordi della sua infanzia sempre più intimi e dolorosi: un fratello problematico, a volte irascibile, con comportamenti compulsivi, di cui solo lei in famiglia sembrava accorgersi. Dialogare questi contenuti la fa sentire meno sbagliata perché i suoi vissuti di violenza acquistano forma, senso e non devono essere più negati, minimizzati e scissi.

Intensità ed instabilità degli incontri

Ancora una volta peggiora il suo malessere e tollera con difficoltà la percezione di non poter controllare l'uso di sostanze. Il gruppo sta diventando troppo faticoso per lei. Segnaliamo come l'incontrollabilità dell'uso di sostanze sembri simile a quello che ha vissuto in famiglia (comportamenti compulsivi del fratello che vengono accettati e

normalizzati). Cerchiamo di rintracciare l'emozione provata da Arianna in quei momenti, che può aiutarci a dare un significato alle sue attuali condotte. Sente di doverne parlare ma di non riuscire a farlo e così lascia una seduta di gruppo prima della fine dell'incontro.

Durante la pausa natalizia manteniamo il contatto telefonico. Nelle prime conversazioni ci dice di stare male, di non voler tornare al gruppo. Noi continuiamo a sentirla al telefono, solo per sapere come sta e per accompagnarla in un momento che appare per lei molto doloroso. Non le chiediamo mai di tornare in gruppo e forse proprio per questo può farlo lei.

Ulteriore allargamento del *setting*

Decidiamo insieme ad Arianna di affiancare agli incontri di gruppo alcuni incontri individuali (dei quali il gruppo viene informato). In questi incontri diventa possibile parlare delle esperienze abusanti con il fratello e delle emozioni ad esse associate. Per farlo ha bisogno di un contesto più intimo, meno sociale di quello gruppale.

Le proponiamo uno spezzettamento, un contesto terapeutico ancora più flessibile, ma forse questo è il modo in cui può stare, quello per lei più familiare e quindi rassicurante.

Gli incontri individuali subiscono diversi spostamenti e alla fine decidiamo, insieme, di sospenderli. Li leggiamo come un modo di controllare la vicinanza, *“va bene l'intimità, ma per un tempo, poi devo allontanarmi”*. Arianna continua però a venire in gruppo con costanza, sebbene salti diversi incontri con lo psichiatra e non accetti di cambiare farmacoterapia. Lo psichiatra in questo momento (siamo a settembre 2013) vuole aggiungere alla terapia concordata, uno stabilizzante dell'umore, per aiutare Arianna a contenere meglio il suo discontrollo degli impulsi.

La condivisione del trauma in gruppo

Questa frammentazione ragionata del *setting* paradossalmente fa sentire Arianna più intera e connessa con le parti più dolorose di lei (sono passati tre anni da quando è in terapia). Arriva in gruppo e dice: *“ce la voglio fà, ce la devo fà. Parliamone. Da dove comincio? Mio fratello ha un problema con il sesso, io ne ho pagato di questo, non mi ha mai fatto male fisicamente ma ho sempre avuto paura che potesse farmi qualcosa, quando*

giocavamo era sempre violento e non solo. Si è sempre comportato come se vivesse da solo, non si rappresentava quello che pensavo e provavo io. Stava in sala da pranzo a vedersi i film porno, lo sapevano tutti. Ho trovato mio fratello milioni di volte che si masturbava, ed io queste cose le ho viste da quando ancora non sapevo che cosa significasse masturbarsi. Ci sono stati episodi in cui... Non è mai successo... però delle volte ho sentito delle cose che non mi sono piaciute, mi buttava sul letto, iniziava con il solletico, poi pizzichi, poi schiaffi, io non andavo in piscina per i lividi; pensare questo e sapere che tua madre e tuo padre lo fanno e non fanno un cazzo, io ero piccola vaffanculo! E non si può, tutti ci masturbiamo ma non lo fai tutti i giorni, non lo fai fino alle due di notte, non lo fai con me in camera, non lo fai con il computer mentre ci sto io. Sono arrabbiatissima con i miei, se penso al riflesso della porta che si vedeva, è una cosa orrenda. Poi lui lasciava tutto là, a casa dei miei ci stanno le cassette porno di cento anni fa”.

Arianna non si è potuta appoggiare ai genitori, non ha potuto elaborare la sua rabbia né la sua paura, si è sentita sola molto presto e ha sviluppato un sentimento abbandonico e di disistima di sé che le ha insegnato a non fidarsi degli altri. Non ha potuto contare su di un legame stabile e sufficientemente protettivo. (Baldassarre, cit.)

Il gruppo di terapia

Constatiamo che il gruppo sta funzionando come una membrana in grado di accogliere Arianna accettando un confine più elastico, non permettendole di diventare un capro espiatorio ma riconoscendole il contributo in termini di opportunità: ognuno di loro rispetto ai contenuti e ai pezzi di Arianna è sollecitato ad entrare in contatto con le esperienze sì più dolorose, ma anche fondative del sé: l'abuso, la confusione, il vuoto, l'esclusione, la follia, l'angoscia, la rabbia in relazione alle proprie famiglie; nello specifico del gruppo i contatti dolorosi sono quelli con una madre alcolista, una madre schizofrenica, una sorella disabile, una sorella psicotica, un fratello ricoverato a vita nei servizi psichiatrici, uno svincolo difficile quasi impossibile.

Il gruppo dei curanti

L'abuso di sostanze continua, l'incostanza con la quale Arianna mantiene i suoi impegni lavorativi la espongono sempre di più a possibili ripercussioni "Mi sento sfilacciata, sento che non riesco a mantenere le cose in ordine, ma in fondo mi va bene così". L'équipe si spacca in due: Arianna è peggiorata, Arianna è migliorata... siamo preoccupati per quello che accade fuori dalla stanza di terapia, ma dall'altro lato Arianna si sente meno angosciata e forse adesso il suo comportamento è più reale, i guai che combina nel mondo in qualche modo li sta portando anche dentro alla rete terapeutica.

Ricomincia a saltare gli incontri di gruppo, chiama chiedendo una sospensione: "non mi va, vorrei prendermi una pausa e continuare dopo, ora non mi va di prendermi cura di me". Una cura faticosa e intermittente.

La rete a maglie larghe e la fatica dei terapeuti

Per qualche settimana sospende tutto, poi riprende con costanza gli incontri con lo psichiatra e accetta la nuova terapia farmacologica, che per tanto tempo era stata contrattata. Torna in gruppo dopo la pausa estiva. La rete in qualche modo ha funzionato, Arianna ha potuto mantenere sempre almeno un piede da qualche parte, sebbene spesso abbiamo temuto mollasse tutto; ma la possibilità di poter usufruire di una rete a maglie "larghe", costituita da più curanti, e così flessibile da risultare elastica, le ha permesso di stare. Anche noi abbiamo dovuto imparare a stare, con l'impotenza, quando la terapia sembrava girare a vuoto, o quando ci sembrava di ritornare al punto zero; a gestire la rabbia o la preoccupazione quando Arianna sospendeva tutto (tranne i suoi casini) e ci costringeva a tollerare l'angoscia di pensarla nei suoi comportamenti autodistruttivi che sarebbero arrivati fino al punto di farsi male per scoprire i confini del sé attraverso i confini del suo corpo.

Cosa ha permesso a noi curanti di stare in una relazione così complicata con lei?

Forse intanto essere un gruppo pensante, disponibile a ragionare sull'assetto più utile con il paziente. Ma anche lavorare continuamente il controtransfert, passare dalla preoccupazione per Arianna all'occuparci di lei, contenerla senza giudicarla, essere resistente ai suoi attacchi: se agli attacchi avessimo risposto con un allontanamento l'avremmo messa nel caos, avvalorando che nelle relazioni lei può solo trovare conferme di

danneggiamento. Rendere chiaro e garantire costantemente il confine, nostro, della relazione terapeutica, e suo; un confine che deve essere flessibile, elastico, ma mai liquido. L'incontro è possibile solo se ci sono dei confini identitari e Arianna, come tutte le personalità con un'organizzazione border, presenta una debolezza strutturale dell'io dalla quale ne consegue la sua impulsività, il senso di vuoto interiore, una identità diffusa, e meccanismi di difesa primitivi (Kernberg, 1987; Gabbard, 2004): se ti avvicini troppo mi invadi, se non ti avvicini non ci incontriamo, se ti allontani mi abbandoni. Diventa vitale allora entrare sempre in stanza di terapia abbastanza interi da poterci proporre come funzione integrante.

Il sogno del telefono con i tasti giganti

Arianna sta provando a stare in terapia in modo diverso. La terapia non è "a vita" (come in modo idealizzato ci diceva prima) e non è tossica ("devo scappare, mollare"), ma dialogabile. Stare nelle relazioni per lei ha significato sentirsi amata ambivalentemente, ma allo stesso tempo invasa, minacciata. Nelle sue relazioni ripropone lo stesso schema: *mi fondo, mi confondo e poi aggredisco e distruggo*. Oggi questo le sembra sempre più chiaro.

Anche la sua attività onirica sembra un po' cambiata, non ci sono più quei brutti incubi e comincia a portare dei sogni più interpretabili. Un giorno ci racconta di essersi sognata "a casa dei genitori e che ad un certo punto si sente male, come una dissociazione in cui ha paura di impazzire, non riesce più ad avere il controllo del suo corpo, si gira intorno e intravede un telefono con i tasti giganti, si avvicina e riesce a fare il numero di sua madre, ma quando questa risponde, non le escono le parole e non riesce a chiedere aiuto". Ci sembra un sogno molto rappresentativo della dissociazione che lei ha vissuto e che ha dovuto mettere in atto in famiglia. Rappresentativo anche della sua difficoltà e incapacità di chiedere aiuto, ma allo stesso tempo nel sogno lei riesce a prendere il telefono e a comporre il numero e questo parla delle risorse maggiori che sente oggi rispetto a quando era bambina. Le chiediamo se sia mai riuscita a vedere i suoi genitori anche come una risorsa e non solo come distruttivi e controllanti. Arianna racconta che in realtà loro l'aiutano sempre

economicamente e che non ha mai pensato di coinvolgerli nella terapia. Lasciamo lì la suggestione perché non vogliamo stringerle troppo le maglie attorno, ma dopo qualche incontro riferisce che i suoi genitori le hanno detto di essere preoccupati per lei. Ci chiede se è ancora valido l'invito di incontrarli con lei al fine di rassicurarli riguardo il suo percorso di cura.

L'incontro con i genitori

Incontriamo i genitori due volte con l'idea di allargare e conoscere meglio la storia; volevamo comprendere dove ha avuto origine questo mito della coesione e dell'armonia familiare che ha reso così ciechi i rapporti. Non entriamo nel trauma (non è questo il momento e non sarà questo il luogo) ma vogliamo capire, se questi genitori, oggi, possono essere una risorsa per lei. Arianna vuole che li rassicuriamo affinché possa provare ad avvicinarsi a loro. Un terapeuta, a nostro avviso, non deve rischiare di *rimanere intrappolato nel sistema dei significati attribuito dai componenti al problema ma essere il garante di quel processo trasformativo alla base del lavoro terapeutico* (Pontalti, 1996). Arianna ha un debito consistente con l'agenzia delle entrate, abusa di canne, spesso non si sveglia la mattina e questi genitori sono preoccupati e vogliono occuparsi di lei. Ci raccontano di aver cercato un terapeuta per farsi aiutare nel rapporto con la figlia e di aver cominciato una terapia da un paio di incontri. Entriamo in contatto con questa collega e iniziamo un lavoro di rete. Arianna è molto contenta e comincia ad accettare l'aiuto della madre, ad una condizione *“che non mi attacchi il pipitone”*. La madre, supportata dalla terapia, riesce a contenere la sua ansia e l'aiuta a mettere un po' d'ordine a partire dalla casa. Il padre si occupa di svegliarla e di aiutarla con la dichiarazione dei redditi, mettono anche in vendita un garage per sostenerla economicamente.

Le famiglie anche le più complesse e compromesse possiedono al loro interno risorse e potenzialità auto-terapeutiche che se opportunamente utilizzate diventano occasioni per una riorganizzazione affettiva e comportamentale a beneficio dei suoi membri (De Francisci, Piersanti, 2006). Questo incontro con i familiari di Arianna è stata un'occasione per rimettere al centro il blocco che ha ostacolato i compiti evolutivi e di sviluppo di questa famiglia e diventerà la porta di ingresso per un lavoro che li aiuterà a modificare significativamente le relazioni tra loro.

La moltiplicazione del *setting*: da flessibile a liquido

La terapeuta dei genitori convoca Arianna. Il lavoro terapeutico con la famiglia prenderà la direzione della condivisione del trauma. Poi la collega vedrà Arianna con il suo nuovo compagno (un suo amico di vecchia data); hanno deciso frettolosamente di sposarsi e Arianna sembra orientata a portare avanti questo progetto nonostante ciò abbia causato una rottura con la famiglia di lui che sembra però restare indifferente, non provando neanche a mediare.

Terapia di gruppo, terapia farmacologica, terapia familiare e incontri di coppia: Il *setting* di cura comincia ad essere troppo liquido.

La decisione di lasciare il gruppo come scelta terapeutica

Arianna riporta la fatica del venire in gruppo, salta molte sedute, i membri del gruppo le rimandano che sta correndo, che non si sta tutelando, che questo ragazzo ha dei problemi con l'alcool. Arianna chiede anche ad un membro del gruppo di farle da testimone (più liquido di così... quasi gassoso!!).

Non riusciamo più ad essere realmente terapeutici ed integrativi delle varie parti che lei ci porta anche perché in questo moltiplicarsi dei *setting* i pezzi vengono diffusi e diventano poco fruibili anche nel lavoro di rete.

“Mi sento confusa, questo ve l'ho già detto? Forse l'ho detto al dottore”.

Abbiamo dovuto fare i conti con la nostra onnipotenza (contenendo il desiderio di essere i più bravi, i migliori) e con la delusione del dover lasciare andare la “nostra” paziente. Ma i pazienti non sono nostri e forse la terapia inizia proprio quando cominciamo a pensare che non ci appartengono. In questo ci è stato utile riflettere sul fatto che Arianna fondamentalmente apparteneva a sé stessa, nostro compito era quello di favorire le migliori condizioni, anche di *setting*, che garantiscano questo processo. Abbiamo lavorato cercando di aiutare Arianna ad arrivare a scegliere un unico terapeuta, costringendola a definirsi e a trovare un unico campo. A nostro avviso, in questo momento scegliere il campo familiare era la cosa più utile per lei. Arianna decide di proseguire con gli incontri di coppia, decidendo di abitare un campo terapeutico più fluido per certi versi

(la terapeuta segue anche la famiglia) e più vicino a quella che lei sente essere la sua emergenza (il matrimonio).

“Voglio finire però, non voglio interrompere”

Arianna si dà un mese di tempo per chiudere il gruppo: dei quattro incontri ne abiterà due per salutare i compagni di viaggio e fare un punto della situazione sugli obiettivi raggiunti. Di certo ora Arianna è nella vita. Per come può starci lei...

Lascia il gruppo nell'estate del 2014, dopo quattro anni e mezzo di terapia, a volte ad intermittenza, ma senza interrompere mai definitivamente. È contenta di chiudere qualcosa nella sua vita, sente che è molto più consapevole di come funziona e non si sente sola: i suoi genitori non sono più degli acerrimi nemici. Sappiamo che ha fissato la data del matrimonio. Una paziente del gruppo (che era andata incontro al divorzio due mesi dopo il matrimonio) le dice di stare attenta, di non sposarsi perché quello non è l'uomo per lei. Anche noi le diciamo di pensarci bene, ma la salutiamo affettuosamente con la proposta di effettuare un *follow up* a distanza di un anno.

Follow up

Il *follow up* è sempre un momento molto utile nei processi terapeutici anche perché spesso quello che i pazienti ci riportano come fattori indicativi del loro cambiamento e di come hanno vissuto la terapia, non coincide con il nostro modo di vederli e con l'idea che ci siamo fatti noi dei passaggi più significativi.

Vediamo Arianna a distanza di 11 mesi dalla conclusione del gruppo, la prima cosa che condividiamo reciprocamente è l'emozione di rincontrarci. Puntualissima, ci dà un aggiornamento delle cose che non sono successe: *“non mi sono più sposata, anzi ci siamo lasciati, meglio così, non era la persona adatta a me, ho bisogno di altro”*. Ha chiuso la terapia con la collega, concordandola con lei, anche perché quest'ultima aveva deciso di continuare a seguire lei ed il compagno individualmente *“troppa confusione, per me”*. Ci racconta di essere stata molto male, di essersi

nuovamente annullata nella relazione con il partner *“mi sono persa di vista”*. Si è *“sfondata di canne”*, ha smesso di mangiare fino a *“beccarsi”* una bella bronchite; però racconta che si è fermata in tempo, ha fatto le valigie ma questa volta non è scappata all'estero, questa volta è tornata a casa, ed è andata per quindici giorni a casa dei genitori. *“Lì mi sono fatta coccolare, la relazione con loro va molto bene; appena mi sono ripresa sono tornata a casa mia e lui se n'è andato”*. Ha iniziato a lavorare anche autonomamente in uno studio e racconta che il rapporto con i colleghi è positivo, riesce a confrontarsi maggiormente con loro *“certo sono sempre indietro con l'aggiornamento delle cartelle, ma io sono e sarò sempre così”*.

“Volete sapere cosa per me è stato importante nella terapia con voi?

Intanto come mi avete accolto, io facevo proprio fatica a venire a parlare in gruppo... ci sono stata cinque anni!!!!”. Racconta i passaggi in maniera abbastanza ordinata e lineare riferendosi alla fatica di abitare il gruppo, alla consapevolezza di avere un problema con le sostanze. Ricorda come importante una seduta in cui una delle terapeute le disegna con la matita un cerchio intorno alla sedia per rappresentarle il confine; ricorda la continua domanda dell'altra terapeuta: *“ma che provava prima di sfondarsi di canne”?*

Ricorda i richiami dello psichiatra alla visualizzazione delle sue condotte autolesive e la sensazione che ha sempre avuto che la nostra équipe le stesse insegnando a proteggersi. Ricorda l'incontro con i genitori, il racconto del trauma in gruppo e ci dice che ultimamente è riuscita a dividerlo anche con una sua cara amica.

Ma ci sono anche momenti di grande insoddisfazione in questo percorso terapeutico. Ci racconta le sensazioni che sono state alla base della sua decisione di lasciare il gruppo come ad esempio la nostra gestione nella fase del cambiamento (nel corso dell'ultimo anno erano usciti 3 membri e entrati due nuovi). In questa fase il gruppo non era più stabile e coeso come quello iniziale e Arianna ci racconta di essersi sentita scomoda e meno appartenente ad esso *“per me il gruppo era quello passato”*. Tra l'altro tra i nuovi ingressi c'era un membro (abbastanza rigido), che richiamava continuamente alle regole del gruppo e che, come lei, faceva ugualmente

fatica ad appartenere abitandolo ad intermittenza “*secondo me avete sbagliato ad inserirla in gruppo, era un elemento di disturbo*”. Forse in questa relazione vissuta da entrambe come minacciosa, c’erano altri nodi importanti che non abbiamo colto. Questo feedback per noi è molto utile, perché prende anche maggiormente senso la difficoltà che sentivamo nel non riuscire più a capire come stava Arianna ed a integrare i vari *setting*.

Per concludere, l’immagine che ci ha lasciato Arianna oggi è quella di una donna dai confini più chiari, maggiormente capace di scegliere e separarsi. Una donna che può avvantaggiarsi oggi delle relazioni familiari ed utilizzarle in maniera trasformativa. Una donna che può confrontarsi di più con i pari e soprattutto con il suo funzionamento relazionale. Una donna che non smetterà di fare “casini” ma che sa e desidera anche, ad un certo punto, uscirne perché non deve più sempre e continuamente confermare che il legame è solo ed esclusivamente danno.

BIBLIOGRAFIA

- Baldassarre M. (2011), “Disturbo border di personalità e mentalizzazione” in Baldassarre M., Daniele M.T., Godino G., “Borderline: psicoterapia e psicofarmacologia”. Alpes, Roma.
- Bateman A; Fonagy P. (2006), “Il trattamento basato sulla mentalizzazione”, Raffaello Cortina, Milano.
- Cianconi P. (2011), “Addio ai confini del mondo”. Franco Angeli, Milano.
- Costantini A., Picardi A., Podrasky E., Lunetta S., Ferrarese G. e Balbi A. (2002), “Questionario sul clima di gruppo”. Rivista di psichiatria, 37, 1. 14-19.
- Costantini A., Podrasky E., Lunetta S., Ferrarese G., Picardi A. e Balbi A. (2002), “Il questionario sul clima di gruppo: validazione e applicazioni cliniche di una misura di processo”, Italian J. Psychopathology, vol. 8 supplemento.

- Costantini A., Sparvoli M., Podrasky E., Picardi A., Balbi A. e Pontalti C. (2002), “Efficacia della psicoterapia di gruppo a tempo limitato: dati e problemi Italiani”, J. Psychopathology, vol. 8 supplemento.
- De Francischi A., Piersanti T. (2006), “La famiglia tra vincoli e risorse”, Franco Angeli, Milano.
- Di Maria F. e Formica E. (2009), “Fondamenti di gruppo analisi”. Il Mulino, Bologna.
- Ferrarese G., Cairoli F., Podrasky E., Cimmino C., Talarico L., Sommella D., Martorelli A., Sparvoli M. (2011), “Il paziente borderline: una sfida tra la fiducia e l’intollerabilità dell’altro” In: Baldassarre M., Daniele M.T., Godino G., “Borderline: psicoterapia e psicofarmacologia”. Alpes, Roma.
- Gabbard G.O. (2004), “La psicoterapia dei pazienti borderline”, Quaderno del centro milanese di psicanalisi Cesare Musatti, n. 8.
- Kernberg O.F. (1987), “Disturbi gravi della personalità”. Bollati Boringhieri, Torino.
- Yalom I.D. (1997), “Teoria e Pratica della psicoterapia di gruppo”. Bollati Boringhieri, Torino.
- Migone P. (2008), “Ancora su psicoterapia e ricerca ‘scientifica’”, Il ruolo terapeutico, 108: 49-63.
- Migone P. (1998), “Il problema della integrazione dei diversi approcci psicoterapeutici”, Il ruolo terapeutico, 79: 40-45.
- Nucara G., Menarini R., Pontalti C. (1995), “La famiglia e il gruppo: clinica gruppoanalitica e psicopatologia” in Di Maria F., Lo Verso G., La psicodinamica dei gruppi. Raffaello Cortina, Milano.
- Pontalti C. (2000), “Campo familiare-Campo gruppale”, Riv. Gruppi, II.
- Pontalti C., “Matrice familiare e radici dell’identità”, in Andolfi M., Angelo C., De Nichilo M. (a cura di) (1996), Sentimenti e sistemi. Raffaello Cortina, Milano.

- Safran J.D., Messer S.B. (1997), “L’integrazione in psicoterapia: una prospettiva postmoderna”, Clin Psychol Sci Prac 4: 140-152.
- Smith M.L, Glass G.V. & Miller T.I. (1980), “The Benefists of Psychotherapy”, Baltimore, MD: John Hopkins Univ Press.
- Sparvoli M. (2013), “Costruire una relazione terapeutica”. Alpes, Roma
- Sparvoli M. (2006), “Lo psicologo nel SPDC”. Alpes, Roma.

LA FUNZIONE DELLA COTERAPIA NELLE ORGANIZZAZIONI BORDERLINE DI PERSONALITÀ: IL CASO DI SARA

THE COTHERAPY FUNCTION IN PERSONALITY BORDERLINE ORGANIZATIONS: SARA’S CLINICAL CASE

*Ambra Zazzera**

Riassunto: Nelle patologie gravi della personalità la presenza di un attaccamento disorganizzato, con forte disregolazione emotiva e capacità riflessive altrettanto compromesse aumenta il rischio di rottura del legame, rendendo la relazione psicoterapeutica precaria. L’intervento di coterapia, associato alla presenza di figure significative per il paziente nel *setting*, permette di allargare la base di sicurezza del paziente e ridurre la proiezione di parti negative sui terapeuti, ponendo le basi per lo sviluppo di un’esperienza emozionale correttiva.

Parole chiave: Coterapia, disturbi di personalità, organizzazione borderline di personalità.

Summary: In serious personality disorders, the presence of unorganized attachment, with strong emotional disregard and reflective capacity equally compromised, increases the risk of breaking the bond, making the psychoterapeutic relationship precarious. Co-therapy, in association with the presence of significant figures for the patient in the setting, allows widening the patient's secure base and reducing the projection of negative parts on the therapists, laying the foundations for the development of a “corrective emotional experience”.

Keywords: Co-therapy, personality disorders, personality borderline organizations.