

## Recensioni

### Book Reviews

a cura di *Andrea Castiello d'Antonio, Davide Cavagna,  
Mauro Fornaro, Silvia Marchesini ed Euro Pozzi\**

Alla rubrica di questo numero hanno collaborato:  
*Andrea Castiello d'Antonio, Davide Cavagna, Chiara Pecchio, Euro Pozzi*

#### Recensione-saggio

Raffaele Visintini (a cura di), *Il modello GET per la personalità borderline. Il trattamento con i Gruppi Esperienziali Terapeutici*. Prefazione di Giancarlo Dimaggio. Milano: FrancoAngeli, 2024, pp. 366, € 39,00

Questo libro è un manuale che parla dell'esperienza realizzata da un gruppo di lavoro presso il Day Hospital (Macroattività Ambulatoriale Complessa [MAC]) dell'IRCCS San Raffaele Turro di Milano con i Disturbi Gravi di Personalità (DGP); si rivolge esclusivamente agli addetti ai lavori interessati a realizzare percorsi di cura per questi giovani con elevati livelli di sofferenza e disastrose problematicità comportamentali. Il testo è estremamente tecnico, non risulta mai accattivante, e rinvia alle sequenze di lavoro, fino alle dettagliate schede che i pazienti compilano nei momenti di crisi, schede su cui poi lavoreranno nel gruppo.

Il testo è il risultato di un lavoro più che trentennale con i DGP e ci aiuta a comprendere che spesso abbiamo già in casa tutte le "figure professionali" necessarie per un buon trattamento dei DGP, la cui professionalità è sempre il risultato di uno specifico percorso formativo: titolo di studio e ruolo ben definito, ma anche un approfondimento decennale sugli aspetti psicodinamici dei disturbi di personalità. Si desume questo dai *curricula* di chi firma i capitoli del libro: psicologhe, psicologi, neuropsichiatri, psicoterapeute/i individuali e di gruppo, alcuni dei quali hanno anche seguito un corso triennale di *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) con Marsha Linehan, oltre ad avere una formazione psicodinamica a orientamento gruppoanalitico.

Ne deriva la possibilità di integrare proficuamente le varie professionalità e i diversi approcci. In modo analogo si erano espresse le linee di indirizzo per il trattamento dei DGP formulate dalla Regione Emilia-Romagna (Sanza *et al.*, 2013) che, dopo avere ampiamente esaminato e riportato le principali linee-guida internazionali disponibili,

\* Per recensioni, segnalazioni e libri da inviare: Silvia Marchesini, Via Bachelet 9, 43123 Parma, e-mail <slvmarchesini@gmail.com>. Istruzioni per collaborare con la rubrica "Recensioni": pagina Internet [www.psicoterapiaescienzeumane.it/recensioni.htm](http://www.psicoterapiaescienzeumane.it/recensioni.htm).



non avevano abbracciato aprioristicamente e ideologicamente alcun orientamento tecnico, ma si erano sforzate di calarle nel contesto italiano (con le risorse previste dall'attuale configurazione dei nostri Servizi psichiatrici). Fortunatamente, in gran parte dei nostri Servizi prevale ancora il lavoro d'*équipe* e sembra che il trattamento di questi pazienti imponga ai Servizi di mantenere questo assetto. Un'indicazione forte contenuta fra le righe di questo libro è che il trattamento dei DGP non può mai essere demandato esclusivamente alla buona volontà di un singolo terapeuta (per quanto sia uno "più che" bravo), ma deve essere affidato a un *gruppo di lavoro* e a un'organizzazione pensata a misura di questi pazienti, che richiedono percorsi con differenti livelli di intensità terapeutica (John G. Gunderson, *La personalità borderline* [2001]. Milano: Raffaello Cortina, 2003). Sarebbe bellissimo se l'impegnativo trattamento dei DGP (tra cui vi è il Disturbo Borderline di Personalità) potesse realizzarsi con l'adozione di una particolare tecnica erogata da un singolo professionista, anche con l'ausilio del miglior psicofarmaco, ma non è così. Le più note prassi terapeutiche per il trattamento dei disturbi di personalità seppur contraddistinte da acronimi brevissimi in genere di tre lettere – come ad esempio la TFP (*Transference-Focused Psychotherapy*: John F. Clarkin, Frank Yeomans & Otto F. Kernberg, *Psicoterapia delle personalità borderline* [1999]. Milano: Raffaello Cortina, 2000), l'MBT (*Mentalization-Based Treatment*: Anthony Bateman & Peter Fonagy, *Trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline* [2004]. Milano: Raffaello Cortina, 2006), la DBT (Marsha M. Linehan, *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline* [1993]. Milano: Raffaello Cortina, 2001) e la CAT (Anthony Ryle & Ian B. Kerr, *Terapia cognitivo-analitica: teoria e pratica* [2002]. Bari: Laterza, 2004) – sono invariabilmente articolate e complesse, con diverse fasi di trattamento e differenti figure professionali dedicate. L'uso di un breve acronimo può ingannare e dare l'idea che siano semplici. In ogni caso, ora anche in Italia disponiamo di un nostro breve acronimo, GET, che sta per Gruppi Esperienziali Terapeutici, un percorso «psicoterapeutico articolato e strutturato specificamente per il trattamento di persone con organizzazione di personalità borderline» (p. 78). In tutto il libro gli autori preferiscono utilizzare la dizione "organizzazione borderline di personalità" esplicitando solo in un punto (p. 31) il motivo per cui optino per questa terminologia, che fu introdotta da Kernberg, senza però mai considerare gli aspetti più "nucleari" di questa patologia come ipotizzata da quest'ultimo, ma solo con occasionali riferimenti alla sua elaborazione (p. 20). A differenza di Kernberg, nel corso del testo gli autori dei capitoli sembrano ritenere tali organizzazioni particolarmente esposte all'instabilità emotiva (nel senso di un deficit, come teorizzato dalla DBT di Marsha M. Linehan), mutevoli, transitorie e più vicine alla condizione indicata da Jean Bergeret (*La personalità normale e patologica* [1974]. Milano: Raffaello Cortina, 1984), il quale per "borderline" intendeva un'organizzazione provvisoria, perché di passaggio (in cui il soggetto può anche bloccarsi), lungo la linea evolutiva che separa le due grandi "strutture": le psicosi e le nevrosi.

Come si sarà notato, preferisco utilizzare la dizione "disturbi gravi di personalità" come categoria più ampia, che comprende la struttura dell'organizzazione borderline di personalità (per come la intendono sia Kernberg che Visintini), ma anche il più ampio Cluster B dei DSM-III, DSM-IV e DSM-5, che hanno un approccio categoriale, fino alla più recente proposta dimensionale del "Modello alternativo per i disturbi di personalità" pubblicato nella Sezione III del DSM-5.



Come si è detto, centrale è il *lavoro d'équipe* (con coordinatore, facilitatore, *tutor*-psicoterapeuta, psichiatra e/o neuropsichiatra), onde evitare che il *tutor* «sia l'unico punto di riferimento e sia eccessivamente responsabilizzato sull'andamento e le decisioni riguardo al paziente» (p. 87), poiché questi pazienti instaurano dinamiche relazionali difficili da gestire da parte del singolo operatore. Su questo aspetto, il manuale è chiarissimo: nessun operatore deve essere lasciato solo, perché nessun professionista sarà mai in grado di elaborare, da solo, le emozioni sollecitate dalle dinamiche relazionali (fusionali, proiettive e controtransferali) imposte ai curanti da questi pazienti.

Il programma previsto dal GET dura circa due anni ed è articolato in tre fasi successive (0, 1 e 2). Ciascuna fase prevede attività di gruppo tematiche, esperienziali e sincroniche. Ogni paziente partecipa a tutti i gruppi previsti per quella fase, ed effettua colloqui settimanali individuali con un *tutor* per gran parte della durata del trattamento. I gruppi sono omogenei per diagnosi e fasce di età, composti dalle stesse persone (p. 89), anche se in differenti fasi evolutive. Mentre nelle prime due fasi (0 e 1) prevale il lavoro *in* gruppo, nella fase 2 si privilegia l'esperienza *di* gruppo. Nelle prime due fasi l'attenzione non è sulle relazioni tra i partecipanti al gruppo, bensì su ciascuno di loro, il quale si confronta con il compito che si è dato e con il facilitatore del gruppo, mentre nella fase 2 si privilegia l'esperienza delle relazioni tra i partecipanti al gruppo.

Il libro è composto da sei capitoli, in cui si affrontano i principi su cui si fonda il trattamento e le tecniche che ne derivano: 1) i correlati neurobiologici dell'organizzazione borderline di personalità (pp. 30-65); 2) il costrutto teorico del modello GET e la sua strutturazione (pp. 78-105); 3) le prime fasi del trattamento, ovvero la fase 0 e la fase 1 (pp. 110-250); 4) quindi la fase 2 a impronta più nettamente psicodinamica (pp. 253-311); 5) il sostegno familiare (pp. 312-333); 6) l'ultimo capitolo, doverosamente dedicato alla ricerca sugli esiti di questo approccio GET (pp. 334-355), che portano Visintini a parlare persino di «guarigione» (p. 361), parola insolita per la moderna psichiatria, che preferisce parlare di *recovery*.

Mi soffermerò sul capitolo 2, che entra nel merito del costrutto teorico e dei principi che governano le varie fasi del trattamento (pp. 78-105), mentre per tutto il resto rinvio alle dettagliate descrizioni del manuale. Il secondo capitolo ci spiega perché questo modello utilizzi, nella fase 0, tecniche terapeutiche di tipo cognitivo-esperienziale (facendo così tesoro della formazione con Marsha Linehan), mentre nella fase 2 usa una tecnica a impostazione psicodinamica, come la gruppoanalisi di matrice foulkesiana (in Italia i riferimenti vanno, tra gli altri, a Diego Napolitani, 1981). L'ipotesi centrale da cui partono Visintini e colleghi, condivisa da gran parte degli autori che si sono occupati di questi quadri clinici – tra cui Jean Bergeret, Otto F. Kernberg, André Green, Giovanni Liotti, Antonello Correale, John Gunderson, Anthony Ryle & Ian B. Kerr, etc. – è che questi pazienti, proprio nei momenti di crisi più profonda, non riescano a compiere alcuna introspezione. Altri parlano di un difetto di mentalizzazione (Anthony Bateman & Peter Fonagy) conseguente a un deficit di accudimento nelle fasi primarie della vita (John Bowlby, Peter Fonagy & Mary Target). Altri ancora parlano di un arresto nel processo di separazione-individuazione (Margaret Mahler, Fred Pine & Anni Bergman), per cui «l'obiettivo ultimo della terapia deve essere non solo *supportare* il paziente nel gestire emozioni e comportamenti, ma *riattivare il suo percorso maturativo* e favorire una nuova organizzazione della sua personalità» (p. 64, corsivi aggiunti). Ne deriva la necessità di tenere separati momenti differenti, anche con tecniche diverse,



a favore di un modello ibrido: cognitivo nelle prime fasi e psicodinamico in un momento successivo. In un trattamento di persone con una profonda disregolazione emotiva, nelle prime fasi della cura l'interpretazione è controindicata «perché rischia di stimolare l'instabilità» (p. 84). Ed è quanto affermò l'autore che coniò il termine "borderline" (Adolph Stern, 1938) per indicare una categoria di pazienti con cui non era praticabile una psicoanalisi classica, perché affetti da una psicopatologia differente dalle nevrosi e dalle psicosi (da cui il termine *borderline*: al bordo delle psicosi) che avrebbe richiesto modificazioni di tecniche e di *setting*. Questo libro illustra come mettere a sistema le iniziali osservazioni di Adolph Stern (p. 20 del testo di Visentini).

Il libro sviluppa benissimo questo *caveat*: «La primissima parte della terapia dovrà essere necessariamente focalizzata sugli agiti» (p. 64) e sulla «gestione delle emozioni e dei comportamenti a esse correlati» (*ibidem*); quindi nella prima fase «il trattamento GET evita ogni spunto interpretativo e ogni diretto riferimento al passato» (p. 85), perché questi pazienti «vivono nel presente come perenni ologrammi di un passato nefasto» (*ibid.*). Quindi, come ci ha insegnato Adolph Stern, è certamente controproducente – come prescrive anche l'MBT di Bateman & Fonagy – intervenire nel presente «con riferimenti interpretativi a dinamiche dell'infanzia», perché «questi pazienti hanno la tendenza a rinforzare l'inquinamento del vissuto presente, con la "maledizione" di un passato da cui non si riescono a liberare, se non con agiti autolesivi o comunque critici» (p. 84 del testo di Visentini). Nel libro si spiega che è possibile lavorare in modo psicodinamico solo nella fase 2, che rinforza il mantenimento dei risultati ottenuti (nelle fasi 0 e 1) e che forse consentirà, in prospettiva, ulteriori miglioramenti (per una *review* sull'efficacia della terapia psicodinamica, in cui vengono anche presentati studi controllati che mostrano come le tecniche derivate dalla psicoanalisi non siano inferiori a quelle cognitivo-comportamentali, anzi in certi casi superiori, vedi Shedler, 2010).

Questo libro è un'utile bussola per orientarsi nel trattamento dei DGP, ma non esplicita a sufficienza cosa trattenga i pazienti dal fuggire da un'"offerta di cure" così complessa e articolata. Certamente, spiega che è essenziale evitare interpretazioni precoci, così come è importante fornire al paziente un costante supporto cognitivo e un tipo di lavoro attraverso cui poter monitorare i progressi compiuti (pp. 94-100).

Non è però secondario sottolineare che l'esperienza ben illustrata del GET si rivolge a pazienti che già frequentano un *Day Hospital*, che è un contesto "più stabile", in cui approdano pazienti che hanno già elaborato una discreta consapevolezza del proprio disagio. L'esperienza ci suggerisce che le loro drammatiche difficoltà comportamentali sono un ostacolo che occorre affrontare sin dai momenti più precoci del trattamento, attraverso il loro coinvolgimento. Questi pazienti solitamente non hanno la minima idea del proprio malessere perché ritengono, come afferma con precisione il DSM-IV, i propri comportamenti *egosintonici*, e ogni proposta di cambiamento può essere vissuta come una minaccia alla propria identità. È nostra esperienza (Chiesa, Martino & Pozzi, 2010) che nel lavoro presso un Centro di Salute Mentale con DGP a cui, dopo un accurato approfondimento diagnostico, veniva proposta una consistente "offerta di cura" (individuale e *in gruppo*) si verificasse sin dai primi momenti più del 50% di abbandoni da parte dei soggetti con disturbi di personalità più gravi (questa percentuale di *dropout* peraltro si riscontra in quasi tutti i trattamenti per i DGP). Il tema è ampio e travalica i limiti di queste considerazioni sollecitate da quest'esperienza così ben spiegata. Nel tentativo di arginare fughe dal percorso di cura, Kernberg e collaboratori nella TFP

hanno introdotto il concetto di “contratto terapeutico” come tecnica che potrebbe consentire di ridurre gli agiti (su cui i borderline innescano facilmente un circolo vizioso di accuse e controaccuse), obbligandoli a un diretto coinvolgimento nella cura. Attraverso il contratto si mette in primo piano l’attiva responsabilità del paziente verso la cura e i suoi esiti. Nel corso di alcuni colloqui, entrambi (terapeuta e paziente) definiscono la cornice di un accordo, spesso in forma scritta, su cosa si impegnano a fare (e soprattutto non fare) e con quali conseguenze. Il “contratto” può assumere una valenza di contenimento dei comportamenti che “minacciano” il percorso e può essere esso stesso una “tecnica”, come viene indicato anche nelle *Linee di indirizzo* descritte da Sanza *et al.* (2013), prima citate, e ben evidenziato da Paolo Migone (1999).

L’esperienza di Visintini e collaboratori non fa parte della rete dei Servizi e i pazienti di cui ci parlano sembrano già molto “motivati”, per cui la loro esperienza ci può apparire un’isola felice. Le nuove forme in cui si esprime il malessere giovanile – ovvero DGP, dipendenze patologiche con o senza sostanze, disturbi del comportamento alimentare, *hikikomori*, etc. – impongono anche al sistema dei Servizi cambiamenti per uscire dall’imperante paradigma dell’attuale “paternalismo post-manicomiale” della “presa in carico” (i Centri di Salute Mentale furono pensati più di cinquant’anni or sono a misura di soggetti passivizzati e uniformati dalla patoplastia indotta dall’istituzione manicomiale), e inoltre per ripensare ai Servizi come “offerta di cure” costruita a misura di questi casi, prevedendo livelli di cura di diversa intensità e interventi prevalentemente psicoterapeutici e non esclusivamente farmacologici. L’esperienza di Visintini e collaboratori ci propone estrapolazioni in contesti differenti: nell’ambito ambulatoriale, in cui occorre che tutto l’ambulatorio sia formato e organizzato per affrontare i momenti più critici (p. 105), e anche due applicazioni presso Comunità Terapeutiche (pp. 107-108), dove la residenzialità degli ospiti richiede un costante sforzo da parte dell’*équipe* curante nel mantenere due *focus*: quello terapeutico e quello riabilitativo. Nel capitolo del libro dedicato agli esiti sono documentati importanti miglioramenti (p. 353).

*Euro Pozzi*

#### Bibliografia

- Chiesa M., Martino F. & Pozzi E. (2010). Psychosocial treatment refusal in personality disorder: A comparative study. *Personality and Mental Health*, 4, 2: 64-74. DOI: 10.1002/pmh.121.
- Migone P. (1999). Riflessioni sulla tecnica del contratto nella psicoterapia per i pazienti borderline proposta da Kernberg. *Il Ruolo Terapeutico*, 81: 52-58 ([www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/r81-99.htm](http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/r81-99.htm)). Anche in: *Terapia psicoanalitica. Seminari*. Milano: FrancoAngeli, 1995, pp. 149-155 della nuova edizione del 2010.
- Napolitani D. (1981). Psicoanalisi e gruppoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1982, 16, 3: 121-127. Ristampa: 2013, 47, 3: 489-494. DOI: 10.3280/PU2013-003004.
- Sanza M. *et al.* (2013). *Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità*. Bologna: Regione Emilia-Romagna ([https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/linee-di-indirizzo/archivio-documenti-tecnici/linee-guida/disturbi\\_gravi\\_personalita\\_lineee.pdf](https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/linee-di-indirizzo/archivio-documenti-tecnici/linee-guida/disturbi_gravi_personalita_lineee.pdf)).
- Shedler J. (2010). The efficacy of psychodynamic therapy. *American Psychologist*, 65, 2: 98-109. DOI: 10.1037/a0018378 (trad. it.: L’efficacia della terapia psicodinamica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2010, 44, 1: 9-34. DOI: 10.3280/PU2010-001002. Anche in: Migone P., a cura di, *La terapia psicodinamica è efficace? Il dibattito e le evidenze empiriche*. Milano: FrancoAngeli, 2021, cap. 2, pp. 47-73).
- Stern A. (1938). Psychoanalytic investigations and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, VII, 4: 467-489 (trad. it.: Indagine psicoanalitica e terapia del gruppo borderline delle nevrosi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1997, 31, 3: 117-140).