

IL TRIANGOLO DRAMMATICO: DA STRUMENTO DESCRITTIVO A STRUMENTO TERAPEUTICO

Antonella Ivaldi^{o*}

^oIV Centro di Psicoterapia Cognitiva, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), Roma.

*Associazione per la ricerca sulla Psicopatologia dell'attaccamento e dello Sviluppo (ARPAS), Roma.

Riassunto

Il *Triangolo Drammatico*, è soltanto uno schema descrittivo utile al terapeuta, per comprendere la rappresentazione di sé con l'altro di un paziente borderline o dissociato, durante l'attivazione di un *Modello Operativo Interno disorganizzato*? La tesi di questo articolo è che il *Triangolo Drammatico* sia uno schema utile per concettualizzare un funzionamento mentale, un modo per mettersi in relazione con l'altro, ma prevalentemente, uno strumento terapeutico potente che permette di lavorare, a partire dalla relazione terapeutica, sulla relazione stessa fin dall'inizio di una terapia. Nel modello cognitivo-evoluzionista di terapia integrata individuale e di gruppo il *Triangolo Drammatico* è, insieme ai *sistemi motivazionali*, lo strumento terapeutico d'elezione, attraverso cui diventa possibile analizzare il *Processo Relazionale* da parte del terapeuta, ma, cosa più interessante, anche da parte del paziente. Nell'articolo, dopo aver fornito brevi cenni sulle origini di questo schema interattivo, si esplorano i diversi modi in cui viene utilizzato nel corso della terapia, dalla definizione del contratto, al mantenimento dello stesso nei momenti di impasse della relazione terapeutica.

L'uso del *Triangolo Drammatico* agevola la possibilità di vivere un'esperienza emotivamente correttiva durante il lavoro terapeutico, nel "qui ed ora" del setting di gruppo, facilitando la capacità di auto-osservazione e la metacomunicazione nei pazienti.

Parole chiave: *Triangolo drammatico; Psicoterapia cognitivo-evoluzionista; Contrattualità; Attaccamento disorganizzato; Processo relazionale psicoterapeutico*

Summary

Is the *Drama Triangle* nothing but a descriptive tool, enabling the therapist to conceptualize self-representations of borderline and dissociative patients, when their Disorganized Internal Working Model is activated? We maintain that the *Drama Triangle* is much more than simply this: in fact, if properly handled, the *Drama Triangle* is a very powerful therapeutic tool which allows to effectively work on the patient-therapist relation, from the very beginning of psychotherapy, by taking advantage of the "here and now" of the actual relation.

According to the Evolutionist-Cognitive Model of Individual and Group Integrated Therapy, the *Drama Triangle*, together with Motivational Systems, is the elective tool for the analysis of the relational process, to be used by the therapist and, more interestingly, also by the patient.

This paper reviews various contributions to the *Drama Triangle* conceptualization and describes its applications during psychotherapy from the initial negotiation (of paramount importance) to the management of impasse-situations, providing clinical examples.

The use of the *Drama Triangle* favours emotional corrective experiences, makes self-observation easier and improves metacognition.

Il triangolo drammatico

Key words: *Drama triangle; Cognitive-psychotherapy; Treatment-contract; Disorganized attachment; Psychotherapeutic process.*

Lo scopo di questo articolo è approfondire la conoscenza e l'uso di uno schema interattivo: il Triangolo Drammatico. Questo concetto viene utilizzato nell'ambito del cognitivismo clinico per descrivere le difficoltà relazionali conseguenti all'attivazione del Modello Operativo Interno (MOI) dell'attaccamento disorganizzato, caratterizzato da sollecitazioni caotiche di richiesta d'aiuto, vissuti di pericolosità e minacciosità, oscillazioni tra idealizzazione e svalutazione dell'altro, in un rapido susseguirsi di rappresentazioni cangianti e inconciliabili di sé e dell'altro nella relazione terapeutica (Liotti 1999, 2000, 2001, 2005; Di Maggio e Semerari 2003). La tesi di questo articolo è che il *Triangolo Drammatico* non sia solo un utile ed efficace schema descrittivo, ma anche e soprattutto uno strumento terapeutico potente, che permette di lavorare sulla relazione terapeutica fin dall'inizio di una terapia.

Nel modello cognitivo-evoluzionista di terapia integrata (Ivaldi et al. 1998, 2000), il Triangolo Drammatico costituisce, insieme ai Sistemi Motivazionali (Bowlby 1969, 1973, 1979; Liotti 1992, 1994, 1995, 1996) lo strumento terapeutico d'elezione.

Come nasce il Triangolo Drammatico

Il concetto di Triangolo Drammatico è stato formulato da Stephen B. Karpman (1968) con l'intento di illustrare la dinamica relazionale di un *gioco*, all'interno della teoria dei "Giochi Psicologici" (Berne 1968). Berne definiva *gioco* "una serie continuata di transazioni complementari ulteriori, che progrediscono verso una conclusione prevedibile e ben definita, chiamata *tornaconto finale*" (Berne 1968). Questa conclusione prevedibile consiste in sentimenti, cosiddetti parassiti, che vanno dalla paura, tristezza, impotenza e disperazione (tipica della vittima), alla collera e al trionfo maligno (tipica della figura del persecutore), alla sollecitudine e compassione (caratteristica del salvatore).

Nella teoria di Berne, le transazioni sono unità di misura, scelte per convenzione, del processo comunicativo. Esistono vari tipi di transazioni, quelle definite "ulteriori" sono caratterizzate dalla presenza contemporanea di due messaggi: uno *sociale* o *apparente*, e l'altro *psicologico* o *nascosto* (inconscio). Un esempio di transazione ulteriore è il *messaggio sociale* "**aiutami!**", accompagnato dal *messaggio psicologico* "**non mi puoi aiutare** (*perché non sono degno di aiuto, perché nessuno vorrà davvero aiutarmi, perché se mi affido sono in pericolo, perché se mi aiuti dipenderò da te per sempre e quindi mi danneggerai, perché sei incapace e vulnerabile*)". Questo esempio di transazione ulteriore corrisponde a quanto ci si può attendere emerga da un MOI disorganizzato, caratterizzato da "paura senza sbocco", nella relazione con chi è chiamato a fornire aiuto (*fright without solution*: Main e Hesse 1990), perché in tali circostanze il genitore è contemporaneamente la fonte di paura e la soluzione per quella paura (per maggiori dettagli sul MOI dell'attaccamento disorganizzato si veda Liotti 1995, 1999, 2001). È degna di nota anche la somiglianza formale del concetto di transazione ulteriore con gli assunti della Control Mastery Theory (CMT) (Weiss e Sampson 1999). Il *messaggio sociale* corrisponde al *piano di guarigione*, mentre il *messaggio psicologico* corrisponde alle *credenze patogene*, maturate sulla base delle proprie esperienze traumatiche. Le *convinzioni patologiche* producono un'azione d'ostacolo alla realizzazione del *piano di guarigione*, azione che si svolge nella piena inconsapevolezza da parte del paziente. Durante un *gioco*, cioè una serie di transazioni ulteriori, la funzione di ostacolo delle *credenze patogene* diventa improvvisamente e drammaticamente evidente, sconvolgendo il piano della relazione con l'altro attraverso repentini scambi di ruolo e conducendo i partecipanti a precipitare in un vissuto negativo (*tornaconto finale*). In questo senso, il *tornaconto finale*

Antonella Ivaldi

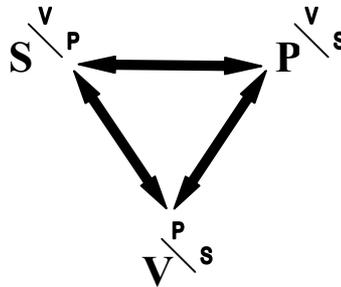


Figura 1: rappresentazione grafica del Triangolo Drammatico

rappresenta l'insieme di pensieri negativi su sé, sugli altri e sulla vita, che confermano e rinforzano la credenza patogena originaria.

Karpman (1968), con il suo studio del Triangolo Drammatico, approfondisce il *processo relazionale* che è alla base del *gioco* e che appare in tutta evidenza nelle relazioni interpersonali dei pazienti con disturbi psicopatologici gravi (come i disturbi borderline e dissociativi). Possiamo riassumere il contributo di Karpman come segue: le transazioni ulteriori impegnano i "giocatori" in tipi di interazioni che, schematicamente, ricordano quelle tra salvatore e vittima, o tra vittima e persecutore delle favole e delle tragedie del teatro classico (S^v P^v V^p).

Generalmente ogni giocatore ha una posizione preferenziale, nella quale passa la maggior parte del tempo. Ogni posizione del Triangolo Drammatico comporta una svalutazione di sé e dell'altro con cui si entra in relazione. Come nelle transazioni ulteriori esiste un duplice livello comunicativo, anche i ruoli del Triangolo si manifestano sul piano sociale e nascondono un livello psicologico, che diverrà esplicito durante una inversione drammatica di ruoli, nel corso dell'interazione. Il salvatore, ad esempio, passa gran parte del suo tempo aiutando gli altri: S^v da un lato, evita così di sentirsi debole e inferiore (vittima), e dall'altro, alimentando un senso di sé grandioso, considera di fatto inferiori gli altri. Si assume la posizione del persecutore quando si tende a svilire un'altra persona e, a differenza del salvatore, la si umilia in modo esplicito. P^v, il persecutore evita così di sentirsi vittima assumendo il ruolo del carnefice. La vittima, infine, opera una svalutazione molto forte su di sé, minimizzando o addirittura annullando le proprie capacità personali. V^p, la vittima, di solito cerca relazioni preferenziali con un salvatore, che viene idealizzato, o con un persecutore, che la tratta "come merita".

In base alle esperienze personali dei primi anni di vita, con particolare riferimento alle relazioni di attaccamento, l'individuo si organizza un sistema di convinzioni che riguardano la sua identità, il suo stare al mondo, i suoi bisogni e le relazioni con gli altri. Bowlby definiva questo insieme *Modello Operativo Interno* (MOI) (Bowlby 1969, 1973, 1979); Berne lo ha chiamato *Copione* (Berne 1961, 1968, 1972); Weiss e Sampson lo individuano come il *Piano di Guarigione* e le *Credenze Patogene* (Weiss e Sampson 1999). Al di là delle differenze che caratterizzano ogni singolo concetto, l'elemento comune a tutti è l'ipotesi di una compresenza di un obiettivo naturale, sano e desiderabile (conseguire delle buone relazioni con gli altri, riparando ai danni di un'infanzia problematica) e l'adozione inconsapevole di comportamenti non funzionali al raggiungimento dell'obiettivo (come diretta conseguenza delle convinzioni patologiche persona-

li). L'aspetto più originale del Triangolo Drammatico consiste dunque nell'evidenziare quando è presente, il duplice livello di attivazione di ogni individuo nelle relazioni con gli altri. Attraverso l'analisi della comunicazione, questo strumento permette sia al terapeuta che al paziente, di evidenziare quelle intenzioni nascoste, che proprio perché inconsapevoli, ostacolano la funzione integratrice della coscienza riguardo ai propri *stati mentali* (Fiore e Semerari 2003).

Uso del Triangolo Drammatico nel modello di terapia integrata cognitivo-evolutionista e ruolo della contrattualità

Il Triangolo Drammatico è, dunque, un modo di concettualizzare un funzionamento mentale, una rappresentazione di alcune modalità di mettersi in relazione con l'altro, ma anche e soprattutto uno strumento terapeutico potente, che permette di lavorare sulla relazione terapeutica, fin dalle prime battute di una terapia, ovvero fin dall'invio. Il tipo di lavoro terapeutico a cui si fa riferimento è un lavoro sul *processo*, intendendo con questo termine tecnico "la natura della relazione tra gli individui che interagiscono" (Yalom 1995).

Se si considera soltanto il *contenuto* di una comunicazione, è molto probabile che la percezione della relazione in corso sia limitata. Gran parte del lavoro terapeutico si svolge sul *processo*. La comunicazione può essere chiara, congrua, o poco chiara, incongrua. La differenza fra questi due tipi di comunicazione sta nel fatto che, nella prima, il messaggio di *contenuto* corrisponde ad una *intenzione* chiara, che trasparirà anche dalla comunicazione non verbale. Nella seconda, esiste invece un'intenzione nascosta, anche al soggetto comunicante. In questo ultimo caso, quindi, il messaggio di *contenuto*, non corrispondendo in modo lineare e trasparente all'*intenzione*, sarà dissonante con alcune espressioni della comunicazione non verbale. Tenendo conto di queste osservazioni, lavorare sul *processo relazionale* significa non solo analizzare ogni singolo frammento di comunicazione, ma intere sequenze comunicative, dalle quali è più facile estrapolare le caratteristiche peculiari dello stile relazionale personale e la natura della relazione con l'altro.

In questo senso lo schema interattivo del Triangolo Drammatico può rappresentare uno strumento efficace da utilizzare nelle diverse fasi della terapia, per incrementare il livello di consapevolezza dei pazienti, tenendo conto delle loro diverse capacità e necessità. All'inizio di una terapia è importante che il terapeuta tenga presente lo schema e lo utilizzi soprattutto per salvaguardare il setting da contaminazioni e ostacoli, che non consentirebbero l'avvio di una relazione terapeutica sana ed efficace. Il terapeuta dovrà essere tempestivo nel confrontare le richieste incongrue esplicite ed implicite del paziente, concentrandosi sulla definizione del setting. In questa prima fase, dunque, come vedremo più avanti, il Triangolo Drammatico sarà prevalentemente usato dal terapeuta, che se ne avvarrà nel lavoro di impostazione della terapia e di definizione del Contratto.

Nelle fasi terapeutiche successive, dopo aver definito un territorio ed un impegno reciproco, sarà possibile spiegare prima, ed utilizzare poi, lo schema del Triangolo Drammatico insieme al paziente, come griglia di lettura di alcune esperienze riportate, o meglio ancora vissute nel "qui ed ora" nell'ambito del setting di gruppo. In questa fase, la *spiegazione* è un'operazione terapeutica importante, che consente al paziente di acquisire informazioni utili sul processo terapeutico, così da riuscire a parteciparvi più attivamente. È possibile ipotizzare che, per il paziente, conoscere la teoria di riferimento del terapeuta, comprendere cosa avviene di volta in volta nel percorso terapeutico e perché, possa incrementare un senso di padronanza riguardo all'esperienza terapeutica e facilitare l'attivazione del sistema motivazionale cooperativo. In una fase intermedia della terapia, sarà più facile per il paziente usare il Triangolo Drammatico nell'osservazione delle relazioni

altrui, da una posizione che favorisce un decentramento cognitivo. In questo senso diventa evidente l'importanza del setting multiplo e, in particolare, dell'uso della terapia di gruppo.

Per lavorare con il Triangolo Drammatico è necessario che il terapeuta, oltre a conoscere lo strumento, abbia anche consapevolezza di quale potrebbe essere il suo ruolo drammatico preferito. Questa consapevolezza gli dà il vantaggio di essere un osservatore più allenato ed esperto, in grado di cogliere tempestivamente l'*ulteriorità* in un messaggio comunicativo ("aiutami": messaggio sociale; "non mi puoi aiutare": messaggio *ulteriore*) e di organizzare un'azione, che sia preventiva rispetto all'attivazione di una dinamica relazionale patologica. Il primo lavoro terapeutico sul Triangolo è dunque un lavoro interno *attivo* del terapeuta, che non dovrebbe colludere con le sollecitazioni del paziente, volte ad attivare in lui il ruolo del salvatore. Che il paziente proponga il suo MOI e, di conseguenza, giochi i suoi ruoli drammatici nella relazione con il terapeuta, è normale, anzi è scontato. I problemi nascono quando è il terapeuta ad attivare i suoi ruoli nel triangolo, ovviamente in modo inconsapevole. Per esempio, colludere con una richiesta d'aiuto indifferenziata e incoerente da parte di un paziente V/P, attivando il ruolo di S/V, può rappresentare il fallimento di un test relazionale (Weiss 1993).

Es: Una paziente con una storia di abusi, si rivolge ad terapeuta per la prima volta ed assume da subito un atteggiamento ambivalente: Elsa (V^p) "Ho imparato a fare tutto da sola! Sono stata capace sa...?!" Ter. "Cosa c'è che non va?" Elsa "Mah...vorrei essere un po' più serena. Ma dopo tutto quello che ho passato!!" La terapeuta è molto colpita dalla storia della paziente e sente già molta sollecitudine nei suoi confronti. Ter. (S^V) "Come posso aiutarla?" Elsa (P^V) "Ah non lo so questo lo sa lei, io sono qui!"

La terapeuta sente un senso di vago fastidio in relazione a questa risposta, tuttavia pensa che sia formalmente corretto quello che la paziente le ha appena detto, quindi chiude la seduta senza aggiungere altro e avvia la terapia.

Gli incontri successivi, sono caratterizzati essenzialmente, da diversi tentativi della terapeuta di approfondire l'analisi della storia personale di Elsa, cercando di evidenziare i nessi causali relativi alla mancanza di serenità della paziente. Elsa risponde in modo estremamente svalutante alla terapeuta, dando l'impressione di non dare importanza a quello che le si dice, seguendo un suo filo di pensiero che va in altra direzione. L'iniziale fastidio della terapeuta si trasforma lentamente in un senso di disagio, caratterizzato sempre più da un senso di umiliazione e impotenza, si sente in "impasse". Proviamo ad immaginare cosa sarebbe accaduto in un altro tipo di dialogo terapeutico.

Elsa "Ho imparato a fare tutto da sola! Sono stata capace sa...?!" Ter. "Credo che lei abbia fatto molto, ma qual è la sua richiesta per me?" Elsa "Mah... vorrei essere un po' più serena. Ma dopo tutto quello che ho passato!!" La terapeuta pur provando sollecitudine: "Lei ha una storia davvero dolorosa, per capire se la posso aiutare, ho bisogno di sapere cosa vuol dire per lei essere più serena, scoprire insieme a lei cosa le impedisce di esserlo ed eventualmente poi, stabilire se e come lavorarci terapeuticamente".

I *test* proposti da questo tipo di pazienti, richiedono una soluzione altrettanto geometrica, metaforicamente parlando, quanto lo schema del Triangolo Drammatico: la soluzione consiste nel posizionarsi in un punto esterno al Triangolo, da cui poter osservare e commentare il Triangolo Drammatico stesso. La fase iniziale della terapia, caratterizzata dalla valutazione e dalla definizione del Contratto, rappresenta potenzialmente quel punto.

Il triangolo drammatico

La prima fase della una terapia può consistere in una serie di incontri, il cui l'obiettivo è quello di porre le basi per un impegno reciproco di lavoro, riformulando la richiesta iniziale d'aiuto del paziente e ridefinendo insieme un primo Contratto. Questa operazione, che, con alcuni pazienti, risulta piuttosto semplice e veloce, nel trattamento dei disturbi borderline di personalità e dissociativi può diventare estremamente complicata e richiedere molto tempo. Proprio per questo, è necessario seguire con particolare cura la definizione del Contratto, sul quale si tornerà in più occasioni durante il percorso terapeutico. Il Contratto, in questo caso, rappresenta ben altro che la formulazione di un obiettivo terapeutico condiviso. In realtà diventa un modo per definire la natura della relazione terapeutica, tenendola al di fuori del perimetro del Triangolo drammatico e con ciò proteggendola dall'attivazione disfunzionale del sistema dell'attaccamento.

Per la particolare natura dei disturbi borderline, è noto come fin dalle prime battute della terapia, il terapeuta si senta coinvolto, suo malgrado, in una relazione molto intensa con il paziente, nella quale si trova a dover rispondere a sollecitazioni, che per loro natura, confondono e minano il suo senso di padronanza nello svolgere il compito professionale.

Sulla base di più importanti contributi sperimentali sul trattamento dei DBP (Linehan 1991, 1993; Bateman e Fonagy 1999, 2001), è possibile individuare nell'uso di un doppio setting (individuale-gruppo) uno dei potenziali fattori di efficacia nella terapia di questa categoria di pazienti (Liotti 1999, 2000; 2005). L'ipotesi è quella di riuscire a distribuire l'affettività fra più figure di riferimento terapeutiche, con lo scopo di non esasperare un'unica relazione di riferimento, così da proteggere il setting terapeutico dall'attivazione patologica di un Modello Operativo Interno dell'attaccamento disorganizzato.

Pur condividendo fin dalle origini questa idea (Ivaldi et al. 1998), è tuttavia ipotizzabile che qualora non fossero chiare le dinamiche patologiche paradossali, conseguenti all'attivazione del Triangolo Drammatico in questi pazienti, anche un setting multiplo potrebbe rivelarsi inefficace. Quindi, l'ipotesi è che per rendere più efficace la terapia, anche in un setting multiplo, sia utile lavorare con il Triangolo Drammatico, fin dalla fase contrattuale.

Quando parliamo di diluire la carica affettiva derivante dalla attivazione di un MOI disorganizzato, intendiamo porre le basi per limitare il più possibile un'attivazione disfunzionale del sistema dell'attaccamento. Oltre ad istituire un doppio setting, l'opportunità che ha il terapeuta di proteggere la nascente relazione terapeutica, è quella di utilizzare nel senso descritto in precedenza, la contrattualità (Ivaldi e Fassone 2000). Definire le competenze, delineare i confini del rapporto terapeutico, stabilire le regole del setting e gli impegni reciproci oltre che le mete e valutare la richiesta, sono operazioni che tendono a sottolineare chiaramente la particolare natura della relazione terapeutica, contrastando e riducendo l'attivazione degli schemi relazionali drammatici, che vedono il terapeuta nel ruolo di *salvatore/persecutore* e il paziente nel ruolo di *vittima/persecutore*.

Es.: Paz. *"Dottore lei mi deve aiutare a riconquistare mia moglie, sono troppo disperato!"* Ter. *"Questo non è un obiettivo terapeutico. Lei sa cosa è una psicoterapia e cosa si può ottenere facendola? Se vuole ne possiamo parlare."*

Es.: Paz. *"Mi aiuterà a capire perché uso tanta cocaina? Io mi affido a lei"* Ter. *"Prima di capire è opportuno che lei si impegni a smettere, e considerando la gravità della sua dipendenza, deve farsi aiutare, vogliamo pensare a delle soluzioni in tal senso?"* Paz. *"No non voglio andare da nessun altro ne tanto meno in comunità! Non ne vedo la necessità io posso farcela benissimo con il suo aiuto basta che mi aiuti a capire"* Ter. *"Non credo sia così se vuole posso spiegarle i motivi, tuttavia non accetterò di iniziare una terapia con lei se lei non inizierà contemporaneamente, un programma di disintossicazione".*

Queste operazioni terapeutiche rappresentano, fin dall'inizio, il progetto terapeutico di lavorare sul *processo relazionale* e soddisfano un primo obiettivo: indurre il paziente a sentirsi partecipe nel percorso terapeutico, attivando un piano relazionale caratterizzato in senso cooperativo. Lavorare sul *processo* nella fase iniziale della terapia e quindi, usare il Triangolo Drammatico, significa soprattutto che il terapeuta sarà attento agli aspetti dinamici paradossali del Triangolo Drammatico e, prima di parlarne con il paziente, predisporrà un setting pulito da possibili contaminazioni, che inquinerebbero la relazione terapeutica e inficerebbero il lavoro. La contrattualità rappresenta, quindi, una sorta di zona franca, dove è possibile lavorare sia per il terapeuta che per il paziente e a cui tornare nei momenti conflittuali della terapia, nei quali il paziente mette alla prova, inconsapevolmente, la relazione terapeutica (Ivaldi et al. 2000, 2002).

Es: Luisa, una paziente borderline aveva espresso, fin dall'inizio della terapia, preoccupazione per la sua tendenza distruttiva, con cui avrebbe potuto boicottare il suo percorso terapeutico. Nel corso della fase contrattuale la terapeuta si prende cura di questa preoccupazione e stabilisce con la paziente alcune semplici strategie per arginare l'impulsività distruttiva e per consentire un lavoro terapeutico su di essa. Una di queste strategie consisteva nel telefonare ed eventualmente lasciare un messaggio prima di assumere alcool o altre sostanze che avrebbero diminuito considerevolmente il senso di padronanza, già piuttosto scarso. Dopo circa tre mesi dall'inizio della terapia, la paziente ebbe una violenta crisi in relazione ad una delle solite liti con il compagno durante la quale bevve alcool ed esasperò i toni della discussione fino ad arrivare alle mani, ma soprattutto a farsi male, cadendo dal tetto mentre inseguiva in maniera minacciosa il compagno in mansarda.

Quando Luisa si presentò in seduta dalla terapeuta, oltre ad essere visibilmente mal ridotta per le gravi escoriazioni riportate era molto arrabbiata con se stessa, con la terapeuta, con il mondo intero, per ciò che era accaduto di nuovo e al tempo stesso vergognosa, sfiduciata, avvilita, impotente, "senza speranza!", inaiutabile.

Luisa: "...vede?! Ora capisce come stanno le cose?! Cosa vengo a fare da lei...è inutile! Come può aiutarmi? Finché parliamo va tutto bene, ma a cosa mi serve quando sto così? Sono fatta troppo male, Mi dica lei cosa posso fare?... Ma cosa ne può sapere lei!."

Questo momento evidenzia la piena attivazione del Triangolo Drammatico, nel corso della quale tutte le convinzioni profonde patologiche diventano esplicite e la paziente oscilla tra il sentirsi inaiutabile (V) e sentire l'altro colpevole di non saperla aiutare (P). Il terapeuta si trova a rispondere a sollecitazioni inconciliabili: lo stato di sofferenza della paziente stimola un atteggiamento di cura, ma al tempo stesso prova un senso di impotenza e di inefficacia personale quando Luisa le dimostra che non ha potuto far nulla per lei. Contemporaneamente prova anche fastidio per l'aggressione da parte della paziente e vorrebbe allontanarla. Una risposta qualsiasi fra queste tre interne al Triangolo Drammatico sarebbe stata fallimentare.

Dopo aver esplorato la dinamica dell'incidente ed aver saputo che Luisa aveva bevuto, la terapeuta chiede: "Perché non mi ha chiamato prima di bere?" Anche quando la paziente si sorprende e si arrabbia ancora di più "Ma allora lei non ha capito!! Io non capisco più niente in quei momenti, non sono in grado di far nulla!! È più forte di me...", la terapeuta insiste e le ricorda l'impegno preso in precedenza, con lo scopo di poter consentire un lavoro su questi comportamenti, altrimenti impossibile. La terapeuta congeda la paziente chiedendole di riflettere sul fatto che era venuta meno ad un impegno preso con lei e le dice che senza quell'impegno non sarebbe stato possibile continuare la terapia, per tutte le ragioni già discusse insieme che riguar-

Il triangolo drammatico

dano le minime condizioni necessarie per condurre un lavoro terapeutico. Il fatto stesso che la paziente sia tornata in seduta la volta successiva, ha rappresentato una convalida per la terapeuta dell'efficacia del messaggio inviato a Luisa. In particolare, la terapeuta ha avuto modo di verificare che la paziente aveva colto l'intenzione terapeutica che aveva motivato l'intervento. Luisa *"Le confesso che uscita da qui, la volta scorsa ho pensato: non ci metto più piede! Ho pensato che lei mi stesse mollando. Però c'era qualcosa che non mi convinceva, ho pensato e ripensato a lungo a quello che mi aveva detto e a come. Mi sono ricordata del nostro accordo...."*

Luisa parla a lungo con la terapeuta di quello che era successo fra loro, accetta l'impegno, ma soprattutto capisce il senso della cooperazione richiesta. Questo non sarebbe stato possibile se in fase contrattuale la terapeuta e la paziente non avessero già definito le condizioni di lavoro e alcune strategie protettive rispetto ai comportamenti distruttivi, che avrebbero ostacolato lo svolgersi della terapia stessa. Probabilmente in assenza di quelle preliminari condizioni contrattuali, l'intervento della terapeuta non sarebbe stato letto dalla paziente come un intervento terapeutico, ma in piena attivazione del suo MOI disorganizzato, sarebbe stato vissuto come un abbandono, conferma della sua "inaiutabilità" e del vissuto catastrofico "senza via d'uscita".

Lavorare sul Contratto, in fase iniziale, implica delle operazioni terapeutiche importanti:

1) la *valutazione* (analisi dell'invio; analisi della richiesta; comprensione degli ostacoli esterni e dei boicottaggi inconsapevoli del paziente nei confronti della terapia);

2) la *definizione del piano terapeutico* (presentazione e spiegazione del modello di intervento, dei vantaggi e dei limiti di una psicoterapia; individuazione e messa a punto di strategie personalizzate volte alla protezione del setting);

3) *Ridefinizione dell'obiettivo terapeutico* e formulazione del piano di trattamento.

Per *valutazione* si intende non solo la formulazione di una diagnosi, ma anche la considerazione di come avviene l'invio e, più in generale, di come arriva il paziente da noi, della motivazione alla terapia, che non sempre è sufficiente e non sempre è del paziente. Soprattutto per i casi difficili, la richiesta di aiuto indifferenziato, estrema conseguenza di uno stato di esasperazione, arriva dai familiari, che sono spesso confusi e problematici a loro volta. Il paziente viene sollecitato in vari modi a farsi curare, le richieste sono frequentemente miracolistiche e di pronto intervento (immediata risoluzione di un sintomo o di una situazione problematica).

Es.: 1: *"Dottore mi deve aiutare a capire come posso convincere una persona a cui tengo a venire da lei"* Ter. *" Posso ascoltarla e comprendere insieme a lei il senso di questo suo proposito"*

Es.: 2 *Entra nello studio una giovane ragazza di diciannove anni, con un sorriso stampato e un atteggiamento seduttivo infantile. Anna, questo è il nome della ragazza, con una vocina leziosa inizia a fare domande al terapeuta, cercando di familiarizzare come se fosse sulla panchina di un parco e volesse rendersi simpatica alla persona accanto, per trascorrere un po' di tempo. Ter. "Quale è il motivo di questo incontro?" Anna " Boh!! Mio padre dice che mi serve." Ter. "Lei pensa che le serva?" Anna " Ma?!? Forse si... beh!? Oddio mi sembri simpatica, sicuramente sei più simpatica di quell'altra, che ad un certo punto non la sopportavo più!" Ter. " È stata già in terapia?" Anna " Eh si! Ho iniziato a quattordici anni, mio padre mi ci ha spedito!" Alla fine della seduta, la terapeuta organizza un incontro con Anna e suo padre.*

In generale, non tenere conto del contesto di appartenenza di un paziente e delle dinamiche

relazionali con i suoi familiari, può rivelarsi una collusione molto grave. Spesso accade che i pazienti dipendano anche economicamente da qualcuno e quindi diventa necessario fare un contratto economico “a tre mani” come per gli adolescenti, che comporta delle implicazioni terapeutiche particolari. Ancora più importante è la valutazione di quanto i familiari possano essere considerati una risorsa o un ostacolo al percorso terapeutico. Sulla base di questa valutazione, possono essere prese, a volte, delle decisioni importanti sul protocollo di trattamento, che incideranno in modo sostanziale sul piano terapeutico.

Rispetto al trattamento residenziale, dove il paziente vive un contesto più contenitivo e protetto, in cui la terapia può essere organizzata in una forma più intensiva e quindi più incisiva, il trattamento ambulatoriale, per sua natura, risulta maggiormente esposto ai rischi di interferenze e di dispersione. Metaforicamente diremo che è una rete a maglie più larghe, da cui sfuggono più pesci. La maggior parte dei pazienti afferiscono al trattamento ambulatoriale, più facile da raggiungere, ma più difficile da mantenere. Per questi motivi è ancora più importante nella fase di valutazione tenere conto delle famiglie e del contesto di provenienza del paziente. Il Triangolo Drammatico è attivo nel contesto di vita del paziente e il terapeuta rischia di essere coinvolto nelle dinamiche patologiche senza avere il tempo di capirlo nel momento della richiesta di terapia. A volte, questi elementi, possono diventare delle risorse nella terapia, altre volte vanno arginati il più possibile i danni che ne potrebbero derivare. Tuttavia è molto importante che questa operazione di valutazione si svolga in fase iniziale, quando terapeuta e paziente discutono e decidono le condizioni di lavoro. Farlo dopo assumerebbe facilmente il significato di un rimedio tardivo al fallimento di un *test* e sarebbe difficilmente praticabile.

È profondamente diverso per i pazienti non intraprendere un trattamento terapeutico, qualora mancassero i presupposti necessari per garantirne l'efficacia, rispetto ad interrompere il trattamento, senza averlo programmato (*drop-out*), sia in termini di vissuto personale, che in termini di significato attribuito all'esperienza.

Una parte importante del percorso di valutazione riguarda l'analisi della richiesta formulata dal paziente. Quando un paziente chiede aiuto è chiaro che vorrebbe star meglio, ma non è affatto scontato che sia consapevole e desideroso, di avviare un percorso di comprensione del suo problema e di cambiamento personale. Questa operazione richiede delle capacità di mettersi in discussione e di impegnarsi attivamente, non sempre pienamente disponibili in questi pazienti. Ad esempio, quando un paziente sta male e chiede aiuto, è più facile che tenda ad attribuire le responsabilità a qualcun altro (*persecutore/vittima*), o in alternativa, che tenda a prendere tutte le colpe, depressivamente, senza speranza, su di sé, assumendo inequivocabilmente il ruolo della *vittima/persecutore*. Come si evidenzia, il Triangolo Drammatico si attiva sin dalle prime battute di una terapia. La terapia nella mente dei pazienti assume significati collusivi con le proprie convinzioni patologiche, e raramente è conosciuta per ciò che è. È quindi estremamente importante tenere in considerazione queste dinamiche al fine di predisporre un terreno quanto più possibile libero da meccanismi comunicativi disfunzionali.

Il secondo gruppo di operazioni terapeutiche importanti è rappresentato dalla *definizione del piano terapeutico*. Le modalità di lavoro le propone il terapeuta, che ha il difficile compito di utilizzare il vissuto patologico del paziente, provando a trasformarlo in una esperienza correttiva. Nel modello cognitivo-evoluzionista di terapia integrata, un intervento utile in questa direzione consiste nella spiegazione del protocollo terapeutico. Il terapeuta esplicita il modello di terapia a cui fa riferimento, parla con il paziente delle modalità di trattamento e, se richiesto o necessario, dei criteri secondo cui sono state scelte quelle modalità. Definire il setting, da parte del terapeuta, rappresenta una delle prime operazioni importanti dello strumento del Triangolo Drammatico. Esplicitare cosa è una psicoterapia e come si usa, cosa si può ottenere e come, quali sono i ruoli

Il triangolo drammatico

nel processo terapeutico, significa disegnare il territorio entro cui sarà possibile accogliere la richiesta d'aiuto e lavorare fruttuosamente con il paziente, confrontando da subito le aspettative magiche che egli propone dall'interno del Triangolo Drammatico. Parlare di *ciò che si può fare*, da parte del terapeuta ha anche un altro significato relazionale. Per questi pazienti, che sono abituati ad uno stile d'attaccamento confuso e disorientante, il terapeuta che si espone e si definisce, ponendosi e ponendo dei limiti, rappresenta un'esperienza nuova, sorprendente ma stimolante allo stesso tempo.

Questo stile relazionale del terapeuta tende a sottolineare al paziente la natura professionale del loro rapporto, contrastando le aspettative miracolistiche e quindi il vissuto patologico di "impossibilità" che ne è alla base. Il lavoro terapeutico nella fase iniziale sarà orientato prevalentemente a definire il setting e valutare la capacità del paziente di comprendere e accettare il senso di un percorso terapeutico da condividere. Ovviamente terapeuta e paziente saranno impegnati ad affrontare gli ostacoli che impediscono l'avvio eventuale del percorso, o persino l'adesione ad esso. Come si noterà, nel definire il Contratto si è già paradossalmente nel pieno della terapia, pur evidenziando che l'avvio della terapia avverrà soltanto quando e se ci saranno le condizioni sufficienti. In questa fase sarebbe opportuno non dare per scontato che, dal momento che il paziente ci chiede aiuto, sia sempre possibile offrirglielo. Farlo potrebbe rappresentare un fatale errore, una collusione con le aspettative magiche o disperanti del paziente, in altre parole significherebbe entrare nel Triangolo Drammatico, senza superare il primo *test* (*aiutami! Vedi che non mi puoi aiutare! Perché...*). Diventa quindi estremamente importante all'inizio del rapporto, cogliere le possibili sfumature patologiche comunicative e non assecondarle.

Es.: Rita "Mi aiuti dottore, vede che razza di genitori ho? Mi rendono la vita impossibile, io faccio di tutto per migliorare ma loro me lo impediscono!" Ter. "In che modo pensa che io la possa aiutare?" Rita "Non lo so! (in lacrime) È tutta la vita che mio padre è stronzo con me, se ne frega!! (esasperando i toni, respira sempre più affannosamente e chiede di andare in bagno perché si sente male) "Mia madre non ne parliamo!" Ter. "quale aiuto immagina che potrei darle?" Rita "Non so... non ce la farò mai!" Ter. "A fare cosa non ce la farà?" Rita "Ma a fare tutto... a studiare, a dimagrire, a non farmi male, non ci riesco, è colpa loro e mi devono tanto, me lo devono!!!" Ter. "Mi sta dicendo che il suo problema di stallo all'università, ad esempio, dipende dalle colpe dei suoi genitori e che, se loro non cambieranno, nulla cambierà per lei? È proprio sicura che io la possa aiutare se le cose stanno così?"

È necessario quindi stipulare un accordo contrattuale, su obiettivi realistici e sul reciproco impegno da garantire, per raggiungere quegli obiettivi. Spesso si suppone che il paziente, a causa di un deficit metacognitivo, potrebbe non comprendere le confrontazioni, le spiegazioni e altre operazioni cliniche, soprattutto in una fase embrionale della terapia, e a volte accade che non ci si provi neppure. Quando questo avviene si rischia, ancora una volta, di colludere con le convinzioni patologiche del paziente, secondo le quali non c'è via d'uscita. Si conferma il paziente nel ruolo di *vittima/persecutore* e il terapeuta nel ruolo di *salvatore/vittima* e il rapporto terapeutico è già in gran parte compromesso. L'esperienza maturata fino ad ora, farebbe affermare, che sia possibile lavorare sul Contratto con qualunque paziente, quelli con deficit metacognitivi maggiori, impiegheranno forse, più tempo degli altri, ma potranno ugualmente riuscire a farlo. Come Marsha Linehan nel suo protocollo lavora sulle priorità, indipendentemente dalla capacità iniziale di comprenderle e accettarle del paziente, e si sofferma su una priorità tutto il tempo necessario per quel paziente, senza andare avanti, così è possibile fermarsi, nella fase contrattuale, tutto il tempo necessario per analizzare e superare gli ostacoli che impediscono l'instaurarsi di una relazione terapeutica sana (dove cioè, non si attivi il Triangolo Drammatico da parte del terapeuta,

oltre che del paziente).

Si potrebbe affermare quindi che, indipendentemente dalla capacità metacognitiva del paziente, è molto utile metterlo a conoscenza di quello che si farà e del perché, delimitando il territorio di intervento psicoterapeutico. Questo aiuta a ridefinire la sua richiesta, a delineare i ruoli e a decidere se accettare le condizioni di un impegno comune e sottoscriverlo. Questo tipo di comunicazione da parte del terapeuta sollecita l'attivazione del sistema motivazionale cooperativo, sin dall'inizio della terapia, permettendo al paziente di sentirsi parte attiva nel processo di cura e, a terapeuta e paziente, di delineare un confine del setting fuori dal Triangolo Drammatico, dove metaforicamente potranno rifugiarsi nei momenti di *test* alla relazione, in cui si attiva in modo disfunzionale il sistema motivazionale dell'attaccamento (Ivaldi et al. 2000, 2002).

Il protocollo della Linehan, strutturato in maniera direttiva e organizzato su compiti semplici, è un esempio di come sia possibile orientare la relazione terapeutica in una direzione cooperativa, fin dall'inizio del percorso. Ovviamente la dimensione motivazionale cooperativa che si può attivare a fine cura non può essere la stessa di cui stiamo parlando in questa fase iniziale. Il paziente dovrà fare un percorso che possa consentirgli di accedere a livelli sempre più alti di complessità della propria esperienza relazionale, in cui, la dimensione della cooperazione con l'altro sia il risultato di una scelta consapevole e di un impegno, altrettanto consapevole, volto ad integrare le differenze, che diventano delle risorse preziose per il raggiungimento di un obiettivo comune, su un piano di pariteticità. Questo risultato sarà tanto più possibile quanto più, per il paziente l'accettazione del proprio passato lascia il passo a nuove esperienze di attaccamento, contestualizzate e attualizzate rispetto alla sua età evolutiva e al "qui ed ora". Nella fase iniziale, quando il disturbo di coscienza condiziona in senso patologico la dimensione interpersonale motivazionale, diventa necessario un intervento più contenitivo, che per sua natura è più semplice, ma più efficace nel proteggere la relazione e consentire l'inizio della terapia.

In conclusione, definire il setting è la risposta al primo *test* importante sulla fiducia. Anche il più patologico dei pazienti, che ripropone nel rapporto con il suo terapeuta il MOI disorganizzato inducendo il terapeuta a rispondere in modo collusivo, è in grado di cogliere la non autenticità della risposta, e questo significa il fallimento del *test*. Quando il terapeuta accetta in modo più o meno evidente, e quasi sempre inconsapevolmente, il ruolo del *salvatore/vittima*, proposto dal paziente è entrato nel Triangolo Drammatico, e, una volta dentro, diventa molto difficile lavorare con il paziente sulla relazione terapeutica. Da qui derivano la maggior parte degli stalli terapeutici e delle interruzioni. Per questo è così importante, nella fase iniziale contrattuale, essere tempestivi nelle risposte *pro-plan* (Weiss 1993), come ci suggeriscono gli stessi pazienti che si attivano immediatamente sottoponendo a *test* la relazione terapeutica in prima seduta.

L'insieme di queste operazioni terapeutiche insite nella valutazione e nella definizione del contratto consentono di riformulare (punto 3) in senso più coerente, plausibile e fattibile, l'iniziale richiesta d'aiuto espressa dal paziente.

Triangolo Drammatico nel modello cognitivo-evoluzionista di gruppo

Una delle linee guida del nostro lavoro, come già detto precedentemente, è la teoria dell'attaccamento di Bowlby. Secondo questa teoria e l'elaborazione ulteriore ad opera di Liotti, il sistema dell'attaccamento si attiva in situazione di sofferenza e si rivolge in modo privilegiato ad una delle persone deputate a dare aiuto.

Per l'analisi della relazione terapeutica in termini di attaccamento, ciò implica che in una relazione terapeutica lunga nel tempo, il terapeuta possa divenire almeno temporaneamente per il paziente la figura primaria di attaccamento (Liotti et al. 2005, in stampa). Da qui il potenziale

Il triangolo drammatico

terapeutico della relazione: “È facile intuire come l’attivazione, nella relazione terapeutica, di MOI di attaccamento formati nelle precedenti relazioni primarie del paziente (di solito quelle con i genitori) offra l’opportunità per importanti esperienze correttive durante il processo della psicoterapia. Se le risposte del terapeuta alle esigenze di aiuto del paziente divergono da quelle che aveva ricevuto dalle figure di attaccamento primarie, il MOI del paziente cambierà. Se i terapeuti rispondono alle richieste (anche latenti) di aiuto e conforto che percepiscono nei pazienti in modo da offrire sicurezza, i MOI insicuri (evitante, ambivalente o disorganizzato) prima dominanti potranno essere sostituiti da MOI sicuri. (Liotti et al. 2005, in stampa).

Soffermiamoci un po’ sulla natura di questa *esperienza correttiva terapeutica*. L’esperienza di attaccamento relativa al rapporto terapeutico è di natura diversa rispetto a quella avuta con i genitori, anzi sarebbe meglio dire che il rapporto di attaccamento con i propri genitori è unico nella vita, irripetibile e fondamentale. Questo ovviamente per la fase di sviluppo in cui si instaura. La vulnerabilità fisica e psichica è tale quando si è piccoli da rendere la relazione con le figure di accudimento indispensabile per la stessa sopravvivenza. Le memorie di un attaccamento patologico e i conseguenti danni sul comportamento adattativo dell’individuo all’ambiente, saranno riattivate nella relazione terapeutica, dove sarà possibile elaborarle, comprenderle e superarle, a condizione che siano chiari i confini e i limiti di quella relazione entro i quali il paziente sarà invitato ad *attualizzare il suo bisogno di attaccamento* (Ivaldi et al. 2002), ovvero a riconoscere e validare la ricerca di cura, che, come dice Bowlby (1979, p.136 ed. it.), opera “dalla culla alla tomba”, tenendo conto della fase evolutiva di ognuno e del contesto relazionale in cui si manifesta di volta in volta. In questo senso, usando il concetto di *Dialettica* che usa Linehan, si potrebbe affermare che il Contratto consiste in un processo dialettico, che si sviluppa lungo l’intero percorso terapeutico, fra accettazione del proprio *passato* di attaccamento problematico, e cambiamento della propria esperienza *presente* di attaccamento, a partire dalla relazione terapeutica.

Sono dunque fondamentali le prime operazioni terapeutiche della definizione del Contratto, ma sono altrettanto importanti le operazioni terapeutiche di mantenimento della contrattualità. Così come il paziente deve gradualmente riconoscere le proprie modalità disadattive, le distorsioni cognitive che ne sono alla base e la loro origine, il terapeuta deve, di volta in volta, con i mezzi più opportuni, differenziare il suo rapporto con il paziente e differenziare la sua risposta accudente, tenendo sempre conto della particolare natura del rapporto terapeutico. Questo garantirà l’autenticità nella relazione e di conseguenza la fiducia. La contrattualità dunque protegge e guida tutto il percorso della terapia, nella misura in cui definisce il contesto relazionale entro cui avviene l’esperienza emozionalmente correttiva.

Nella fase intermedia della terapia, sarà possibile utilizzare lo schema del Triangolo Drammatico insieme al paziente. Il terapeuta inizia con lo spiegare lo strumento, a cosa serve e come si usa. Il setting di gruppo agevola molto questa operazione terapeutica. L’utilizzazione del Triangolo Drammatico, come di altri strumenti, all’interno di un gruppo di terapia, ne aumenta l’efficacia. Le ragioni di questo fenomeno vanno ricercate nei fattori terapeutici tipici del gruppo (Yalom 1995), ed in particolare, nella dimensione interpersonale allargata caratteristica del contesto gruppale, dove compare un “Terzo” nell’interazione (Ceccarelli 1998). Nel setting individuale è possibile evocare un “Terzo” soltanto quando il paziente racconta la propria esperienza a partire dalla rappresentazione mentale che ha di ciò che è accaduto, e quando il terapeuta coglie dei possibili nessi fra l’esperienza vissuta dal paziente nel momento attuale di vita e le sue esperienze passate di attaccamento, e prova a condividerli con lui. Nel setting di gruppo, invece, il “Terzo” è presente ed è reale. La possibilità di vivere delle esperienze nel “qui ed ora” e soprattutto di poter riflettere su quelle esperienze, è un fattore terapeutico potente.

Antonella Ivaldi

Es.: In un gruppo Luca dice a Sara *“Sono molto in difficoltà nel parlare con te, non so... Ho come la sensazione di romperti le scatole mi sembra che ti dia fastidio se provo a saperne di più riguardo ai tuoi problemi”* Ter. *“Sara cosa pensa e cosa prova riguardo ciò che Luca le sta dicendo?”* Sara *“Ma... non capisco perché lui abbia questa impressione, sono io che penso di rompere le scatole, di dare fastidio. Come è possibile?”* Ter. *“Luca riesce a specificare un po' meglio da quali elementi del comportamento e dell'atteggiamento di Sara, ha avuto questa sensazione di infastidirla?”*

La condizione di decentramento in cui ogni partecipante al gruppo si viene a trovare rispetto all'individuale, inoltre, favorisce una maggiore cooperazione tra terapeuta e paziente nel lavoro di analisi e comprensione di ciò che accade. Non essendo direttamente coinvolto, in alcuni momenti, il terapeuta funge da “terzo occhio” ausiliario e riesce a stimolare meglio la funzione metacognitiva. Così come ogni paziente del gruppo, quando non è direttamente coinvolto, ha la possibilità di osservare le diverse interazioni tra gli altri pazienti e tra loro e il terapeuta, ricavandosi un tempo e uno spazio di riflessione, spesso impossibile in un setting individuale.

Es.: Piero, un paziente borderline, con una storia di abusi, inizia il gruppo dopo quasi due anni di terapia individuale. Conosceva il Triangolo Drammatico e lo aveva usato più volte per descrivere quello che accadeva con la sua compagna. Dichiarava di stare spesso nel ruolo di salvatore per poi lamentarsi e arrabbiarsi con l'altra per la sua assenza, dichiarava inoltre che fare il salvatore lo proteggeva dal rischio di esporsi nel rapporto con l'altro in considerazione del fatto che non riesce a fidarsi. Sembra un buon livello di consapevolezza quello raggiunto da Piero. Come nella terapia individuale, anche in gruppo Piero manifesta il suo stile relazionale caratterizzato dalla tendenza a sollecitare da subito, la confidenzialità nei rapporti forzando un po' l'intenzione dell'altro e assumendo spesso un ruolo dominante. Questo è vero ancor di più con i terapeuti, che, per il loro ruolo costituiscono per Piero un pericolo maggiore, rispetto agli altri membri del gruppo.

Dopo circa tre mesi dall'inizio del gruppo, Piero manifesta un certo disagio nei confronti di una delle due terapeute: *“Oggi non volevo venire, poi ho riflettuto e ho deciso di parlarne al gruppo. Io mi sento in difficoltà soprattutto nei confronti suoi dott.ssa T1, mi sembra fredda e distaccata, e questo non mi piace. Con lei T2 non mi succede, lei mi sembra più disponibile...scusate, ma io mi sono sentito di dirlo qui al gruppo, sono mie sensazioni., a pelle, in genere sento di chi fidarmi e di chi no”* Ter.2 *“Quando nella sua vita si è fidato delle sue sensazioni si sono poi dimostrate vere nell'esperienza?”* Piero *“No sono rimasto spesso deluso, glielo ho detto che non mi posso fidare di nessuno”* Ter.2 *“Le va di provare a capire in questa esperienza, come lei arriva ad avere quelle “sensazioni a pelle” e perché nella maggior parte dei casi non si dimostrano valide?”*

In questo caso Piero ha veramente lavorato con il Triangolo Drammatico, che fino a quel momento aveva utilizzato, da “bravo paziente” per descrivere le sue interazioni cercando di tenere tutto sotto controllo.

A differenza del setting individuale, dove il terapeuta dipende in gran parte da ciò che il paziente gli racconta sui suoi sentimenti e sulle sue esperienze e dove l'osservazione relativa a ciò che succede nella relazione terapeutica non sempre è accessibile ad entrambi, nel setting di gruppo il terapeuta ha la possibilità di osservare direttamente il Triangolo Drammatico in azione fra i partecipanti al gruppo e di intervenire sulle loro interazioni ovvero sul processo relazionale.

Il triangolo drammatico

Il terapeuta dovrà stimolare il più possibile l'attenzione di tutti sul *processo interpersonale*, distogliendo l'attenzione dal contenuto e focalizzandola sulle modalità relazionali che veicolano le intenzioni per lo più inconsapevoli delle persone che comunicano. Questo avverrà con diverse modalità, secondo le risorse in campo al momento dell'intervento. Sarà inoltre necessario tornare più volte sulle stesse dinamiche relazionali attivate da ogni paziente, su alcuni temi personali, prima che il paziente giunga alla piena consapevolezza del significato dei suoi comportamenti.

Nel setting integrato individuale e di gruppo, il paziente ha inoltre, la possibilità di elaborare nel setting individuale con lo stesso terapeuta che era in gruppo con lui, l'esperienza del "qui ed ora" fatta in gruppo. Questa possibilità apre degli orizzonti nuovi riguardo al tema del sistema motivazionale dell'attaccamento nella relazione terapeutica e all'uso dei sistemi motivazionali in generale, oltre a favorire più velocemente l'incremento della capacità metacognitiva nei pazienti.

Conclusioni

Il Triangolo drammatico è uno schema che ben rappresenta concettualmente il modello operativo interno dell'attaccamento disorganizzato, ma soprattutto è uno strumento terapeutico utile per lavorare sul processo terapeutico. Nell'esperienza clinica del modello cognitivo- evoluzionista, è stato possibile verificare una facile integrazione fra il Triangolo Drammatico e i Sistemi Motivazionali, che ha dato origine a nuove modalità di intervento. Lavorare sul processo relazionale terapeutico, quando è ipotizzabile per il paziente una disorganizzazione dell'attaccamento, significa essenzialmente lavorare sul contratto terapeutico. In una fase iniziale il terapeuta deve definire il setting, per proteggerlo il più possibile dalle interferenze, a volte ingestibili, delle convinzioni patologiche del paziente. In una fase avanzata di terapia sarà possibile utilizzare, dopo averlo spiegato, il Triangolo Drammatico, insieme al paziente. Il setting di gruppo favorisce molto il lavoro sul processo terapeutico e alcuni strumenti, fra cui il Triangolo Drammatico trovano in questo contesto terapeutico la loro migliore espressione. I pazienti nel gruppo, oltre che il terapeuta, hanno la possibilità di riflettere meglio, su ciò che sta accadendo, non essendo sempre coinvolti direttamente nell'interazione con un altro. Inoltre è possibile nel gruppo modificare le proprie distorsioni interpersonali, attraverso un processo di *validazione consensuale* (Yalom 1995) ovvero confrontando le proprie valutazioni interpersonali con quelle degli altri. Questo tipo di *validazione* sembra essere molto efficace e accessibile per pazienti con un attaccamento disorganizzato, rispetto a quanto accade nel contesto individuale, dove le distorsioni interpersonali dovute all'attivazione del MOI dell'attaccamento disorganizzato sono più invalidanti.

Bibliografia

- Bateman A., Fonagy P. (1999) Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 156, pp.1563-9
- Bateman A., Fonagy P. (2001) Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry* 158, pp.36-42.
- Bateman A., Fonagy P. (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Oxford University Press, New York, 2004
- Berne E. (1961) *Transactional Analysis in psychotherapy*. Grove Press, New York
- Berne E. (1964) *Games people play*. Grove Press Inc., New York Tr. it. Gruppo Editoriale Fabbri-Bompiani, Sonzono, Etas S.P.A. Milano, 1967
- Berne E. (1968) *Principles of Group Treatment*. Oxford Univ. Press, New York

- Berne E. (1972) *What Do You Say After You Say Hello?* Grove Press, New York
- Bion W.R. (1959) *Experiences in groups*. Basic Books, New York
- Bowlby J. (1969) *Attaccamento e perdita*. Vol. 1. Tr. It. Boringhieri, Torino, 1972
- Bowlby J. (1973) *Attaccamento e perdita*. Vol. 2. Tr. It. Boringhieri, Torino, 1975
- Bowlby J. (1979) *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 1983
- Ceccarelli M. (1998) Neurobiologia e multidimensionalità del comportamento umano. In Blundo M., Stowe R. (a cura di), *I disturbi del comportamento tra neurologia e psichiatria*. Masson, Milano, pp.9-58
- Dimaggio G., Semerari A. (2003) *I disturbi di personalità. Modello e trattamento*. Laterza, Bari
- Fiore D., Semerari A. (2003) Il disturbo borderline di personalità: il modello. In *I disturbi di personalità: Modelli e trattamento*. Di Maggio G., Semerari A. (a cura di), Laterza, Roma
- Fassone G., Ivaldi A., Rocchi M. T. (2003) Riduzione del drop-out nei pazienti con disturbi gravi di personalità. Risultati preliminari di un modello di psicoterapia cognitiva-comportamentale integrata, individuale e di gruppo. *Rivista di Psichiatria* 38 (5), pp.241-246
- Fonagy P., Target M. (2001) *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina Editore, Milano
- Fonagy P. et al. (2000) Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America* 23, pp.103-122
- Foulkes S. H. (1976) *La psicoterapia gruppoanalitica*. Astrolabio, Roma
- Frank J. D. (1957) Some determinants, manifestations and effects of cohesion in therapy groups. *International Journal of Group Psychotherapy* 7, pp. 53- 62
- Gunderson J.G. (2003). *La personalità borderline*. Raffaello Cortina, Milano
- Harwood I. N. H., Pines M. (1997) Self Experiences in Group Intersubjective and Self Psychological Pathways to Human Understanding. *Jessica Kingsley Publisher*, Bristol, USA
- Intreccialagli B., Ivaldi A. (2003) Matrici relazionali del processo terapeutico. Una integrazione del setting individuale e di gruppo nella psicoterapia. In Di Maggio G., Carcione A. (a cura di), *Rivista Psichiatria e Territorio* vol. XX, n. 1
- Ivaldi A., Fassone G., Intreccialagli B. (1998) *Psicoterapia di gruppo e psicoterapia individuale: contesti integrabili*. Comunicazione al simposio “La psicoterapia del paziente grave: contesti interpersonali e integrazione dell’identità” Congresso SITCC, Torino
- Ivaldi A., Fassone G. (2000) *Vantaggi e limiti dell’applicazione di un modello di intervento integrato per pazienti gravi in ambito ambulatoriale*. Due comunicazioni al congresso SITCC, Orvieto
- Ivaldi A., Rocchi M.T., Fassone G. (2002) *Il trattamento in doppio setting, gruppo e individuale, per pazienti gravi: risultati, osservazioni e considerazioni metodologiche*. Comunicazione al simposio “La psicoterapia di gruppo in ambito cognitivista” al Congresso SITCC, Bologna
- Ivaldi A., Rocchi M. T., Mantione M. G., Fassone G. (2004) *La terapia di gruppo in ambito cognitivista. Il modello cognitivo- evolucionista: fondamenti teorico- metodologici*. Comunicazione al simposio “Cognitivismo e terapie di gruppo: modelli a confronto” Al Congresso SITCC, Verona
- Karpman S. B. (1968) Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin* 7, pp.39-43
- Lichtenberg J. D. (1989) *Psychoanalysis and Motivation*, The Analytic Press, Hillsdale NJ. Tr. it. *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Raffaello Cortina, Milano
- Lineahn M., Armstrong H., Suarez A., Allmon D., Heard H. (1991) Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 48, pp.1060-1064
- Lineahn M., Heard H, Armstrong H. (1993) Naturalistic follow-up behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 50, pp.971-974
- Lineahn M. (1993) Cognitive behavioural treatment for borderline personality disorder. New York, Guilford Press Tr. It. *Il trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*. Cortina, Milano, 2001
- Liotti G. (1992) Disorganizzazione dell’attaccamento e predisposizione allo sviluppo di disturbi funzionali

Il triangolo drammatico

- della coscienza. In Ammanniti M., Stern D. (a cura di), *Attaccamento e psicoanalisi*. Laterza, Bari, pp.219- 233
- Liotti G. (1994) *La dimensione interpersonale della coscienza*. Carocci Editore, Roma
- Liotti G. (1995) La teoria della motivazione di Lichtnberg: un confronto con la prospettiva etologico- evolucionista. In *Psicoterapia* 2, pp.104-112
- Liotti G. (1996) La psicopatologia nella prospettiva cognitivo-evolucionista. *Giornale italiano di psicopatologia* 3, pp.208-215
- Liotti G. (1999c) Il nucleo del disturbo borderline di personalità: un'ipotesi integrativa. *Psicoterapia* 16, pp.53-65
- Liotti G., Pasquini P. et al. (2000) Predictive factors for borderline personality disorder: Patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102, pp.282-289
- Liotti G. (2001) *Le opere della coscienza: Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evolucionista*. Raffaello Cortina Editore, Milano
- Liotti G., Farina B., Rainone A. (2005) *Due terapeuti per un paziente*. Casa editrice Laterza, in stampa
- Loverso G. (1993) *Le relazioni soggettuali*. Bollati Boringhieri, Torino
- Main M., Hesse E. (1990) Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/ or frightening parental behavior the linking mechanism? In Greenberg M.T., Cicchetti D., Cummings E.M. (a cura di), *Attachment in the Preschool Years* Chicago University Press, Chicago, pp.161-182
- Moreno J. L. (1946) *Psychodrama*. Beacon House, New York
- Orange D. M., Atwood G. E., Stolorow R. D. (1997) *Working Intersubjectively*. The Analytic Press
- Paris J. (1995) *Il disturbo borderline di personalità*. Raffaello Cortina, Milano
- Rocchi M. T., Ivaldi A. (2002) *Il confine oltre il confine*. Comunicazione al simposio "Setting, confini, relazione: presupposti teorici e riflessioni cliniche" al Congresso SITCC di Bologna
- Safran J. e Segal Z. (1990) *Il processo interpersonale della terapia cognitiva* Tr. It. Feltrinelli, Milano 1993
- Semerari A. (1999) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Raffaello Cortina Editore, Milano
- Sullivan H. S. (1953) *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York Norton Tr. It. Feltrinelli, Milano, 1972
- Sullivan H. S. (1938) Psychiatry: Introduction to the Study of Interpersonal Relation. *Psychiatry*, vol. 1, pp.121-134
- Yalom Irvin D. (1995) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books, New York Tr. it. *Teoria e pratica della psicoterapia di Gruppo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1997
- Weiss J. (1993) *Come funziona la psicoterapia*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino, 2000
- Weiss J., Sampson, H. (1999) *Convinzioni patologiche*. Quattro Venti, Urbino

Autore per la corrispondenza: Antonella Ivaldi, IV Centro di Psicoterapia Cognitiva, Viale Castro Pretorio, 16 - 00185 - Roma. E-mail: ivanto@freemail.it