LA PROPOSTA

Il diritto naturale di essere sé stessi. Formarsi con Lorna Smith Benjamin.

*Cristina Lanzarone**

Abstract
Gli studi di ricerca più recenti stabiliscono che un adulto su dieci nella popolazione generale, e oltre la metà di quelli sotto cura, soffre di un disturbo della personalità.
Sembra allora indispensabile e utile una formazione specifica e più approfondita nei corsi di specializzazione di cornice sistemico-relazionale.
Le riflessioni sui due processi motivazionali primari, come il bisogno di attaccarsi e il bisogno di sicurezza, l'importanza data al contesto e alla famiglia come organizzatore della personalità, la rilevanza data alle persone importanti e alle loro rappresentazioni interiorizzate, sembrano la cerniera ideale tra l'attuale modello sistemico individuale e il modello di Lorna Benjamin. Infine la sua SASB rappresenta un validissimo strumento per costruire una diagnosi, una posizione "utile" del terapeuta e un efficace progetto terapeutico di intervento.
Nell'articolo si approfondisce come la "lezione" di Lorna Benjamin può dare una mano fondamentale a tutti i terapeuti, in particolare, sul loro modo di essere, stare e intervenire con i pazienti più gravi e resistenti.

*Dott.ssa Cristina Lanzarone, Psicologa e Psicoterapeuta Sistemico Relazionale. Didatta del Centro Studi Relazionale Mediterraneo di Palermo (CSRM) - Didatta del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale di Roma (CSTFR).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Abstract
The latest research studies state that one in ten adults in the general population, and more than half of treated care, suffer from a personality disorder.
It therefore seems indispensable and useful having a specific and more detailed training in the specialization courses of a systemic-relational framework.
Reflections on the two primary motivational processes, such as the need to attach oneself and the need for security, the importance given to the context and to the family as an organizer of the personality, the importance given to important people and their internalized representations they seem to be the ideal link between the current individual systemic model and the Lorna Benjamin's model.
Finally, its SASB represents a very valid tool for building a diagnosis, an "useful" position of the therapist and an effective therapeutic intervention project.
The article explores how the "lesson" of Lorna Benjamin can give a fundamental hand to all the therapists, in particular, about their way of being, being near and intervening with the most serious and resistant patients.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INTRODUZIONE

Come ogni anno, anche in questo 2017, l'Istituto Dedalus di Roma, ha invitato per due giornate di formazione la Prof.ssa Lorna Smith Benjamin, che con l'aiuto prezioso della sua traduttrice Paola Ciapanna, terapeuta e profonda conoscitrice di Lorna, ci ha permesso, ancora una volta, di approfondire il suo modello di diagnosi e cura dei disturbi gravi della personalità.

Due giorni di intensità culturale, clinica ed emotiva come raramente capita nella nostra formazione di terapeuti. E' incredibile come Lorna riesca a stare per otto ore a lavorare senza mai fermarsi, embricando la teoria, la didattica, la clinica, utilizzando il role-playing come metodo di supervisione e come tecnica di intervento, il tutto con una continuità semplice, e allo stesso tempo con una grande efficacia.

Ma perché formarsi con Lorna Smith Benjamin? A che serve agli psicoterapeuti? E non solo ai sistemici.

Negli ultimi 20 anni i teorici clinici e i terapeuti più importanti a partire da O. Kernberg (1975-1980) hanno posto delle riflessioni importanti sulla diagnosi e il trattamento dei disturbi della personalità, che per decenni sono stati ignorati o "trascurati" dai clinici nelle loro stanze di terapia, "rimozione" che non ha permesso loro di capire il perché di tanti drop-out, e di tanti esiti fallimentari di psicoterapie. Gli studi di ricerca più recenti stabiliscono che un adulto su dieci nella popolazione generale e oltre la metà di quelli sotto cura soffre di un disturbo della personalità.

Questi passaggi evolutivi, dunque, hanno via via permesso di costruire una modellizzazione, sempre più approfondita, rendendo sostanzialmente concordi le più recenti posizioni della letteratura scientifica sui disturbi della personalità, che implicano fondamentalmente due livelli di analisi, uno che verte sulle origini del Sé, sul funzionamento profondo, l'altro incentrato sul fenomeno sintomatico emergente. E' stata, dunque, posta, in questi anni, proprio un'attenzione maggiore, per esempio, sulla necessità di basare le diagnosi, in particolare, sull'organizzazione difensiva del paziente e sui contesti relazionali e interpersonali di appartenenza in cui determinate strutture di personalità si sono di fatto sviluppate e mantenute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In questo profondo e utile dibattito nel 2006 Luigi Cancrini, nel suo "L'Oceano Borderline –Racconti di viaggio" nel terzo capitolo, "Infanzia infelice e origine dei disturbi della personalità", ci racconta con stupore come "*una riflessione sistematica e di grande spessore sul rapporto fra esperienze infantili e disturbi della personalità dell'adulto è quella portata avanti da Lorna Smith Benjamin (1996) in un'opera stranamente poco conosciuta*".

Obbiettivo dello studio della Benjamin è verificare se c'è una coerenza di ordine clinico fra sintomi propri dei diversi disturbi di personalità e la storia delle relazioni interpersonali vissute da chi li presenta.

In questo modo, la Benjamin facendo riferimento ai disturbi della personalità come descritti dal DSM, fornisce per ciascuno di essi:

- una traduzione in dimensioni interpersonali, attraverso il Modello SABS, dei criteri di ogni disturbo;
- un'ipotesi patogenetica, attraverso il Modello SASB, presentata in termini di ricostruzione delle esperienze che hanno contribuito a dare forma alla struttura degli stili interpersonali dell'adulto e che corrisponde poi ad un certo tipo di disturbo della personalità;
- una descrizione delle reazioni attese nel transfert e delle più comuni reazioni contro-transferali;
- una riflessione sugli approcci più utili al trattamento.

Gli studi della Benjamin sono così diventati in questi anni per tutti gli studiosi, per tutti i clinici e, in particolare, per i sistemici, una mappa sempre più precisa per attraversare i territori instabili e accidentati come quelli dei disturbi della personalità.

IL MODELLO DELLA BENJAMIN E LA TERAPIA SISTEMICO-RELAZIONALE: LA FAMIGLIA CHE ABBIAMO IN TESTA!

Perché la Benjamin interessa tanto al discorso sistemico?

Come sappiamo, i terapeuti sistemico-relazionali, nella valutazione psicopatologica, all'inizio dell'affermarsi del loro modello, hanno preso in considerazione non soltanto i comportamenti sintomatici (paziente designato, emergenza soggettiva), ma soprattutto le interazioni e le comunicazioni del soggetto con la famiglia e l'ambiente, per poi in questi ultimi anni inserire anche

© RIPRODUZIONE RISERVATA

le strutture di personalità incontrate ed il livello delle loro organizzazioni difensive.

Difatti negli anni '80 la "terapia familiare" aveva cominciato a rimettere in moto, un discorso sulla soggettività del paziente, e sulla possibilità di "incontrare" il singolo senza la famiglia, o meglio di "richiamarla" in stanza di terapia in funzione di alcune caratteristiche della presa in carico e del processo terapeutico. Tant'è che ormai da diversi anni il trattamento individuale rientra nel campo degli interventi del terapeuta sistemico-relazionale e si è cominciato a guardare non più soltanto alle relazioni interpersonali del paziente ma anche all'introiezione delle figure significative e dei modelli operativi interni che ci servono per valutare i tipi di attaccamento e di come le esperienze primarie con le figure di attaccamento si trasformino in concezione del mondo e dei rapporti. Possiamo definirla, terapia sistemico-individuale o terapia relazione-individuale, ma oggi sappiamo ancor meglio che ci riferiamo ad essa in particolare rispetto al *"setting"* e non alla teoria in se, in cui il terapeuta in particolare collabora fattivamente con il paziente alla realizzazione di un progetto comune.

La teoria dell'attaccamento e la teoria dello sviluppo hanno rappresentato un passaggio fondamentale nella realizzazione di questo *"setting",* integrando variabili relazionali e variabili individuali.

Lo scopo non è ovviamente quello di creare un meta-modello a-teorico ma essenzialmente quello di scoprire ed individuare zone di contiguità e continuità, tra il modello sistemico e le sue attuali integrazioni, e quello appunto della Benjamin.

Quanto è utile, quindi, il modello della Benjamin all'interno del discorso sistemico? Quanto ci serve nel lavoro con il singolo paziente? In che modo ci fornisce una lavagna su cui "riscrivere" la storia del paziente e soprattutto il senso della sua storia, dei suoi comportamenti, dei suoi sintomi?

Le riflessioni sui due processi motivazionali primari, come il bisogno di attaccarsi e il bisogno di sicurezza, l'importanza data al contesto e alla famiglia come organizzatore della personalità, la rilevanza data alle persone importanti e alle loro rappresentazioni interiorizzate, sembrano la cerniera ideale tra l'attuale modello sistemico individuale e il modello di Lorna Benjamin.

Lorna lavora con la "*famiglia che il paziente ha in testa*".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per questo ci interessa comprendere, la sua specifica teoria della personalità dei Processi di Copia (Copy Process Theory-CPT), il suo modello a-teorico di descrizione del comportamento interpersonale (SASB), e il suo modello di intervento, la terapia ricostruttiva interpersonale (TRI) alla cui base c'è la teoria dell'apprendimento evolutivo e degli affetti (DLL).

Lorna ci invita a vedere la sofferenza psichica grave, come l'incapacità ad avere pensieri, affetti e comportamenti *adeguati* nei diversi contesti di vita, come un "*accomodarsi*" attorno alle situazioni traumatiche accadute nella vita, in particolare nell'infanzia. La sofferenza psichica consiste, per lei, nel non avere più alcuna consapevolezza della "*forma*" psichica che in conseguenza alle situazioni traumatiche vissute il paziente ha assunto, insomma, nella riorganizzazione post-traumatica che si è determinata, nel modo, insomma, che il paziente ha trovato per "*riorganizzare*" la *"disorganizzazione"* vissuta.

La psicopatologia, difatti, per la Benjamin si manifesta nell'incapacità di affermare il proprio "Sé di diritto", nella perdita della propria differenziazione e del riconoscimento di affetti, idee e pensieri, atteggiamenti che non sono propri, con l'unico scopo di provare ad ogni costo a continuare a stare vicino a quelle figure significative, che adeguate non sono state, ma alle quali ci si attacca e che si amano per spinta biologica, per "egoismo del gene", con una forza legata alla sopravvivenza di cui i pazienti spesso non hanno alcuna idea. Il paziente, difatti, risponde alle interiorizzazioni delle prime relazioni e non alle contingenze del presente. Tutti i sintomi sono il modo di riconciliarsi e di avere prossimità psichica con la figure di riferimento. La psicopatologia è dunque un dono d'amore.

UNA TEORIA SULL'"EVOLUZIONE" DELLA PSICOPATOLOGIA: LA BIOLOGIA NATURALE

Il modello teorico della Benjamin può ritenersi "scientifico" in quanto fa riferimento alla natura, alla biologia naturale. Il nostro patrimonio genetico è influenzato dall'interazione con l'ambiente, è questo processo di influenza è adattivo, ci serve quindi per sopravvivere. Per la Benjamin dunque ci "*adattiamo*" alle situazioni, a qualunque situazione, nel bene e nel male, nel modo che riteniamo essere più utile. Ciò che è servito però in un particolare ambiente, in

© RIPRODUZIONE RISERVATA

una determinata circostanza, può non essere più utile in un altro contesto, diventando dunque disadattivo e con la manifestazione quasi sempre di una sintomatologia grave.

La vulnerabilità della specie umana. Questo è il concetto che è sullo sfondo delle riflessioni cliniche e teoriche della Benjamin. Lorna quindi, parte dalla teoria dell'evoluzione, dal ricercare, da parte della specie umana, la sopravvivenza e massimizzare le possibilità di sopravvivere nei contesti di vita in cui essa si "*muove*". Una vulnerabilità determinata dal nostro lungo periodo neotenico. Difatti, le nostre esperienze fondamentali nella fase neotenica sono, secondo Lorna, fondamentalmente due, quelle di sentirsi minacciati, e quella di cercare sicurezza. Le figure di riferimento devono essere capaci di soddisfare due principi fondamentali, farci sentire al sicuro, proteggerci, in una sola parola, e soprattutto insegnarci a riconoscere la minaccia. Proprio per questo per Lorna, dalla vulnerabilità alla psicopatologia, il passo è breve.

L'adeguato funzionamento del sistema sicurezza/minaccia è fondamentale per la sopravvivenza degli individui, questo sistema permette, infatti, di distinguere ciò che rappresenta una minaccia da ciò che non lo è, mantenendo l'individuo in una condizione di attenzione controllata, di allerta e di prontezza. Nucleo centrale della teorizzazione della Benjamin è quello per cui, ansia, rabbia e depressione, sono "affetti naturali", che hanno essenzialmente una funzione adattiva, predispongono e sono fondamentali per la nostra sopravvivenza, sono cioè quegli affetti che si attivano in seguito alla presenza di una minaccia, e la loro errata codifica perché sviluppata all'interno di una famiglia, o di un ambiente ostile e minaccioso, è alla base della psicopatologia, soprattutto di quelle più grave.

La psicopatologia affonda, quindi, le sue radici in una cattiva/errata codifica di queste emozioni o affetti di base quali, rabbia, ansia, e depressione esperite all'interno di relazioni primarie di attaccamento. Questa errata codifica è alla base di tutti i sintomi psicopatologici dei pazienti che incontriamo nella nostra pratica clinica. Proprio il sistema protezione/minaccia dei nostri pazienti, sostiene la Benjamin è difatti sabotato, in quanto è stata esperita da bambini una fatale e drammatica coincidenza tra la persona che avrebbe dovuto compiere il compito di proteggere e quella che esercita una minaccia. L'angoscia dunque è

© RIPRODUZIONE RISERVATA

per Lorna la frustrazione di questi bisogni primari di sicurezza e protezione. L'angoscia e il panico nascono dal dovere tenere "*sotto controllo*" proprio gli adulti di riferimento.

E' per questo che la psicopatologia per Lorna è "*la codificazione errata di affetti naturali, di affetti legati al sistema minaccia-sicurezza.*" Il sistema minaccia-sicurezza, infatti, presente nel cervello sub-corticale, intuisce e sente, regola come ci sentiamo, e compie una attività distinta dall'attività della corteccia, che invece presiede i pensieri logici, che ragiona e ci fa agire di conseguenza. L'assenza di una base sicura, essere stati cresciuti all'interno di un'atmosfera traumatica, altera questo sistema, sicché la corteccia rimane sopraffatta, la percezione di una minaccia, o vivere una minaccia difatti, predomina su tutto, su tutte le percezioni, i ragionamenti ed i comportamenti.

La percezione della minaccia a livello subcorticale è presente nel bambino da subito, deve imparare, dunque, immediatamente a capire e distinguere ciò che rappresenta una minaccia e ciò che non lo è, in modo tale da poter acquisire strategie e comportamenti funzionali alla sua gestione. E questo lo fa attraverso la vicinanza dell'adulto di riferimento. Lorna riprendendo i principi della biologia naturale (DNA/mRNA) evidenzia che l'apprendimento avviene attraverso i *processi di copia*, non solo dei comportamenti ma soprattutto anche delle emozioni che si attivano di fronte alla minaccia, il bambino, infatti, assorbe sia l'emotività positiva che quella negativa di un genitore.

Sin da subito , dunque, "*copiamo*" ciò di cui dobbiamo avere paura e ciò che ci tiene al sicuro, copiamo in particolare quei modi di affrontare la minaccia e la sicurezza. I pazienti rispecchiano gli stessi comportamenti che padre e madre hanno avuto su di lui e "*per sentirsi al sicuro fanno quello che facevano loro".* Si apprende in modo acritico dalle persone a noi vicine, vicinanza e ripetizione sono i meccanismi principali di tutti gli apprendimenti, comportamentali e affettivi, ma è un apprendimento implicito, automatico e principalmente inconscio e non un apprendimento da condizionamento operante.

Così i pazienti il cui sistema protezione/minaccia è stato alterato, hanno appreso a decodificare in modo scorretto le emozioni di base perché hanno vissuto all'interno di relazioni caratterizzate sempre da elevata ostilità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ma la psicopatologia, secondo Lorna, è anche il risultato del fallimento del processo di differenziazione.

I sintomi, che lei individua come *l'Alleato Rosso*, sono anche il modo che il paziente trova per differenziarsi, per affermare il proprio Sé. Il Sé separato serve ad avere uno spazio proprio per avere idee diverse, ma di solito per il paziente è un Sé dannoso, che lo fa stare molto male. Il sintomo è anche la sua personale ricerca di sicurezza anche se la fa in modo disadattivo.

I PAZIENTI GRAVI E RESISTENTI

Secondo la Benjamin, una relazione ostile, il ricevere azioni ostili dall'altro, sta alla base dei disturbi psichiatrici. Tutti i pazienti psichiatrici sono difatti in qualche modo ostili. E il paziente è ostile, per esempio, perché è sempre una persona che si sente minacciata. Sono persone che hanno qualcosa che li fa sentire bene solo quando sono ostili, ed hanno una marcata ostilità nei confronti delle figure di riferimento, anche verso il terapeuta. Quindi, misurare i livelli di ostilità può essere utile, per esempio, per capire il livello di psicopatologia. E' facile osservare, difatti, come durante i colloqui questa tipologia di pazienti spesso ponga l'accento sull'altro, quindi nella relazione terapeutica, sul terapeuta, in quanto agente di comportamenti nei loro confronti ai quali essi reagiscono in un determinato e preciso modo. Lorna ci spiega sempre come il focus dei pazienti con gravi disturbi della personalità è proprio sempre sul terapeuta.

È difficile, che questi pazienti, infatti, da oggetti delle azioni transitive altrui riescano a percepirsi come soggetti attivi, attenzionando quelle che sono le reazioni delle persone che interagiscono con loro. In un ottica circolare una relazione sana, difatti, vede due o più soggetti coinvolti in azioni transitive che si influenzano reciprocamente. La spiegazione che questi pazienti spesso portano in terapia delle proprie difficoltà è invece di tipo lineare dove c'è un soggetto attivo (azione transitiva) che con il suo comportamento elicita la reazione del paziente (azione intransitiva).

Per questo, compito precipuo del terapeuta è andare a cercare e capire dove è stata la minaccia, individuare il pericolo, qual è il motivo per cui quella persona si sente minacciata, da cosa si sente minacciata. Lorna lo definisce il (C1), ed i sintomi sono tutti legati alla percezione della minaccia e al dovere sopravvivere ad

© RIPRODUZIONE RISERVATA

essa. Ma se sono le nostre figure significative a rappresentare la minaccia (C1), il sistema minaccia-sicurezza non può che andare in tilt.

Difatti, è proprio dalle relazioni in famiglia che impariamo dove stiamo al sicuro e dove no, e la natura ci ha anche fornito degli strumenti per imparare velocemente. Per Lorna questi strumenti sono appunto i Processi di copia (identificazione: *essere come loro*; ricapitolazione: *fare o reagire come se fossero ancora qui*; introiezione: *trattarci come siamo stati trattati*). Il nostro Sistema Nervoso "*copia*" quello che succede nell'ambiente, affetti e comportamenti. E questo lo facciamo tutti.

Quando ci sentiamo al sicuro allora? Ci sentiamo al sicuro quando aderiamo alle norme che ci hanno insegnato, norme alla base del "*Dono d'amore",* quando facciamo quello che ci dicono le figure significative di rifermento, siamo al sicuro. Dunque il patto di lealtà con le figure di riferimento non sono altro che "*trappole d'amore*".

Lorna dice ai suoi pazienti in modo esplicito: "*Stai obbedendo a loro. Ancora obbedendo a loro".*

Un cattivo attaccamento è forse più intenso di uno buono.

COSA FA IL TERAPEUTA NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI GRAVI DELLA PERSONALITÀ

Come dunque deve essere quindi il terapeuta che lavora in situazioni difficili e gravi?

Lorna ci insegna che un terapeuta deve, alla luce di quanto detto sopra, innanzi tutto "*farsi una teoria*" di cosa è andato storto nella storia del paziente con le figure di rifermento, e ragionare in termini relazionali e interpersonali, per capire che effetti ha ancora adesso sulla vita attuale del paziente, e sulle sue relazioni significative attuali. Quello che succede è che c'è uno stress attuale che fa scatenare e mantenere il corteo sintomatologico, ma le radici di tale stress sono molto antiche, e il terapeuta deve capire insieme al paziente come quei fatti influenzano il suo vissuto in modo ancora pregnante , che impatto hanno avuto e hanno sul suo Sé, scoprire e guardare modalità e schemi e infine decidere di cambiarli e come cambiarli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le manifestazioni comportamentali dei pazienti ci indicano come la persona ha saputo proteggersi nelle passate relazioni interpersonali, e obbiettivo della terapia è attuare procedure di intervento con le quali creare nuovi modi protettivi di sé.

Lorna ci invita a spiegare al paziente come sia assolutamente normale copiare un comportamento, e replicarlo, e poi scoprire, seduta per seduta, che è disfunzionale, che non è più utile. Questi sono appunto i presupposti da cui partire per poi modificare un comportamento sintomatico. Bisogna aiutare il paziente ad allontanarsi dalla "*famiglia che ha in testa*", a scoprire da solo chi è, ad imparare nuovi modi di relazionarsi. Questo per esempio ci dice Lorna, è uno dei passaggi più duri e difficili per il paziente. E' durissimo differenziarsi, e ciò implica vissuti depressivi e tristezza, perché è un po' come andare contro natura, contro quello che la "*natura*" ci ha insegnato. Tutto quello che il paziente aveva imparato nel suo "*ambiente*" familiare, e che gli è servito in quel contesto per sopravvivere, deve cambiarlo, deve infrangere le regole che lo hanno fatto sentire al sicuro e dobbiamo prepararlo al fatto che la sua "*famiglia in testa*" si arrabbierà quanto quella reale.

Una tappa importante del lavoro clinico con il paziente è quindi quando gli chiediamo se è pronto a questa differenziazione, ad ottenere cioè il permesso dalla famiglia che ha in testa, di potere avere un proprio Sé separato non dannoso per sé stesso. Lorna sottolinea al paziente come "*i nostri genitori ci dicono ancora, in testa, che cosa siamo e che cosa non siamo".* Per farci capire meglio Lorna ci spiega che usa con i pazienti spesso la metafora della "*separazione chirurgica*", per sottolineare la necessità e l'opportunità dell'intervento. Come se in questi casi il lavoro terapeutico corrispondesse al procedere ad una "*separazione chirurgica*" ci dice Lorna, prospettando magari un ricovero in ospedale per la convalescenza lunga che necessita tale tipo di intervento.

Il paziente deve imparare a resistere alle voci della *parte rossa* (le figure di riferimento), a disobbedire, rispondergli a tono, affrontare e lasciare andare quei desideri, imparare a visualizzare quel se stesso che fa quello che vuole fare, a sfidare le vecchie figure che proteggevano, e il paziente può farlo attraverso le azioni della *parte verde*. Perché ci spiega Lorna, è difficile violare le regole dei genitori, è un pericolo, e questo può creare paura, disorganizzazione. Si può

© RIPRODUZIONE RISERVATA

vivere una sensazione di vuoto, che è normale, fisiologica. I pazienti peggiorano prima di migliorare, e per superare un lutto ci vuole tempo. L'alleato verde, è allora il nuovo progetto di vita, la ricerca della sicurezza in modo sano, la costruzione di nuove competenze, di stabilire nuove relazioni con l'altro.

Ci spiega, anche, cosa e come fare per comprendere bene tutto questo, il senso di una storia. Bisogna, quindi, "*entrare nel mondo del paziente*", "*guardare come lo guarda lui*", capire "*come si sta nel suo mondo*", sentire come "*come ci sentiremmo al posto suo"*, immaginandoci al posto suo, inserire i *"codici"* (*cluster*) nella "*lavagna segreta*" (SASB), individuare le sue "*posizioni di base*", identificare gli schemi di comportamento, pensare in termini interazionali. Sentire "*il modo in cui il paziente ha vissuto quegli eventi"*, e l'impatto che quegli eventi hanno avuto sul suo Sé, e così anche i pensieri che ha fatto ed i comportamenti che ha messo in atto, sono tutti atti fondamentali per costruire un progetto terapeutico realistico ed efficace. Ci spiega Lorna, "*non è importante il fatto accaduto, ma l'impatto che ha avuto sul Sé del paziente."*

La SASB è lo strumento che aiuta il terapeuta in questa comprensione, codificando appunto i comportamenti interpersonali, identificando i Ruoli dell'interazione definiti dalle *Focalizzazioni* (Altro = azione, Se = reazione, *Introietto= risultato del rapporto con la figura di riferimento o PIRI*), e infine prevedendo i comportamenti e le esperienze affettive complementari rispetto ai comportamenti delle figure di riferimento, di solito i genitori.

In questo modo il terapeuta riesce a fare una mappa ben definita di quel "territorio", cioè di cosa succedeva e come si sentiva, cosa pensava e cosa faceva il paziente in quelle circostanze.

Lorna ci dice che tutto ha un senso, ogni cosa, ogni comportamento ha un senso, e così poi attraverso l'utilizzo Modello SASB, la "*lente magica*" che aiuta a vedere le cose in modo chiaro, è possibile trovare il modo per fare uscire i pazienti dal loro personale girone infernale.

Il modo per uscire si delinea attraverso l'essere se stessi, scoprire chi si è, il proprio Sé, abbandonando l'idea di essere come i nostri genitori, trattandoci come loro ci hanno trattati, o comportandoci come se loro fossero ancora con noi, reagendo agli altri come reagivamo a loro. Abbandonare l'idea di fare quello che loro ci hanno insegnato è un compito difficilissimo, Attivando la parte verde, il

© RIPRODUZIONE RISERVATA

progetto di vita, quello che è il loro nuovo Sé. Avere un nuovo giorno di nascita, permettersi di esprimere e coltivare i propri desideri su lavoro, amore e identità. Differenziarsi, dunque!

Il lavoro clinico consiste nel riconoscere insieme al paziente i suoi modi di fare e di comportarsi disfunzionali, insomma i suoi sintomi, spiegargli come sono stati utili alla sua sopravvivenza psichica, e spesso anche fisica, in quel particolare contesto, la loro funzione di adattamento, e nel mostrargli come adesso sono diventati inutili e fonte solo di sofferenza e di deterioramento di tutte le sue relazioni significative attuali.

Nel lavoro clinico non si cercano colpe, ma si descrive solo quello che è successo e da cosa derivano i comportamenti disadattivi, come funzionano le persone, si guardano le loro interazioni e i loro schemi. Tutti "copiano", anche i nostri genitori hanno copiato, e tutto si riporta di generazione in generazione. La possibilità di riconoscere tali comportamenti e modificarli è data attraverso il percorso terapeutico, la sua TRI, che lei definisce "*attività clinica naturale*" dell'organismo.

Lorna, ci spiega come la prima cosa da fare nella sua TRI è definire ciò che è "normale".

Normale è, attaccarsi e poi separarsi: sviluppare una base sicura, un buon attaccamento, con un "controllo moderato", per poi sviluppare un autoregolazione, un'autonomia. E questo è possibile se hai avuto un'interazione sicura, se hai esperito un livello "moderato di invischiamento" ed un livello "moderato di autonomia", se sei stato "affermato", "amato attivamente", "protetto", perché solo così potrai "fidarti" e "affermarti", potrai avere comportamenti "amichevoli" verso il mondo.

Allo stesso modo, Lorna spiega al paziente come funziona uno sviluppo "*normale*", riprendendo le lezioni di Bowlby e della Mahler:

a) la prima cosa che accade è che ci attacchiamo. Abbiamo una forte relazione di attaccamento, siamo legati profondamente, per garantirci la sopravvivenza anche se l'altro non è amichevole, accogliente o protettivo (da qui l'esperienza del "*dono d'amore*" che mantiene la psicopatologia, che determina dipendenza);

© RIPRODUZIONE RISERVATA

b) la seconda cosa che accade è che tra i 9 ed i 18 mesi comincia il processo di differenziazione. Tale processo è supportato dalla curiosità, che è una funzione biologica naturale (questa è proprio la parte che al paziente manca, che di solito il paziente non ha esperito). Il bambino si allontana dalla figura di riferimento per crescere, per esplorare il mondo attorno a sé, e in questa fase il genitore sostiene l'autonomia. E' un momento che non ci ricordiamo, ma che è di solito un periodo tempestoso, in cui si impara a relazionarsi con le altre persone, fatto di litigi con la mamma, di esplosioni di collera, i così detti "*terribili due anni*";

c) la terza cosa che accade, è la peer-play. Il rapporto con i pari, supportato da un adeguato sviluppo affettivo, sociale e cognitivo e da una separazione amichevole. Se si arriva in questa fase senza una propria identità, sarà molto difficile per i coetanei entrare in relazione con la persona e , che gli altri stiano a loro agio con lei;

d) la quarta fase è quella adulta. Caratterizzata dalla costruzione del legame di coppia, in cui si contribuisce alla generatività e alla comunità.

Questo è essere Normale.

E non quindi, come sostiene la maggior parte della cultura psichiatrica, avere un cervello più o meno danneggiato, oppure non essere più o meno ansiosi, o più o meno depressi, o più o meno rabbiosi della media della cultura di appartenenza.

Se sono chiari tutti questi concetti il terapeuta sarà in grado di stare sul paziente, di avere il "*focus*" su di lui.

Lorna ci invita a riflettere su come sia dunque fondamentale "*essere sulla stessa pagina del paziente, lavorare sullo stesso obbiettivo".* Difatti, "*il blocco di una terapia è quasi sempre legato al problema che gli obbiettivi di terapeuta e paziente non coincidono, e gli obbiettivi vanno concordati, il terapeuta non può avere un obbiettivo diverso da quello del paziente.*"

Un'altra delle trappole in cui spesso un terapeuta finisce è quella della "*terapia del paziente sbagliato*", cioè accade che spesso i pazienti chiedono una terapia per cambiare l'altro significativo, riportando problemi che non sono suoi e avendo sempre l'idea di dover reagire all'altro e di non essere attivi ma passivi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

nelle relazioni. L'idea di fondo del paziente, insomma il suo obiettivo terapeutico è "*se lui/lei cambiasse io starei meglio*".

Per non cadere in una delle tante trappole o per non incappare in errori diagnostici Lorna ci insegna che l'accorgimento clinico migliore sia fare una buona "Formulazione del Caso", che ci serve ed è utilissima anche per capire e vedere dove sta la "trappola" in cui anche il paziente è caduto e nella quale è possibile che cadiamo anche noi.

Lorna fornisce ai terapeuti un metodo, una *Griglia*, che è composta fondamentalmente da quattro Sezioni:

1. Problemi e schemi attuali
2. Considerazioni diagnostiche e trattamenti attuali e passati
3. Formulazione del caso: figure chiave e loro legame con i problemi attuali
4. Implicazioni per il trattamento e raccomandazioni

1. Nella prima analizziamo: i problemi presentati; i fattori di stress attuali; le risposte del paziente a tali stress (sintomatologia); le figure attuali (madre, padre, fratelli, zii compagni di vita, capi al lavoro, ecc.) coinvolte nel sintomo; il concetto di sé consapevole.
2. Nella seconda analizziamo: Storia familiare dei disturbi mentali; diagnosi attuali; criteri diagnostici per il disturbo della personalità; storia dei trattamenti e della terapia.
3. Nella terza analizziamo: le caratteristiche delle "figure chiave"; i processi di copia; e infine i legami tra figure chiave ed i processi di copia, e gli eventuali collegamenti tra sintomi presentati figure chiave e dono d'amore.
4. Nella quarta analizziamo: tutto quello che il paziente dovrà mettere in atto per perseguire il suo processo di differenziazione e coltivare i suoi sogni e desideri, negoziando con il terapeuta fasi attive di cambiamento.

Il terapeuta deve quindi:

a) identificare tutte le situazioni interpersonali che elicitano particolari reazioni, chiedendo al paziente di descrivere nei dettagli circostanze ed eventi specifici;
b) spiegare come esperienze interpersonali della storia evolutiva facilitano lo sviluppo di paure e speranze consce ed inconsce attuali, parafrasando i temi centrali emersi;

© RIPRODUZIONE RISERVATA

c) chiarire come certi contesti piuttosto che altri facilitano ed elicitano tipiche configurazioni comportamentali,
d) offrire informazioni su come nel momento presente si possano modificare tali reazioni attraverso nuove modalità di rapporti interpersonali.

Il terapeuta costituirà una nuova base sicura:

a) benevolenza amichevole di fondo
b) fornire un moderato controllo che diventerà per il paziente controllo di sé
c) fornire, garantire e promuovere l'autonomia

Nel raccontare il suo modo di lavorare Lorna passa da noi al paziente, e dal paziente a noi, in una continuità che serve a spiegare e a simulare la connessione emotiva che si crea tra i cervelli primitivi del terapeuta e del paziente, connessione necessaria per accedere alla logica emotiva. Questa connessione unica e irripetibile, consente di "formulare" quella particolare composizione chimica necessaria a costruire le fondamenta di una nuova base sicura, utile poi a porre le basi del cambiamento.

Lorna, dunque, ci insegna come lavora lei, come si muove dentro la stanza e ci spiega come lei non fa durante le sue sedute dei "massaggi emozionali" ai pazienti, ma sottolinea che con lei si lavora duro, e che soprattutto è il paziente che deve intraprendere il percorso di cambiamento. Non siamo noi a dovere fare tutto! Bisogna togliere dalla testa del paziente fantasie salvifiche. Ci dice di tenere a mente sempre, di come noi dobbiamo essere contemporaneamente fermi e accoglienti, e mentre ci dice come fare ci ricorda in modo caloroso anche che ciascuno di noi terapeuti ha subito un danno, ed è proprio per questo che siamo più efficaci, e ci sostiene spiegandoci che "*non esiste un direttore d'orchestra che non ha mai suonato uno strumento*".

Imparare ad entrare nel mondo del paziente, guardarlo con i suoi occhi e poi, girare con lui tutte le stanze buie e vuote della sua memoria e del suo dolore. Stando accanto, rispecchiando, accogliendo, autoaprendosi, assumendo una posizione benevola, amichevole, ma restando sempre con la certezza che si può cambiare. Per Lorna il terapeuta deve essere paziente, ma al contempo persistente e tenace, raccogliere informazioni, metterle insieme e poi condividerle con il paziente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per esempio c'è una profonda differenza di messaggi terapeutici tra " *devi crescere e diventare adulto*" e quello " *vuoi che mamma controlli ancora la tua vita?".* Il primo ha una connotazione giudicante e controllante, e metterebbe il paziente in una posizione difensiva, il secondo ha invece un intento motivazionale e di aggancio, è dunque un messaggio che invita a cambiare.

A tal proposito, Lorna ci spiega la differenza tra processo e contenuto, il processo è il transfert sul terapeuta, il contenuto è la storia del paziente. Senza un'adeguata formazione il terapeuta si concentrerà sul contenuto, quando invece è il processo che determina il cambiamento. Il modo in cui il terapeuta elabora la relazione serve al paziente per apprendere nuovi comportamenti. Il fatto che il terapeuta diventi lui la base sicura, è il nucleo del trattamento per esplorare nuove possibilità. Ci dice Lorna, *"il processo terapeutico è determinante più dell'oggetto della terapia".*

Nei suoi master ci insegna come farlo.

COME LORNA CI INSEGNA LA PSICOTERAPIA: IL ROLE-PLAYING NELLA FORMAZIONE

Uno dei più grandi dei contributi che Lorna ha dato alla formazione e alla supervisione in questi anni è stato l'utilizzo, durante tutti i Master che ha condotto, del Role Playing, come strumento di formazione, di supervisione e di intervento. Nel role playing viene data la possibilità a un clinico di presentare un caso, che segue da almeno due anni, e per il quale trova una certa difficoltà dal punto di vista del procedere terapeutico. Nella seduta il paziente viene interpretato dal clinico stesso, e Lorna svolge il ruolo del consulente. Alla base di questa modalità formativa sta l'idea che Lorna ritiene fondamentale, che il clinico debba avere prossimità e contagio affettivo con il suo paziente. Io per ben due volte ho avuto l'opportunità e la fortuna di fare dei role-playing con lei, che sono stati illuminanti per me, ma soprattutto per i pazienti che ho avuto modo di aiutare. E' un'esperienza unica "interpretare" il proprio paziente, scoprire come la connessione emotiva con lui è cosi forte, e sentire come Lorna riesce a connettersi con te, con il tuo mondo emozionale e contemporaneamente con quello del paziente che interpreti. In quel momento ti accorgi cosa non hai visto o cosa non hai voluto vedere, cosa non hai sentito o non hai voluto sentire. Che cosa blocca

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quella relazione terapeutica, che cosa non la sta rendendo efficace. Quali fatti e cosa stai trascurando perché non in linea con il tuo pensiero. Per la prima volta ho avuto prova di essere davvero in connessione con il cervello primitivo del mio paziente, ho sentito davvero dalla sua "*posizione*" quello che sentiva lui, quello che vedeva lui, il suo mondo, l'ho guardato con i suoi occhi. Un'esperienza diversa dalla supervisione indiretta, in cui, di fatto, narri una storia, invece nel role-playing la vivi, la senti, e riesci a stare con il "Focus" sul paziente perché diventi in qualche modo lui. Un'esperienza che auguro a ogni clinico di fare.

La forza dirompente, dunque, sta nella chiave di lettura che la Benjamin con la sua "*lente segreta*" ci aiuta a scoprire le complessità dell'anima e dei comportamenti e dei modi di fare che poi derivano solo e semplicemente di modi di fare affettivi e comportamentali dei nostri genitori o delle figure significative. Si fanno cose straordinariamente insensate, autolesionistiche, solo per mantenere la prossimità psichica e continuare ad averla con le figure di attaccamento, e spiegarlo al paziente, metterlo davanti a tutto questo, o scoprirlo con Lorna nei role-playing, vi assicuro, è di una forza straordinaria.

Un'altra modalità di utilizzo del role- playing nel lavoro terapeutico con il paziente, consiste nel fare interpretare al paziente il genitore significativo, la figura chiave, mentre il terapeuta lo intervista. E' un modo straordinario per portare l'altro significativo in terapia, li facciamo entrare nella stanza di terapia attraverso i pazienti. In questo modo il paziente esperisce il "*sentire e i modi di fare*" in modo diretto della figura dominante o della più benevola, è un modo per avere accesso al proprio cervello primitivo. In questo modo si riesce ad "*animare la famiglia in testa*" e può venire fuori tutto il dolore.

E anche in questo caso, la spiegazione, la chiave di lettura sta lì, nel riconoscimento dei processi di copia messi in atto, nella capacità di comprendere cosa ha funzionato e cosa non ha funzionato, come ha aderito a quel comportamento e il senso che ha per lui, all'affetto e alla lealtà nei confronti dei genitori, anche per esempio semplicemente nella scelta del partner.

Nel presente, nella sua storia e nelle conseguenze della sua storia.

Il terapeuta è dunque chiamato ad offrire quella base sicura che è mancata al paziente, di occupare una posizione diversa nel quadrante speculare e complementare alle posizioni di base del paziente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ricostruire l'infanzia dei nostri pazienti e rassicurarli che potranno continuare a volere bene alle loro figure di riferimento anche senza il bisogno di comportarsi come loro. Essere quel qualcun altro da cui apprendere nuovi comportamenti e modi di fare. Non essere anormali è dunque la normalità. Una nuova nascita psicologica.

E' un bel lavoro, un grande lavoro. Migliorare la vita degli altri.

Lorna conclude spesso queste sedute dicendo: "*Buon compleanno*"!

Festeggia così la nascita di un nuovo Sé.

Noi festeggiamo il nostro essere "nuovi" terapeuti.

Grazie Lorna

Grazie Francesco Colacicco

© RIPRODUZIONE RISERVATA

BIBLIOGRAFIA

Cancrini, L. (2006). *L'oceano borderline. Racconti di viaggi.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Cancrini L., (2012). *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline.* Milano: Raffaello Cortina Editore .

Cancrini L., (2017).*Ascoltare i bambini. Psicoterapia delle infanzie negate.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Cirillo S., Selvini M., Sorrentino M., (2016). *Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Colacicco F, (2014). *Ogni psicopatologia è un dono d'amore,* Roma: Scione Editore.

Colacicco F., *Una breve introduzione alla lettura di Lorna Benjamin in Ecologia della mente*, Roma, 2011, n.2, pag. 34.

Dawkins R. (1995), *Il gene egoista. La parte immortale di ogni essere vivente*, Milano: Mondadori.

Kenneth L. Critchfield, Ph.D., *Differenziazione amichevole: comportamenti interpersonali che favoriscono o impediscono l'autonomia nei contesti clinici ed evolutivi.* Istituto Neuropsichiatrico e Dipartimento di Psicologia del'Universita' dello Utah Critchfield, K. L. (2010). Friendly differentiation: Autonomy-granting and autonomy-taking interpersonal behaviors in developmental and clinical context in *SITAR newsletter,* 10(3), 2-6.

Smith Benjamin L. (2004), *Terapia Ricostruttiva Interpersonale. Promuovere il cambiamento in coloro che non reagiscono.* Roma: LAS.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Smith Benjamin L (1999), *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*. Roma: LAS.

© RIPRODUZIONE RISERVATA