

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA

UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

TESI DI LAUREA

**IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ:
COME DIFENDERSI DA(L) SE'?**

DOCENTE RELATRICE:

Stefania Cristofanelli

STUDENTESSA CANDIDATA:

Chiara Torchio

MATRICOLA: 19 D03 132

Ad Armida, la persona più buona che abbia mai conosciuto

A Claudio, molto di ciò che vorrei diventare ti appartiene

A Franca, in me e con me ora più che mai

Siete la mancanza più grande di questo giorno

RINGRAZIAMENTI

Mamma e papà mi hanno insegnato a dire sempre grazie.

Questa volta, oltre ad essere necessario, è un bisogno.

Ringrazio in primis la mia relatrice, la professoressa Stefania Cristofanelli, per essere sempre stata manifestazione di maiuscola professionalità e grandiosa umanità. Magari i miei incubi peggiori fossero come lei.

Il secondo grande grazie, probabilmente per un processo simbiotico, è diretto alla professoressa Laura Ferro. Essere stati accompagnati da lei per tutto il secondo semestre è stato prezioso, in alcuni giorni una spinta essenziale.

Grazie ad entrambe per le parole scambiate nel cortile dell'università, solo i tavoli e le auto parcheggiate, soprattutto una panda bianca, sanno quanto tutto quello che ci siamo detti abbia fatto ridere ma anche sempre riflettere. Mi sento molto fortunata ad aver avuto l'opportunità di crescere, come studentessa e come persona, sotto questo cielo.

Grazie a Patrizia, per tutto e anche di più.

Grazie a Lucrezia, per essere stata un tassello fondamentale nell'organizzazione della mia vita universitaria.

Grazie a Virginia, forse non te ne sei resa conto, ma il tuo essere e la tua crescita sono stati un faro per la mia.

Grazie a Giorgia, per aver riempito di genuina serenità e spontanea allegria ogni momento passato in tua presenza.

Grazie a Silvia, per ogni attimo di vita condiviso, soprattutto per quelli di vita vera. Grazie per tutti gli anni passati e per tutti quelli che verranno.

Grazie al circo intero per aver permesso al mio credere fortemente nelle amicizie che nascono in poco tempo e quasi dal nulla di consolidarsi e potenziarsi. Grazie per avermi ricordato che si può volere bene in tanti modi e che non sempre serve un abbraccio per dimostrarlo. Grazie per il pesto, per la focaccia e per il 4 giugno. Grazie per le poche parole

dette al momento giusto, per la pienezza condivisa e per esservi presi cura di me. Questi ultimi tre mesi, senza di voi, sarebbero stati un vero inferno.

Grazie ad Oriana, per aver reso tutto quanto più semplice, più leggero, più bello.

Grazie a Giulia ed Erika, per le innumerevoli cene trovate pronte, per il profumo del caffè al mattino e per avermi regalato momenti di naturale spensieratezza senza neanche accorgervene.

Un enorme grazie, che comunque non è abbastanza, a Noah. Grazie per l'ironia, il nostro meccanismo di difesa preferito. Grazie per aver compreso cose che non erano mai state raccontate. Grazie per la complicità, per la birra, per i pranzi, per il contenimento, per il nero del monte, per tutte le consulenze, testistiche e non, per la notte prima dell'esame di clinica e per tutti i piani portati a termine con successo. A costo di risultare banale, ho bisogno di dire ciò che ritengo assolutamente vero: senza di te, oggi non sarei qui.

Ce l'abbiamo fatta cumpa'. Le ciliegie sono mature e noi, come Ernesto ed Evaristo, come il gatto e la volpe, saremo per sempre.

Grazie a tutti gli amici del balcone, per aver contribuito in grandissima parte a rendermi ciò che sono, per essere cresciuti insieme a me e per tutte le storie che abbiamo, e che avremo, da raccontare.

Un grazie particolare a Bozzi e Pitollo, per le infinite brioches, per psicobiologia e per avermi trascinato quando tutto, me compresa, era fermo.

Un grazie speciale a Luisa, per avermi preso per mano anni fa e per non avermi mai più lasciata.

Un grazie, altrettanto speciale, a Chiara, per tutte le lamentele sopportate e per quelle che ancora supporterai, per le piccole cose che mi rendono felice e per tutto ciò che conta davvero.

Grazie a chi c'era. Grazie a chi c'è. Grazie a chi ci sarà.

Grazie a chi ha avuto pazienza e a chi mi ha accolto come mai nessuno aveva fatto.

Grazie mamma, per tutto ciò che non apprezzo abbastanza e per tutta la forza che io non avrò mai. Grazie per le parole che non serve pronunciare, per le cose che ho capito e per l'immensa persona che sei.

Grazie papà, per la mia infanzia, per tutto ciò che ho imparato da te e per quanto ti somiglio. Grazie per l'autenticità con cui ha percorso ogni tuo passo e grazie per aver lasciato sempre qualche impronta da seguire davanti a me.

Grazie ai miei genitori, per i sacrifici, per la lotta, per il coraggio e per l'amore.

Grazie a Pietro, per la meraviglia che stai diventando e per essere il regalo più bello che la vita potesse farmi.

Grazie alla magia del 14 maggio. E grazie a me, perché questa non è magia.

INDICE

Introduzione

Capitolo I: Il Disturbo Borderline di Personalità

1.1. Fattori nosografici

1.1.1 Evoluzione storica

1.1.2. Diagnosi: DSM 5 e PDM 2

1.1.3. Eziopatogenesi

1.2. Gli aspetti psicodinamici della personalità borderline

1.2.1. Il legame parentale e la teoria dell'attaccamento

1.2.2. Il fattore traumatico

1.2.3. Dissociazione e frammentazione del Sé

1.2.4. Il Sé alieno come organizzazione patologica

Capitolo II: Conseguenze disadattive e strategie difensive della patologia borderline

2.1. Deficit di mentalizzazione e disregolazione affettiva

2.2. Intolleranza alla solitudine e angosce abbandoniche

2.3. Il disturbo borderline come disturbo dello spettro degli impulsi

2.4. Alterazione dell'identità

2.5. Autolesionismo e tentativi di suicidio

2.6. Meccanismi di difesa

2.6.1. Diniego

2.6.2. Acting out

2.6.3. Scissione

2.6.4. Identificazione proiettiva

Capitolo III: Dinamiche interpersonali e difese relazionali del paziente borderline

3.1. Caratteristiche difensive delle relazioni significative

3.1.1. Dipendenza affettiva

3.1.2. Manipolazione

3.1.3. Aggressività

3.2. Rapporto vittima-carnefice

3.3. Il paziente borderline come vittima di sé stesso

Conclusioni.

Bibliografia di riferimento.

Filmografia di riferimento.

Introduzione

Il disturbo borderline di personalità è complesso a tal punto da rendere difficile anche la ricerca di una definizione completa che ne comprenda tutte le caratteristiche. Tuttavia, su certi pilastri peculiari di questa psicopatologia non si può discutere. L'instabilità emotiva e relazionale pervasiva, l'immagine di sé non coesa e incoerente e una marcata impulsività, ne costituiscono le fondamenta. L'edificio che si erge su queste solide basi diventa un complicato intreccio di corridoi, scale e stanze che confonde chiunque decida di entrarci. Con questo percorso di tesi, al fine di non perdersi in questo labirinto, si è scelto di percorrere un solo corridoio che conduce ad una sola stanza, quella dei meccanismi di difesa, intrapsichici, comportamentali e relazionali, più utilizzati dal paziente borderline per affrontare il suo Sé patologico.

Nel primo capitolo si propone un quadro nosografico, storico, diagnostico ed eziopatogenetico del disturbo borderline di personalità. Dopo una rassegna dei maggiori esponenti teorici che si sono pronunciati in merito, l'attenzione si dirige verso un'analisi psicodinamica del contesto relazionale primario e delle conseguenze che comporta. In particolare, grazie alla teoria dell'attaccamento, si analizzano i fattori di rischio principali per l'insorgere della psicopatologia borderline.

Il secondo capitolo si dedica all'esposizione delle principali conseguenze disadattive dello sviluppo di questa patologia e all'analisi dei principali meccanismi di difesa che ne stanno alla base. L'obiettivo di questo lavoro di tesi trova il suo nucleo in questo punto, si indaga il ruolo funzionale ma disadattivo che questi meccanismi rappresentano nell'affrontare la sofferenza emotiva e le incapacità regolative che il disturbo borderline comporta.

Il terzo e conclusivo capitolo, invece, catapulta il lettore in una simulazione cinematografica di disfunzionalità relazionale caratteristica del paziente borderline. Con uno sguardo esterno, ma attento, ci si può rendere conto fin da subito, come questi soggetti non si trovino all'interno di un edificio stabile, ma piuttosto in balia di un oceano impetuoso e difficilmente navigabile da cui cercano di difendersi in ogni modo.

CAPITOLO I: IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITA'

1.1 Fattori nosografici

Il Disturbo Borderline di Personalità (BPD¹) è caratterizzato da una complessità pervasiva. La notevole difficoltà di comprensione della patologia borderline dal punto di vista dell'eziopatogenesi, della diagnosi e della terapia, ha rappresentato un ostacolo allo sviluppo delle conoscenze in materia, ma contemporaneamente ha costituito una possente spinta all'approfondimento clinico e alla ricerca empirica (Lingiardi, Madeddu, Maffei, 1996). In questo primo capitolo percorreremo alcune delle tappe fondamentali della storia evolutiva e della diagnosi dell'organizzazione di personalità borderline. Successivamente proveremo a fornire un quadro esaustivo delle condizioni eziopatogenetiche del disturbo, soffermandoci in particolar modo, sul contesto relazionale primario e sulla sua concezione in chiave psicodinamica.

1.1.1. Evoluzione storica

Sebbene il padre della psichiatria moderna, Emil Kraepelin, non utilizzò mai il termine *borderline*, per affrontare un percorso storico e diagnostico su questa patologia non si può non partire dalla sua classificazione dei disturbi mentali (1883)², la quale fece da madre ai principali sistemi diagnostici attualmente in uso. Il nome di Kraepelin è associato principalmente a due concetti: la demenza precoce (*Dementia Praecox*) che comprendeva sintomi quali ebefrenia, catatonia e paranoia, e la mania depressiva, un'alternanza periodica e ciclica di eccitamento e inibizione dell'attività psichica che implicava stati depressivi e nevrosi. Bleuler nel 1908, sostituendo il termine *Dementia Praecox* con schizofrenia, inteso come uno stato di psicosi cronica, ci proietta nel pendolo di classificazione psichiatrica che oscilla tra psicosi e nevrosi, all'interno del quale, qualche anno più tardi, verranno diagnosticati i primi pazienti borderline. In questo contesto storico entrò a gran voce la prospettiva psicoanalitica, la quale fornì la possibilità di comprendere i pazienti attraverso l'analisi dei processi di transfert³.

¹ *Borderline Personality Disorder*

² 1883 è l'anno di pubblicazione della prima edizione del più importante lavoro di Kraepelin: il Compendio di psichiatria. La sua opera conteneva un'esposizione completa e dettagliata della storia e del sapere psichiatrico dell'epoca. L'intero lavoro fu aggiornato fino a giungere ad un'ottava edizione pubblicata tra il 1910 e il 1915.

³ Processo psicoanalitico di trasposizione inconsapevole secondo il quale l'individuo tende a trasferire sull'analista schemi di emozioni, pensieri, sentimenti che appartengono ad una relazione significativa passata.

In particolare, Freud (1917) riscontrò ostilità alla psicoanalisi da parte di alcuni pazienti che rientravano nel campo della psicosi. Riteneva che questi casi, che comprendevano paranoie e schizofrenie, non fossero trattabili con il metodo psicoanalitico a causa dell'incapacità del paziente di sviluppare un processo di transfert sull'analista.

Intorno agli anni Trenta, all'interno della comunità scientifica, iniziò a risuonare familiare il termine *borderline* per riferirsi a questi pazienti difficilmente analizzabili in quanto collocati "sulla linea di confine" tra nevrosi e psicosi, distinzione principale sulla quale si basava la nosografia psichiatrica dell'epoca. Tuttavia, per incontrare le origini della diagnosi del Disturbo Borderline di personalità bisognerà aspettare le osservazioni cliniche dello psichiatra Adolph Stern (1938). Egli distinse un certo numero di pazienti che trasgredivano i confini tradizionali della psicoterapia che descrisse come ipersensibili e propensi ad utilizzare meccanismi di difesa proiettivi e di svalutazione e idealizzazione.

Questo gruppo di pazienti acquisì maggiore visibilità all'inizio degli anni Cinquanta, in seguito alla pubblicazione di alcuni autorevoli scritti di Robert Knight (1953, 1954). Knight era incline a vederli come all'ombra della schizofrenia, ma iniziò a concepirli come un'entità nosografica abbastanza autonoma, caratterizzata da un apparente funzionamento tipicamente nevrotico e una severa debolezza dell'Io⁴. Qualche anno più tardi, Grinker e collaboratori (1968), grazie ad una ricerca su 60 pazienti ospedalizzati, fecero un ulteriore importante passo verso l'entità autonoma della diagnosi del disturbo borderline. I criteri diagnostici su cui si basarono furono principalmente: presenza di rabbia come emozione prevalente, bassa autostima, tendenza alla depressione, difese primitive (negazione e proiezione), ipersensibilità alle critiche, paura e inadeguatezza nei confronti dei rapporti intimi, sospettosità e disturbi dell'identità. Grinker, grazie alla sua analisi, suggerì quattro sottotipi di patologia borderline:

⁴ I termini Io, Es e Super-Io, si riferiscono alla seconda topica Freudiana. Con Io si intende l'insieme di pulsioni istintuali dell'individuo, che si dividono in aspetti consci e meccanismi difensivi inconsci, come la rimozione. L'Io è governato dal principio di realtà e ha il ruolo di mediatore tra le istanze dell'Es e le richieste del Super-Io. L'Es è un'istanza intrapsichica totalmente inconscia governata dal principio del piacere che pretende la soddisfazione immediata di impulsi e desideri arcaici, erotici e aggressivi. Il Super-Io ha il ruolo di valutatore e giudice. È l'insieme di valori, regole, ideali e schemi sociali che l'individuo ha interiorizzato. Può essere identificato come coscienza morale e ha il compito di regolare il passaggio dalle pulsioni dell'Es alla coscienza (Freud, 1923). Secondo Freud, la relazione dinamica tra queste tre istanze psichiche è alla base della personalità e dei comportamenti di ogni individuo.

- 1) 'al bordo della psicosi', con lacune nell'esame di realtà e comportamento inappropriato;
- 2) borderline veri e propri o 'nucleari', con identità diffusa e *acting out*⁵ aggressivi;
- 3) personalità 'come se', prive di affettività, apparentemente adattate ma poco genuine o spontanee;
- 4) 'al bordo della nevrosi', con depressioni anaclitiche e tratti narcisistici.

Nonostante questa suddivisione, alcune caratteristiche, quali: presenza prevalente di rabbia, depressione pervasiva, difficoltà nelle relazioni personali e assenza di un'immagine di sé coerente, accomunavano tutti i sottotipi.

Negli stessi anni, Otto Kernberg (1967, 1975, 1976, 1984) propose un nuovo modello teorico basato sulle relazioni oggettuali interiorizzate e sull'integrazione di tre teorie psicanalitiche distinte: la teoria pulsionale di Freud, la teoria di Melanie Klein e la psicologia dell'Io di Margaret Mahler e Edith Jacobson. Kernberg presenta una classificazione dei disturbi di personalità incentrata sul loro livello di gravità e sugli stadi di sviluppo in cui si sono incontrati i maggiori problemi. I tre criteri principali su cui si basa questa suddivisione sono: il grado di maturità/imaturità delle difese, il livello di integrazione/diffusione dell'identità e il livello di mantenimento/compromissione dell'esame di realtà. Vengono distinte così, tre diverse organizzazioni di personalità di gravità progressivamente minore: psicotica, borderline, nevrotica. Per Kernberg, dunque, il termine borderline non definisce uno specifico disturbo della personalità (come avviene nel DSM⁶), bensì un livello di organizzazione che comprende un'intera famiglia di disturbi della personalità. L'organizzazione borderline di personalità (BPO⁷) è caratterizzata dalla diffusione dell'identità con rappresentazioni di sé e degli oggetti tra loro differenziate ma comunque scisse, povere, bidimensionali e affettivamente polarizzate. In essa osserviamo il predominio di meccanismi di difesa primitivi, scissione e identificazione proiettiva soprattutto, ma anche idealizzazione, svalutazione, onnipotenza e *acting out*. Questi meccanismi danno vita a relazioni interpersonali intense, caotiche e instabili, in cui vi è una continua oscillazione tra il ruolo di vittima e carnefice.

⁵ Processo per cui il paziente passa dal piano dell'espressione verbale a quello del comportamento. È l'espressione dei propri vissuti emotivi conflittuali attraverso l'azione.

⁶ Dall'inglese *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali).

⁷ *Borderline Personality Organization*

I pazienti borderline presentano inoltre manifestazioni aspecifiche di debolezza dell'Io (grave incapacità di tollerare l'angoscia, difficoltà nel controllo degli impulsi e scarse capacità di sublimazione che si manifestano nell'incapacità di costanza e creatività nel lavoro). I pazienti che rientrano nello spettro borderline presentano relazioni interpersonali gravemente distorte, mancanza di obiettivi concreti e definiti, variabili patologiche in relazioni intime e sessuali, nella gestione dell'aggressività e nella regolazione degli impulsi. Kernberg divide i disturbi compresi nell'organizzazione borderline in disturbi di alto e basso livello. Quelli che si associano generalmente a un funzionamento più simile a quello dei pazienti nevrotici sono organizzazioni di alto livello, si tratta di personalità evitanti, istrioniche e dipendenti. Quelli che invece si avvicinano di più al livello di funzionamento psicotico sono organizzazioni borderline di basso livello e comprendono i disturbi schizoide, paranoide, antisociale, borderline e narcisistico. Più ci si avvicina al livello psicotico più vacilla l'esame di realtà, pazienti che rientrano in organizzazioni borderline di basso livello, infatti, possono vivere esperienze di perdita dell'esame di realtà con allucinazioni e deliri parziali soprattutto in situazioni stressanti e angosianti. Come vedremo, il PDM (Manuale Diagnostico Psicodinamico) si basa sulla classificazione dei disturbi di personalità di Kernberg.

Da questo contesto storico origina anche il contributo di Gunderson (1969), il quale condusse uno studio con l'obiettivo di operare una distinzione tra pazienti borderline e pazienti con diagnosi di schizofrenia (Gunderson et al., 1975) e una rassegna sintetica di tutta la letteratura specifica sull'argomento. Ne conseguì la messa a punto di un'intervista strutturata (*Diagnostic Interview for Borderline Patients-DIB*; Gunderson et al. 1981), che conferiva una maggiore affidabilità al processo diagnostico e consentiva di individuare alcune caratteristiche discriminanti (Gunderson, Kolb, 1978). Queste caratteristiche furono utilizzate da Spitzer, in qualità di supervisore alla realizzazione del DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1980). Infatti, nel 1980, la diagnosi di BPD, pur tra notevoli controversie, fece il suo ingresso nel sistema ufficiale di classificazione diagnostica.

Il costrutto borderline, inizialmente riconosciuto come un'organizzazione di personalità, poi come una sindrome, è attualmente un disturbo di personalità. Successivamente al DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1980) e all'adozione di criteri standardizzati, il costrutto borderline è stato progressivamente perfezionato mediante l'inclusione delle aree relative alla cognizione, all'affetto, all'impulso e al trauma. Tra gli anni '70 e gli anni '90 le

caratteristiche descrittive del BPD sono divenute materia di un'enorme quantità di ricerche. Questi studi hanno manifestato una considerevole eterogeneità nel decorso del disturbo e la possibilità di identificare dei sottogruppi in base alle difese, alla risposta di cura, al deterioramento neurobiologico e al trauma.

L'avvento del DSM-IV (*American Psychiatric Association, 1994*) ha modificato solo modestamente l'insieme dei criteri del DSM-III-R (*American Psychiatric Association, 1987*). Il quadro diagnostico finale prevedeva tendenzialmente un soggetto con relazioni instabili e intense, impulsività pervasiva, aggressività eccessiva, senso viscerale di vuoto, paure abbandoniche e comportamenti suicidari o automutilanti. Il risultato complessivo del lavoro clinico e della ricerca empirica degli anni Ottanta e Novanta è la considerazione della personalità borderline principalmente come un disturbo dello spettro affettivo. Sarà poi la stesura del DSM-5 (*American Psychiatric Association, 2013*), soprattutto grazie alla sua sezione sperimentale dimensionale, a proporre le evoluzioni diagnostiche più sostanziali. Di questo e della concezione psicodinamica fornita dal PDM 2, si tratterà nel prossimo paragrafo.

1.1.2. Diagnosi: DSM 5 e PDM 2

Secondo il DSM-5, il disturbo borderline di personalità è caratterizzato da “Un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:” (*American Psychiatric Association, 2013*).

- 1) Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono;
- 2) Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione;
- 3) Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile;
- 4) Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es., spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate);
- 5) Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante;

6) Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni);

7) Sentimenti cronici di vuoto;

8) Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).

9) Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.

La paura dell'abbandono (1) è il sintomo più tipico di questo disturbo e deriva dall'incapacità di tollerare la solitudine e l'angosciante senso di vuoto (7) che diventa insopportabile quando il soggetto borderline è lasciato a sé stesso.

Le relazioni dei pazienti borderline sono contraddistinte da una generale instabilità, soprattutto emotiva (6). Questo porta spesso a scatti d'ira (8) e a reazioni impulsive (4), ma può causare anche momenti depressivi acuti. L'oscillazione tra polarità opposte è distintiva di questi soggetti. Questa disregolazione emotiva e le esperienze di emozioni intense che ne scaturiscono muovono i comportamenti dei soggetti borderline, comportamenti che spesso sono autolesivi e autodistruttivi (5). Inoltre, i meccanismi di difesa primitivi di scissione che questi pazienti utilizzano quotidianamente, li portano a pensare all'altro solo come o unicamente buono o unicamente cattivo ("pensiero tutto o niente"), non riescono a cogliere l'integrità degli altri individui e a vederli come entità sia buone sia cattive. Un'altra tendenza dei soggetti borderline è quella di manipolare le persone con cui sono in relazione al fine di ottenere attenzione e rassicurazione. A causa dei timori abbandoniche che derivano da una carenza affettiva primaria, il paziente borderline porta l'altro a sentirsi in colpa per ogni separazione imminente dal soggetto BPD e allo stesso tempo a trovare spiacevole e angosciante la prospettiva di restare (Gunderson, 2003). Il BPD spesso è concomitante con i disturbi depressivo e bipolare, e quando sono soddisfatti i criteri, possono essere entrambi diagnosticati. Il DSM-5 per minimizzare i limiti dei criteri politetici (il fatto che basti identificare un certo numero di criteri, cioè superare una soglia, indipendentemente da quali essi siano, fa sì che sotto lo stesso nome diagnostico vengano raccolti soggetti con caratteristiche molto diverse) e i problemi di comorbidità (soggetti con diagnosi molteplici) della diagnosi categoriale, propone anche una diagnosi dimensionale e idiografica. In questo modello alternativo proposto dalla quinta edizione del manuale, i disturbi di personalità

sono caratterizzati da compromissioni del funzionamento della personalità e da tratti di personalità patologici (*American Psychiatric Association*, 2013, p. 883).

La diagnosi dimensionale del Disturbo Borderline di Personalità prevista nel DSM 5 (Nussbaum, 2013) stabilisce la gravità del disturbo e gli aspetti che lo caratterizzano basandosi principalmente su tre criteri.

Il criterio (A) prevede una moderata o più grave compromissione del funzionamento della personalità, che si manifesta con caratteristiche difficoltà in due o più delle seguenti quattro aree, le prime due fanno riferimento al funzionamento del sé e le altre due si riferiscono al funzionamento interpersonale:

- (1) identità, immagine di sé impoverita e instabile e sentimenti cronici di vuoto;
- (2) auto-direzionalità, instabilità in obiettivi e assenza di progettualità;
- (3) empatia, compromessa capacità di riconoscere i sentimenti e i bisogni dell'altro e percezione degli altri distorta rispetto a caratteristiche negative e vulnerabilità proprie;
- (4) intimità, relazioni altamente instabili e conflittuali, dipendenza affettiva e costante timore dell'abbandono, oscillazioni tra estremi di idealizzazione e svalutazione.

Il criterio (B) indaga la presenza di tratti patologici all'interno di cinque domini:

- (1) affettività negativa, (2) distacco, (3) antagonismo, (4) disinibizione e (5) psicotismo.
- All'interno di questi domini ci sono 25 sfaccettature del tratto specifiche.

La diagnosi borderline prevede una grave compromissione del dominio dell'affettività negativa (1), ovvero labilità emotiva, intense sensazioni di ansia, depressione e angoscia di separazione; presenza di tratti patologici nell'area della disinibizione (4), tra cui sicuramente l'impulsività e la tendenza a correre rischi, e un aspetto dell'antagonismo (3), ovvero l'ostilità con sentimenti di rabbia persistenti. Questi tratti devono essere pervasivi in una serie di contesti (criterio C) e relativamente stabili nel tempo (criterio D). Inoltre, i tratti patologici non devono essere imputabili agli effetti di una sostanza, ad un'altra condizione medica e neanche a caratteristiche socioculturali (criterio E, F e G). Quindi, in sintesi, il DSM descrive un paziente borderline come instabile e disturbato sul piano affettivo, cognitivo, relazionale e comportamentale, caratterizzato da marcata impulsività e con una vasta gamma di manifestazioni psicopatologiche.

Spostando invece l'attenzione su una prospettiva psicodinamica, il PDM 2⁸, che si basa sul modello strutturale di Kernberg, utilizza l'etichetta borderline per indicare un'intera famiglia di disturbi con la medesima organizzazione di personalità ma stili caratteriali molteplici. Il manuale, fin dalla prima edizione, propone un approccio più attento alla comprensione dinamica dell'esperienza soggettiva del paziente e una classificazione di persone più che di malattie. (Lingiardi, Gazzillo, 2014). Un presupposto fondamentale è l'idea che la personalità sia il contenitore entro cui prende forma la manifestazione delle diverse sindromi, con la conseguenza, quasi scontata, della presenza di comorbidità come regola piuttosto che un'eccezione.

La seconda edizione propone una diagnostica molto più attenta al ciclo di vita ed è organizzata in cinque sezioni (adulti, adolescenti, infanzia, prima infanzia e anziani).

La diagnosi del PDM 2 si articola su tre assi:

Asse P, valutazione degli stili e del livello di organizzazione delle sindromi di personalità;

Asse M, valutazione delle capacità mentali e del profilo del funzionamento mentale;

Asse S, valutazione dell'esperienza soggettiva e dei pattern sintomatologici del paziente.

Nella sezione I (Adulti), l'asse P colloca l'individuo lungo un continuum di funzionamento secondo il modello di Kernberg (organizzazione sana – nevrotica – borderline – psicotica) e valuta 12 sindromi di personalità in chiave psicodinamica.

In questo modo la diagnosi che si ottiene è prototipica, la misura in cui un paziente presenta un disturbo si valuta in base al grado di somiglianza e sovrapposizione tra la presentazione clinica di quel paziente e la descrizione di un prototipo di disturbo.

“I soggetti con organizzazione borderline di personalità hanno difficoltà relazionali ricorrenti, severi problemi di intimità emotiva, problemi lavorativi, difficoltà nella regolazione degli impulsi, periodi di angoscia, ansia e depressione e una vulnerabilità all'abuso di sostanze e ad altre dipendenze (gioco d'azzardo, furti, cibo, sesso, videogiochi o internet). Sono persone a elevato rischio autolesivo per comportamenti automutilanti e attività autodistruttive” (PDM 2, 2017, p. 21).

Rimanendo fedele alla struttura di Kernberg, il PDM differenzia le organizzazioni borderline di alto livello che si avvicinano a organizzazioni di personalità nevrotiche, da quelle più gravi, di basso livello, che si avvicinano maggiormente al livello di

⁸ Seconda edizione del *Psychodynamic Diagnostic Manual* (Manuale Diagnostico Psicodinamico) uscita negli Stati Uniti nel 2017 e in traduzione italiana nel marzo 2018.

funzionamento psicotico. Coerentemente con quanto già detto, anche il PDM sottolinea la presenza, nelle organizzazioni borderline, di difese primitive, principalmente scissione e identificazione proiettiva. La scissione comporta una visione di sé stessi e degli altri eccessivamente polarizzata che non permette un'immagine coerente e integrata della propria e altrui identità. Di conseguenza, anche gli scopi, i valori, gli obiettivi e le percezioni di questi soggetti sono instabili e oscillano tra estremi polarizzati. Inoltre, grazie al meccanismo di identificazione proiettiva, gli aspetti peggiori della propria personalità vengono attribuiti ad un'altra persona, spesso al clinico.

Spostandoci sulle 12 sindromi di personalità presenti nell'asse P, possiamo notare che il PDM 2 ha portato all'innovativo inserimento in questa sezione, della sindrome borderline. La ricerca evidenzia che la sindrome borderline identificata nel PDM 2 è caratterizzata da uno stile di attaccamento disorganizzato (Fonagy, Target, Gergely, 2000; Liotti, 2004; Liotti, Pasquini, Cirricone, 2000; Main, Solomon, 1986). Questo modello implica difficoltà croniche nel tollerare e regolare gli affetti e nel considerare le figure di attaccamento (anche il terapeuta) come sia oggetti di sicurezza che di paura, ciò comporta confusione, attaccamento ostile e stati dissociativi. La ricerca neuroscientifica (Fertuck, Lenzenweger, Hoermann, Stanley, 2006; Van der Kolk, 2003) ha indicato che un trauma precoce può danneggiare le capacità di controllo esecutivo e di regolazione affettiva. Questo concetto sarà analizzato nei prossimi paragrafi, in cui verranno approfonditi i fattori costituzionali e le principali cause eziopatogenetiche di questo disturbo.

Per completare l'aspetto diagnostico, tornando ad una prospettiva teorica e oggettivamente condivisa, si propone di seguito anche la definizione del disturbo borderline di personalità fornita dall'ICD-10⁹ (OMS, 1990). La Classificazione Internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, afferma che è un "Disturbo di personalità caratterizzato da una chiara tendenza ad agire impulsivamente e senza considerare le conseguenze. L'umore è imprevedibile, vi è una tendenza alla manifestazione brusca delle emozioni e un'incapacità a controllare le esplosioni comportamentali. [...] il tipo borderline è caratterizzato da disturbi dall'immagine di sé, delle intenzioni, da sentimento cronico di vuoto, da intense e instabili relazioni interpersonali e da tendenza al comportamento autodistruttivo, inclusi gesti e tentativi suicidari."

⁹ Dall'inglese *International Classification of Diseases*, decima edizione.

1.1.3. Eziopatogenesi

La comprensione eziologica del disturbo borderline di personalità (BPD) necessita di un approccio biopsicosociale (Paris, 1995). Fattori di natura genetica, sociale o psicologica, si intrecciano complessivamente tra loro, creando un contorto quadro di eziologia multifattoriale che va studiata sui tratti. Nessun singolo fattore eziologico può verosimilmente spiegare l'insorgenza del BPD e le variabili studiate non sono singole cause, ma fattori di rischio che intervengono nel complesso percorso che conduce alla psicopatologia. Un primo approccio costituzionale all'eziologia del BPD considera la variabilità biologica determinante dello specifico disturbo a cui un individuo è incline, mentre gli eventi stressanti determinano quando e in quale misura quello stesso disturbo diventerà clinicamente evidente. La variabilità dei tratti personali, quindi, sebbene geneticamente determinata, può rivelarsi adattiva o disadattiva nei diversi contesti ambientali. La vasta eterogeneità della sindrome e il fatto che il BPD non corrisponda ad un unico fenotipo, non hanno ancora permesso di stabilire quali fattori determinino la vulnerabilità biologica al BPD (Paris, 1995). Tuttavia, si è osservato che i familiari di pazienti con BPD hanno una maggiore frequenza di disturbi psicopatologici, soprattutto depressione e abuso di sostanze (Goldman, D'Angelo e DeMaso, 1993; White, Gunderson, Zanarini e Hudson, 2003); questo può influire sia a livello ereditario, fornendo ai figli una particolare diatesi genetica per lo sviluppo di fattori psicopatologici, sia a livello della qualità della tutela. Infatti, buona parte dei soggetti con diagnosi di BPD riporta esperienze di maltrattamenti durante l'infanzia (Zanarini, 2000), fino all'abuso sessuale in circa un quarto dei casi. È importante sottolineare, però, che precoci esperienze negative di accudimento, sebbene siano un fattore di rischio per l'insorgenza del disturbo borderline di personalità, di per sé non sono sufficienti. Solo l'associazione ripetuta tra più predisposizioni costituzionali ereditarie e particolari stressor ambientali è ritenuta alla base dello sviluppo del BPD (Meares, Stevenson e Goodman, 1999; Zelkowitz, Paris, Guzder e Feldman, 2001).

Il processo evolutivo del BPD comincia probabilmente in infanzia, quando soggetti con particolari diatesi di origine genetica e temperamentale, subiscono maltrattamenti o sperimentano una profonda mancanza di sintonizzazione con i genitori, con i quali si può instaurare un legame di attaccamento insicuro disorganizzato (Holmes, 2004).

Alcuni studi di risonanza magnetica nei soggetti adulti con BPD hanno evidenziato differenze strutturali, rispetto ai soggetti di controllo, nell'ippocampo (Brambilla, Soloff, Sala, Nicoletti, Keshavan e Soares, 2004), nell'amigdala (Minzenberg, Fan, New, Tang e Siever, 2008) e nella corteccia orbitofrontale destra (Chanen, Velakoulis, Carison, Gaunson, Wood, Yuen, Yucel, Jackson, McGorry e Pantelis, 2008). Una disfunzione della porzione orbitale della corteccia prefrontale è connessa ad un elevato livello di impulsività (Berlin, Rolls e Iversen, 2005). Inoltre, a prova del fatto che le esperienze infantili hanno un effetto a livello neurobiologico, alcuni studi su soggetti affetti da Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) hanno riportato che esperienze traumatiche hanno effetti sull'amigdala, sull'ippocampo e sulla corteccia prefrontale. Ciò dimostra che anche se le popolazioni cliniche del BPD e del PTSD non sono sovrapponibili, presentano alcuni pattern di attivazione neurale e alcune caratteristiche cliniche simili (Van der Kolk, Pelcovitz, Roth, Mandel, Mcfarlane e Herman, 1996). Questi pattern di attivazione neurale, quali un'iperattività dell'amigdala ed una ridotta attivazione della corteccia orbitofrontale e della corteccia cingolata, sfociano nelle manifestazioni comportamentali borderline, come manifestazioni impulsive e autolesionistiche ed una rapida alternanza di stati affettivi anche opposti tra loro, che danno vita a "montagne russe emozionali" (Cozolino, 2008). Altri studi su soggetti con BPD indicano la possibilità di individuare vulnerabilità a livello biochimico, in particolare del sistema neurotrasmettitoriale serotoninergico e di quello dopaminergico (New, Goodman, Triebwasser e Siever, 2008).

La disfunzione dopaminergica, connessa alla disfunzione frontale riscontrata nei pazienti con DBP, è implicata in più manifestazioni cliniche, quali la scarsa regolazione dell'attivazione affettiva, l'elevata impulsività e i deficit cognitivi a livello esecutivo (Friedel, 2004; New et al., 2008). Inoltre, più studi hanno individuato deficit del processamento emotivo delle informazioni nei soggetti con BPD (Putnam e Silk, 2005; Rosenthal, Gratz, Kosson, Cheavens, Lejuez e Lynch, 2008). I soggetti con DPB hanno difficoltà nel riconoscere le emozioni in stimoli integrati e tendono a percepire aspetti di rabbia in stimoli neutri o ambigui (Domes, Winter, Schnell, Vohs, Fast e Herpeetz, 2008). Da altri risultati preliminari emerge l'incapacità, durante scambi sociali, di mantenere la cooperazione reciproca e di riparare la cooperazione se interrotta (King-Casas, Sharp, Lomax-Bream, Lohrenz, Fonagy e Montague, 2008; Seres, Unoka e Keri, 2009).

Tutte queste difficoltà interpersonali, come vedremo, derivano principalmente da contesti relazionali primari disadattivi. Per questo motivo, in questo quadro complessivo, si può interpretare l'instabilità delle relazioni interpersonali come manifestazione dei modelli operativi interni conseguenti all'attaccamento, solitamente disorganizzato, instauratosi in infanzia (Crittenden, 2008; Fonagy, Target e Gergely, 2000; Minzenberg et al., 2008) e come effetto dell'esposizione all'instabilità della regolazione affettiva di base (Gunderson, 2007).

1.2 Gli aspetti psicodinamici della personalità borderline

Questo paragrafo ha l'intenzione di esplorare i principali fondamenti teorici dell'area psicodinamica, con lo scopo di analizzare gli elementi diagnostici fondamentali sui quali concordano la maggior parte dei teorici psicodinamici. In particolare, ci si concentrerà sui fenomeni che hanno maggiore rilevanza eziopatogenetica nel disturbo borderline di personalità, quali il tipo di attaccamento, la trascuratezza emotiva precoce e i fattori traumatici.

1.2.1 Il legame parentale e la teoria dell'attaccamento

L'insicurezza dell'attaccamento nell'infanzia va compresa come un potenziale fattore di rischio che incrementa la probabilità di sviluppare in seguito un disturbo. Facendo riferimento alla teorizzazione di John Bowlby (anni Cinquanta), che introduce aspetti biologici e aspetti relazionali nella diade madre-bambino, definiamo l'attaccamento come "la manifestazione istintuale del bisogno di accudimento e protezione di ogni individuo" (Bowlby, 1969). Il legame che si crea tra il bambino e il suo caregiver è tendenzialmente preposto a garantire la sicurezza e la sopravvivenza del bambino. Un attaccamento sicuro è fondamentale per lo sviluppo sano e per le future relazioni dell'individuo. Un attaccamento insicuro e disorganizzato invece è strettamente correlato alla psicopatologia (Solomon, George, 2011). In particolare, Dozier, Stovall-McClough e Albus (2008) hanno riscontrato come quest'ultimo tipo di attaccamento si associ a un ampio range di condizioni psicopatologiche, e che uno stato della mente disorganizzato è presente in campioni di soggetti con BPD in una percentuale che varia dal 50% all'89%.

Questi concetti derivano dalla procedura osservativa e di valutazione dell'attaccamento proposta da Mary Ainsworth e collaboratori (1978), definita *Strange Situation*. Tale

esperimento prevede l'alternarsi di momenti di unione e separazione tra il caregiver e il bambino. L'obiettivo è valutare le reazioni del bambino alla separazione e poi alla riunione con il genitore e se il caregiver costituisce una "base sicura" per l'individuo.

Dall'osservazione sono stati costituiti quattro tipi di attaccamento:

- Sicuro (tipo B): il bambino esplora e mostra angoscia alla separazione, accoglie attivamente il caregiver nel momento di unione e poi torna ad esplorare.
- Insicuro-Evitante (tipo A): il bambino non prova angoscia alla separazione, evita e ignora il caregiver al suo ritorno, si focalizza sull'ambiente e sul gioco.
- Insicuro-Ambivalente o Resistente (tipo C): il bambino è molto angosciato e si oppone alla separazione, ma respinge con rabbia il caregiver al suo ritorno, l'attenzione verso i giochi e l'ambiente è quasi totalmente assente.
- Disorganizzato o Disorientato (tipo D): questo stile è stato coniato successivamente da Main e Solomon (1990). Il bambino manifesta comportamenti imprevedibili, confusi e incoerenti, spesso si evidenzia apatia sia da parte del bambino sia da parte del caregiver.

Secondo Main e Hesse (1990) un bambino sviluppa una disorganizzazione dell'attaccamento quando la figura di attaccamento è al tempo stesso "origine e soluzione" della sua paura. La presenza di lutti e/o traumi irrisolti nel caregiver lo porterebbe infatti a esprimere in modo relativamente sistematico e continuativo paura e comportamenti spaventati e spaventanti, che a loro volta spingerebbero il bambino a ricercare protezione e calma nella relazione con il caregiver, che però è proprio la fonte della paura. A questo proposito, può risultare molto importante indagare le esperienze di attaccamento nell'infanzia dell'adulto. La creazione dell'*Adult Attachment Interview* (AAI) (Main, 1985), basandosi sulla teoria di Bowlby e sulla *Strange Situation*, va a adempiere riconoscibilmente a questo obiettivo. Questa intervista strutturata richiede all'intervistato di riflettere sui ricordi relativi alle prime relazioni e su esperienze potenzialmente traumatiche e di costruire un discorso coerente e collaborativo. Dall'analisi dei trascritti vengono articolate cinque categorie della rappresentazione mentale dell'adulto del proprio attaccamento:

- Sicuro/autonomo (F): il soggetto narra in modo coerente, oggettivo e ragionevole.
- Distanziante (DS): la narrazione non è coerente, spesso contraddittoria. Il soggetto riporta insistentemente difficoltà nel ricordare, sottolinea spesso l'assenza di ricordi.

- Preoccupato (E): il soggetto risponde in modo chiuso e inflessibile, spesso incoerente e a tratti confuso. Dalle risposte emerge una sensazione persistente di rabbia e preoccupazione nei confronti dei genitori.
- Irrisolto/disorganizzato (U/D): sono presenti nel discorso lapsus riguardanti esperienze potenzialmente traumatiche, riconducibili a mancate elaborazioni di questi eventi.
- Non classificabile (CC): categoria individuata successivamente da Hesse (1996) per comprendere tutti i casi che non rientravano nelle categorie precedenti e presentavano caratteristiche miste. Si posizionano in questo stato interviste da cui emergono rabbia intensa, idealizzazione, stati mentali fortemente dissociati e incompatibili tra loro che portano ad una disorganizzazione più generale del funzionamento della persona. Appartenere a questa categoria potrebbe essere il frutto di un attaccamento infantile disorganizzato e traumatico e, proprio come quest'ultimo fattore, essere uno dei principali predittori di un successivo stato psicopatologico. Molti studi hanno rinforzato il legame esistente tra fattori traumatici infantili, attaccamento disorganizzato e personalità borderline, evidenziando somiglianze e possibili corrispondenze eziologiche tra il BPD e i disturbi post traumatici. Molte ricerche empiriche svolte negli ultimi anni mostrano, nell'infanzia dei borderline, la ricorrenza di episodi e/o ambienti traumatici (Gabbard, 2005; Johnson et al., 1999; Lewis, Grenyer, 2009). A sostegno di queste concettualizzazioni, secondo Liotti e Farina (2011), la situazione relazionale che conduce alla disorganizzazione dell'attaccamento può essere considerata come un *trauma relazionale precoce* (Schoore, 2003, 2009). Inoltre, secondo Bowlby, dalla relazione di attaccamento derivano anche i Modelli Operativi Interni (MOI), ovvero le rappresentazioni mentali della figura di attaccamento, del sé e dell'ambiente. Queste rappresentazioni verrebbero successivamente generalizzate andando a formare dei modelli rappresentazionali relativamente fissi che il bambino, e poi l'adulto, utilizzerebbe per prevedere gli eventi e mettersi in relazione con gli altri. Una disorganizzazione dell'attaccamento, quindi, comporterebbe sia una rappresentazione molteplice e scissa di sé e della figura dell'attaccamento, sia un deficit metacognitivo che rende difficile la regolazione delle emozioni (Liotti, 1999).

1.2.2. Il fattore traumatico

L'ICD-10 definisce traumatici gli eventi “di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone”.

Come è già stato accennato, negli ultimi anni un numero sempre crescente di studi ha evidenziato la frequente presenza di gravi traumi nei primi anni di vita di molti pazienti con BPD. È importante però, sottolineare come non esistano solo *traumi focali-macroscopici*, causati da eventi specifici, ma anche *microtraumi cumulativi*, ripetuti e poco evidenti che si accumulano silenziosamente nel tempo. Per indicare l'impatto di traumi cronici nel rapporto madre-bambino, Bessel Van der Kolk (1987, 1996) utilizza il termine *atmosfera traumatica*. Sottolineando così l'importanza dell'ambiente in cui la relazione madre-bambino evolve e l'interazione del bambino con l'ambiente stesso. Sullo spostamento dell'attenzione dalle dinamiche pulsionali e intrapsichiche al riconoscimento del ruolo dell'ambiente reale, si basa anche la formulazione del concetto di *trauma cumulativo* di Masud Khan (1963) che deriverebbe "dalle tensioni e dalle pressioni che il bambino piccolissimo sperimenta nel contesto della dipendenza del suo Io dalla madre in quanto scudo protettivo e Io ausiliario". È pertanto evidente, nella formulazione di Khan, l'attenzione all'ambiente in quanto contesto dell'evento e al ruolo svolto dalla madre nella co-costruzione dello stesso, nonché alle possibili interferenze patologiche materne che si traducono in alterazioni della strutturazione del Sé del bambino. Inoltre, il triste catalogo dei traumi presenta una divisione: alcuni fattori traumatici primari avrebbero un ruolo patogeno *preminente*, altri un ruolo secondario, cosiddetto *facilitante*. Nei traumi con un ruolo patogeno più emergente rientrano abusi sessuali, abusi fisici ed essere testimoni di gravi episodi di violenza. Quelli con un fattore patogeno secondario invece sono: trascuratezza fisica ed emotiva, separazione dalle figure di caregiver, abuso verbale, mancanza di rapporti protettivi e fidati e psicopatologia dei genitori. I fattori più specifici implicati nell'eziologia e nelle dinamiche del disturbo borderline di personalità sono gli abusi intrafamiliari (sessuali, fisici, psicologici) e la trascuratezza macroscopica. In particolare, la presenza in anamnesi di abusi sessuali nell'infanzia si riscontra nel 60% degli individui con BPD (Gabbard, 2005). Inoltre, uno studio prospettico particolarmente accurato (Johnson et al., 1999), ha enfatizzato l'aspetto eziologico della trascuratezza dimostrando che comportamenti di trascuratezza da parte dei genitori nell'infanzia, aumentano sia i sintomi del BPD sia quelli correlati a diversi altri disturbi di personalità. Altri studi invece, hanno mostrato, dando conferma a certe teorie psicodinamiche, che i pazienti borderline avevano alle spalle una percentuale significativamente più elevata di perdite e separazioni precoci rispetto ad altri disturbi (Zanarini, Frankenburg, 1997).

Nonostante oggi sia indubbio il ruolo fondamentale giocato dal trauma infantile e in particolare dall'abuso sessuale e fisico e dalla trascuratezza nell'eziologia e nella patogenesi del BPD, è importante ricordare che i dati analizzati indicano anche che non tutti gli individui con BPD hanno alle spalle esperienze simili. Ciò che tuttavia si può affermare con naturalezza è che esiste un'associazione tra il trauma relazionale precoce, la disorganizzazione dell'attaccamento, il successivo sviluppo traumatico e le gravi difficoltà relazionali che caratterizzano il disturbo borderline di personalità (Choi-Kain, Fitzmaurice, Zanarini, et al., 2009).

1.2.3. Dissociazione e frammentazione del Sé

Con *dissociazione* si intende uno stato in cui il soggetto subisce un'alterazione più o meno temporanea delle normali funzioni integrative come identità, memoria, coscienza e percezione dell'ambiente circostante (Nardelli, Lingiardi, 2014).

La dissociazione occupa un ruolo centrale nel processo di “gestione immediata” del trauma: una persona può “dissociare” l'esperienza traumatica dalla coscienza e dalla memoria, creando una fuga mentale dalla paura e dal dolore evocati dal vissuto traumatico. Questo processo, adattivo al momento del trauma, produce cambiamenti e alterazioni dei processi psichici che, nel tempo, si possono tradurre in stili di relazione e strategie di difesa disadattivi che possono compromettere il senso di continuità della propria identità. Per il bambino traumatizzato, la dissociazione costituisce l'unica via di fuga contro stati acuti di dolore fisico ed emotivo. In questo modo, pensieri, sentimenti, ricordi e percezioni delle esperienze traumatiche vengono separati psicologicamente, consentendo alla vittima di funzionare *come se* il trauma non fosse avvenuto. Non a caso, Frank Putnam (2001) ha definito la dissociazione come “la fuga quando non c'è via di fuga”. La dissociazione, dunque, produce una frammentazione del Sé, una frattura verticale che divide la coscienza in due o più parti allo scopo di proteggere la mente da un'ansia insostenibile. Come mette in luce Philip Bromberg (2006), la dissociazione non rinnega i contenuti mentali, ma aliena l'individuo da aspetti del Sé incompatibili. Constatato che lo sviluppo del Sé avviene all'interno delle relazioni di attaccamento, la disorganizzazione dell'attaccamento coincide con una disorganizzazione della struttura del Sé. (Bateman, Fonagy, 2004). A questo proposito, Winnicott (1963) afferma che il bambino che si relaziona con una madre non “sufficientemente buona” che non è in grado di rispecchiare adeguatamente le sue

esperienze, reagisce per mezzo di una dissociazione dei propri stati emotivi, corporei e cognitivi autentici che gli permette un adattamento alla realtà esterna. Questa dissociazione struttura un *falso Sé* costellato da difese rigide. Il falso Sé si scontra con la parte mentale organizzata e integrata dell'individuo, il *vero Sé*. Il vero Sé protegge il senso di continuità del bambino e gli permette di instaurare relazioni autentiche e spontanee con gli oggetti, senza perdere il suo senso di onnipotenza. Il vero Sé si sviluppa quando la madre fornisce al bambino ciò di cui ha bisogno quando ne ha bisogno, quando “aiuta il bambino a scoprire sé stesso sintonizzandosi con lui e rispecchiandogli i suoi stati affettivi e cognitivi” (Winnicott, 1960). Nei casi più estremi, le persone dominate da un falso Sé dissociato che nasconde il vero Sé vacillano molto in relazioni intime di amore e amicizia.

La dissociazione tra vero e falso Sé per Winnicott prevale in soggetti schizofrenici, schizoidi e borderline e apre violentemente le porte alla scissione.

1.2.4. Il Sé alieno come organizzazione patologica

Un'altra importante funzione che si sviluppa nel contesto delle relazioni di attaccamento, oltre alla capacità di comprensione del Sé, è la mentalizzazione. Per questa ragione, la disorganizzazione dell'attaccamento, caratterizzata da un'inadeguata risposta di rispecchiamento da parte del caregiver, coincide anche con un'indebolita capacità di mentalizzare. (Bateman, Fonagy, 2004). In particolare, secondo il modello di funzione riflessiva di Fonagy, un attaccamento disorganizzato e l'esperienza del trauma, possono portare ad una scissione delle rappresentazioni del Sé e dell'altro in un aspetto idealizzato e in uno persecutorio che il bambino non può usare simultaneamente. Il bambino traumatizzato e privato di un rispecchiamento contingente finirà così per internalizzare rappresentazioni dello stato emotivo e mentale interno dei genitori anziché i propri, il che genera un'esperienza aliena all'interno del Sé. Il *Sé alieno* consiste dunque in, una struttura infantile interiorizzata che contiene la rappresentazione sia della cattiveria dell'oggetto, sia del tentativo del Sé di farvi fronte attraverso un meccanismo d'identificazione con l'aggressore (Fonagy, Target, 2001). In particolare, il bambino, interiorizzando l'intenzione malevola del genitore, percepirà l'intento distruttivo dell'abusante come proveniente dall'interno del proprio Sé, determinando un profondo odio per sé stessi. Tutto ciò genera da un ambiente non mentalizzante e di conseguenza esita nel mancato sviluppo della capacità di mentalizzazione del bambino. A causa di questa compromissione (e del

comportamento minaccioso e/o spaventante dei loro caregiver), i bambini con attaccamento disorganizzato, hanno parti aliene del Sé molto estese che portano inevitabilmente ad ulteriore compromissione e discontinuità del Sé. Coerentemente con ciò che è stato ipotizzato e riportato, la maggior parte dei pazienti borderline di personalità presenta nel corso dello sviluppo, sia una relativamente grave instabilità del Sé, sia un importante deficit di mentalizzazione. Nel prossimo capitolo verrà approfondito questo concetto con le conseguenze disadattive che comporta e saranno analizzate le principali strategie difensive che il soggetto borderline mette in atto per far fronte alla sua condizione psicopatologica.

CAPITOLO II: CONSEGUENZE DISADATTIVE E STRATEGIE DIFENSIVE DELLA PATOLOGIA BORDERLINE

2.1. Deficit di mentalizzazione e disregolazione affettiva

Allen, Fonagy e Bateman nel 2008 hanno proposto alcune definizioni del concetto di mentalizzazione: “tenere a mente la mente”, “considerare gli stati mentali propri e degli altri”, “vedere sé stessi dall’esterno e gli altri dall’interno”, “attribuire una qualità mentale alle cose o sviluppare una prospettiva mentale” (Allen, Fonagy, Bateman, 2008).

Fonagy e collaboratori hanno usato il concetto di mentalizzazione come fulcro per coniugare la psicoanalisi e la teoria dell’attaccamento (Fonagy, 2001; Fonagy et al., 2002).

Come è già stato riportato, infatti, la capacità di mentalizzare si sviluppa attraverso interazioni reciproche all’interno di un legame interpersonale significativo tra la figura di attaccamento e il bambino (Fonagy, 1999; Fonagy et al., 2002). Le capacità di mentalizzazione del genitore sono determinanti nel favorire l’attaccamento sicuro del bambino, e l’attaccamento sicuro fornisce il contesto determinante per attivare il potenziale mentalizzante proprio del bambino. In poche parole, mentalizzazione genera mentalizzazione e non mentalizzazione genera non mentalizzazione (Allen, Fonagy, Bateman, 2008). Da un contesto relazionale precoce non mentalizzante, quindi, difficilmente emergerà un individuo in grado di mentalizzare in modo efficace.

In questi termini, la psicopatologia borderline può essere in buona parte considerata il riflesso di un’inibizione della mentalizzazione o di un fallimento originario del suo sviluppo¹⁰. Questa inibizione della capacità di mentalizzare, che può anche essere la conseguenza difensiva di un’esperienza traumatica precoce, può originare alcune caratteristiche dei disturbi di personalità. Nello specifico, la fenomenologia del disturbo borderline, si manifesta con una modalità prementalistica che si avvale dell’*equivalenza psichica*, della modalità del *far finta* e di un pensiero che si declina con modalità *teleologica*, all’interno di un quadro di generale fallimento della mentalizzazione. La modalità di funzionamento dell’*equivalenza psichica* fa sì che il mondo interno sia percepito come

¹⁰ Per far fronte a questa inibizione, in ambito clinico, sono state poste le basi per un approccio terapeutico al BPD centrato sulla mentalizzazione. Bateman e Fonagy (2006, 2008) propongono un trattamento manualizzato: il *Mentalization Based Treatment* (MBT). Scopo generale del trattamento basato sulla mentalizzazione è sviluppare un processo terapeutico in cui la mente del paziente diventi il focus del trattamento, per ripristinare la mentalizzazione dal punto in cui si è interrotta, promuovendo un ricorso stabile a tale funzione nell’ambito delle relazioni di attaccamento.

sovrapponibile a quello esterno. Il mondo è come la mente lo rappresenta e gli stati mentali sono vissuti come reali (Allen, Fonagy, Bateman, 2008).

La modalità del *far finta* si colloca all'opposto, separa nettamente gli stati mentali dalla realtà. La costruzione mentale e la realtà fisica sono totalmente slegate e gli stati mentali descritti non presentano nessuna implicazione reale. Si genera così una *pseudo-mentalizzazione* che non presenta un pensiero e dei sentimenti autentici. Né la modalità di equivalenza psichica né la modalità del far finta sono in grado di creare il rapporto ottimale tra mente e realtà esterna. In uno sviluppo sano e adattivo il bambino integra queste due modalità per giungere alla mentalizzazione (Allen, Bateman, Fonagy, 2008). Queste sono due possibilità regressive di prementalizzazione a cui può attingere un soggetto con un importante deficit di mentalizzazione.

La terza possibilità è il ritorno al pensiero *teleologico*, in cui gli stati mentali, i desideri e gli affetti, sono ritenuti reali solo se vengono espressi in azioni fisicamente osservabili (Fonagy, 2006). Il soggetto che utilizza questa modalità di funzionamento non è in grado di interpretare situazioni interpersonali complesse in termini di stati mentali intenzionali, se non in funzione di un'evidenza fisica concreta. Per esempio, un paziente con disturbo borderline, potrebbe far pressioni sul terapeuta affinché questi gli mostri prove concrete del suo interesse; oppure, nell'impossibilità di mentalizzare le sue emozioni, potrebbe compiere atti autolesionisti e mostrarne i segni per esprimere in azione ciò che non può esprimere a parole. In quest'ottica, secondo il modello evolutivo di Bateman e Fonagy (2006), il fallimento della mentalizzazione ci permette di comprendere alcune caratteristiche principali del disturbo borderline: relazioni disfunzionali e disregolazione affettiva, atti impulsivi di violenza, autolesionismo e tentativi di suicidio. In particolare, gli autori ritengono che la disregolazione affettiva e la mentalizzazione compromessa siano processi interconnessi e che entrambi interagiscano in un circolo vizioso con un ambiente di attaccamento non mentalizzante. In questo modo è possibile ipotizzare che l'assenza di un'esperienza di *mirroring*¹¹ contingente marcato nell'infanzia crei una vulnerabilità alla disregolazione affettiva creando autorappresentazioni meno robuste di stati interni di eccitazione emotiva. Omettendo di promuovere la capacità di mentalizzare

¹¹ Rispecchiamento emotivo da parte del caregiver.

le emozioni, questo processo di sviluppo mina la capacità di autoregolazione e contribuisce alla qualità imprevedibile e all'eccessiva intensità dell'esperienza emotiva. A sostegno di quanto appena riportato, diversi studi mostrano che le persone con disturbo borderline presentano un alto livello di reattività affettiva. Gli individui con BPD vivono più emozioni negative e le esperienze negative tendono ad avere maggiore rilevanza per loro (Brown et al., 2002; Korfine, Hooley, 2000). In uno studio longitudinale su pazienti BPD durato sei anni, il 90% degli oltre 300 partecipanti ha confermato l'instabilità affettiva come una caratteristica della loro condizione (Zanarini et al., 2003).

La disregolazione affettiva che caratterizza il disturbo borderline, a differenza dei disturbi dello spettro dell'umore, è altamente situazionale ed è principalmente associata con alti livelli di sensibilità interpersonale (Bradley, Westen, 2005). Le ricerche neurobiologiche danno sostegno alle evidenze cliniche della disregolazione affettiva nel BPD (Gabbard et al., 2006). I pazienti con disturbo borderline di personalità, infatti, mostrano segni di deficit strutturali e funzionali in aree cerebrali normalmente considerate centrali nella regolazione affettiva (Putnam, Silk, 2005). Per esempio, studi di *imaging* funzionale mostrano segni di funzionamento perturbato dell'amigdala nel BPD, anche associato alla rilevanza dell'affetto negativo (Donegan et al., 2003; Herpertz et al., 2001).

Queste caratteristiche costituzionali di disregolazione emotiva e di affettività negativa, connesse a esperienze psicosociali di maltrattamento, che caratterizzano i pazienti borderline, esitano in difficoltà e disfunzioni delle relazioni interpersonali.

A questo proposito, la teoria biosociale-comportamentale proposta da Marsha Linehan¹² (1987), la quale considera la mancata regolazione delle emozioni come patologia nucleare del BPD, specifica i modelli di comportamento borderline adulto prevedibili come conseguenza dell'interazione tra disfunzione della regolazione delle emozioni e determinate circostanze dello sviluppo.

¹² La teoria di Linehan è alla base del suo metodo di cura, la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT). Questa terapia dialettica comportamentale descrive i suoi obiettivi in termini di *mete comportamentali*, cioè comportamenti che andrebbero ridotti o aumentati. In particolare, questa terapia è stata sviluppata soprattutto per affrontare pazienti borderline di sesso femminile e si concentra principalmente su sei aree comportamentali specifiche: comportamenti suicidari, comportamenti che interferiscono con la terapia, comportamenti che interferiscono con la qualità della vita, acquisizioni di capacità comportamentali, comportamenti da stress post traumatico e comportamenti legati al rispetto di sé stessi.

2.2. Intolleranza alla solitudine e angosce abbandoniche

Il primo criterio per la diagnosi di disturbo borderline di personalità citato nel DSM-5 “sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono” (APA¹³, 2013), permette di identificare i pazienti borderline come soggetti terrorizzati all’idea di rimanere soli. A fronte dell’incapacità di controllare e modulare sentimenti e reazioni emotive, i soggetti borderline tendono ad essere catastrofici e vertiginosamente mutevoli quindi hanno costantemente bisogno di qualcuno che li aiuti a regolare gli affetti e a tranquillizzarsi. L’altro significativo, inoltre, deve assumere la funzione di contenitore per l’esternalizzazione di un Sé alieno torturante, di conseguenza se l’altro viene a mancare il soggetto borderline vive una terribile perdita del Sé. Il riconoscimento di questa intolleranza alla solitudine come uno dei criteri centrali per la diagnosi BPD può essere ricondotto a molti contributi clinici e teorici. Oltre al pensiero dei grandi evoluzionisti britannici, Winnicott, Bowlby e Fonagy, di cui è stato riportato ampiamente nei paragrafi precedenti, si può sottolineare il contributo di Modell (1963) e di Masterson (1972). Modell ha proposto che il fallimento evolutivo fondamentale dei pazienti borderline implichi un’incapacità ad affrontare la separazione. Masterson, invece, ha evidenziato come le paure abbandoniche dei pazienti borderline abbiano origine da esperienze traumatiche di separazione nell’infanzia. A causa di questo timore abbandonico primordiale che li contraddistingue, i pazienti borderline sentono continuamente il bisogno di essere contenuti e di avere qualcuno che si prenda cura di loro. Il sentimento di angoscia all’idea di essere lasciati soli con sé stessi, senza protezione e senza un ambiente di contenimento è talmente forte che anche affrontare separazioni limitate nel tempo o cambiamenti o imprevisti inevitabili per questi soggetti può diventare deleterio. In particolare, all’interno di una relazione terapeutica, anche una piccola variazione di programma o una minima percezione di separazione o abbandono, può portare a proiezioni di sentimenti negativi e svalutanti di portata esponenziale sul terapeuta. In altre parole, un clinico che si trova costretto a chiamare un paziente borderline poco prima di una seduta per annullarla o spostarla, mette severamente a rischio, oltre che la relazione terapeutica, anche la sua incolumità. Inoltre, come è già stato accennato, per il soggetto con BPD le relazioni sono il luogo in cui riversare angosce, aggressività e conflitti; all’altro è attribuito lo scopo di contenere questi stati d’animo distruttivi e la parte aliena

¹³ *American Psychiatric Association*

del Sé. La mancanza di relazione, quindi, è vista come perdita dell'opportunità di esternalizzare il Sé alieno insostenibile. Tutto ciò enfatizza i terrori abbandonici e genera l'innescò per atti di autolesionismo. Se un soggetto borderline si confronta con la perdita potenziale o reale dell'altro, un diverso insieme di fenomeni clinici si rendono manifesti. L'esperienza della solitudine può portare a gravi atti impulsivi, a sintomi dissociativi o allucinatori, a ideazioni paranoide, ma anche alla disperata ricerca d'oggetto (per esempio, promiscuità), spesso aiutata dall'influenza disinibitoria dell'alcol o di altre droghe.

2.3 Il disturbo borderline come disturbo dello spettro degli impulsi

Molti studi sulla fenomenologia e sulla familiarità dei disturbi psichiatrici indicano chiaramente la presenza di un forte legame tra BPD e disturbi dello spettro impulsivo. Si potrebbe suggerire che questo rapporto si basa in primo luogo su un'inclinazione ereditaria all'impulsività (Zanarini, 1989). Alternativamente si può argomentare questo legame come tentativo di affrontare la sofferenza emozionale in modo "motorio". Per i pazienti borderline, infatti, l'impulsività diventa il mezzo utile sia per autoinfondersi tranquillità sia per esprimere la loro disperazione, la loro rabbia e la loro intensa frustrazione. La condizione di enorme sofferenza, spesso associata a un'infanzia con abuso cronico e/o trascuratezza (Gunderson, Zanarini, 1989), che vivono i soggetti borderline, viene controllata e segnalata agli altri attraverso atteggiamenti impulsivi. In quest'ottica quindi, anche questa manifestazione clinica, si può ricondurre a esperienze relazionali precoci non mentalizzanti che hanno portato alla compromissione di un senso agentivo del Sé (Fonagy, Target, 1997) e ad un'inibizione dell'*agency*, intesa come l'accessibilità a un consapevole senso di regolamentare il proprio comportamento (Ryan, 2005). Dalla mancanza di *agency* potrebbero conseguire problemi del controllo volontario (Fonagy, 2001). Questa insufficienza di autocontrollo si rende visibile e si concretizza soprattutto nel momento in cui l'altro si sottrae alla relazione e al suo ruolo di contenitore. Queste sono le occasioni preferite dagli atti impulsivi violenti per manifestarsi. Se invece ci si sposta sul sistema solare che vede al centro della patologia borderline la disregolazione emotiva, il comportamento impulsivo può essere concepito come una strategia, maladattiva ma estremamente efficace, di regolazione delle emozioni. L'incapacità di esprimere i propri stati emotivi e l'intolleranza a stimoli emotivamente dolorosi, lasciano un'unica via di uscita al paziente borderline: l'*acting out*.

L'impossibilità di contenere il proprio sentire genera una tensione interna insopportabile che si placa solo se viene scaricata in azione in modo esplosivo e spesso autodistruttivo.

2.4. Alterazione dell'identità

Un'altra invalidante colonna portante della patologia borderline, di cui è già stato discusso, è un senso di sé instabile e frammentato. Al terzo criterio diagnostico per BPD riportato nel DSM-5, "alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistente instabile" (APA, 2013), è stato consegnato il compito di sottolineare questo importante tratto patologico. Seguendo ancora una volta i due binari eziopatologici paralleli su cui corre il disturbo borderline di personalità, possiamo affermare che questa frammentazione e instabilità del Sé, sia frutto sia di uno sviluppo all'interno di un contesto relazionale primario non mentalizzante sia di una capacità di regolazione delle emozioni mai sviluppata. A questo proposito, Fonagy e Target (1997) affermano che mentalizzare è fondamentale per mantenere un senso stabile del Sé.

Di conseguenza, una capacità di mentalizzazione compromessa comporta un fallimento dell'auto-organizzazione, dell'autonomia e della capacità di sperimentare sé stessi come autori delle proprie azioni. Inoltre, non va dimenticato, come fattori traumatici infantili ed esperienze di rispecchiamento non contingenti, abbiano portato i soggetti borderline ad interiorizzare una rappresentazione distorta e maltrattante del caregiver come parte della rappresentazione del loro Sé (Winnicott, 1971). Ciò sfocia nella spaccatura del Sé dell'individuo e nella creazione interna di un Sé alieno che in realtà non gli appartiene. La stabilità, l'unione e la coerenza del proprio Sé, a questo punto, sono totalmente compromesse. Se al soggetto non è stata mai o quasi mai restituita una risposta emozionale mentalizzata, di fatto è stato privato anche della possibilità di sviluppare la capacità di regolare risposte emozionali in modo adeguato. Questa incapacità interferisce sia con il mantenimento del senso del sé sia con lo sviluppo dell'identità. Il tentativo sofferto dei soggetti borderline di inibire i loro stati emotivi e le loro risposte emozionali fuori controllo, può portare allo smarrimento o all'assenza di un forte senso di identità e al vissuto di un'importante sensazione di vuoto (Paris, 1995). Questo quadro limitante porta spesso ad improvvisi cambiamenti di obiettivi, opinioni, progetti e valori. A mutare improvvisamente e drammaticamente è anche la loro visione degli altri, che vengono visti alternativamente come totalmente buoni o totalmente cattivi.

Ciò che è stato riportato finora, viene sottolineato anche dal criterio A del modello alternativo per i disturbi di personalità inserito nella sezione III del DSM-5. In particolare, per quanto riguarda il disturbo borderline di personalità, questa compromissione del funzionamento del Sé si manifesta con caratteristiche difficoltà sia nell'area dell'identità sia nell'area dell'autodirezionalità. Alcune specificità della patologia sono: immagine di sé marcatamente impoverita, scarsamente sviluppata o instabile, spesso associata a eccessiva autocritica e a sentimenti cronici di vuoto; autostima fragile e un debole senso di autonomia che comporta anche la difficoltà a perseguire obiettivi e valori. Queste lacune di autostima e autenticità vanno ad ampliare la vulnerabilità e l'instabilità pervasiva che condannano la vita e le relazioni dei pazienti borderline.

2.5. Autolesionismo e tentativi di suicidio

Tra tutte le strategie alternative disadattive, ma funzionali, messe in atto dal paziente borderline nel tentativo di placare la sua sofferenza, gli atti autolesionistici sembrano essere, quasi sorprendentemente e seppur temporaneamente, i più efficaci.

Paradossalmente, i soggetti borderline, provocando dolore fisico a sé stessi riescono ad alleviare, anche se per poco, il dolore interiore. La sofferenza emotiva che si portano dentro è decisamente più grande, invalidante e insostenibile della sofferenza fisica autoindotta: "Io voglio tagliarmi. Voglio vedere il dolore, perché è la cosa più fisica da mostrare. Non si può mostrare la sofferenza interiore. Io voglio tagliarmi, tagliarmi, mostrare, mostrare. Tirarlo fuori. Cosa fuori? Il dolore, appunto". Questo scritto di una paziente, ricavato da uno studio di Shearer (1994) su pazienti ricoverati, presenta una chiara espressione di dolore tesa a ottenere una risposta. Il tentativo di dominare il dolore psichico tramite il dolore fisico (funzione principale per il 59% dei pazienti), però, è solo una delle variabili motivazioni dei comportamenti autolesivi. Secondo lo studio di Shearer (1994), infatti, il 49% dei pazienti borderline utilizza questi comportamenti per punirsi, in quanto esseri "cattivi", il 39% per controllare i sentimenti, il 22% per esercitare un controllo sugli altri, il 22% per esprimere rabbia e il 20% per avvertire e dominare la confusione. I comportamenti autolesionisti più comuni attraverso i quali il disturbo borderline di personalità giunge all'attenzione clinica sono: infliggersi dei tagli (80%), procurarsi degli ematomi (24%), bruciarsi (20%), sbattere la testa (15%) e mordersi (7%)

(Shearer, 1994). Questi comportamenti spesso possono essere ampliati e resi più evidenti da altri comportamenti autodistruttivi come guida spericolata e abuso di sostanze.

A fronte di questi dati, è importante sottolineare che, nella maggior parte dei casi, questi atti autodistruttivi non sono da intendere in chiave suicidaria, ma piuttosto nell'ottica di ragioni autopunitive o di esperienze di sollievo da stati affettivi intollerabili. Nonostante l'elevata frequenza con cui i pazienti borderline compiono molteplici atti autodistruttivi, la frequenza comparata degli atti che si risolvono in un suicidio è bassa (Soloff et al., 1994; Stone, 1990). A causa della dissociazione e frammentazione del Sé, infatti, il paziente borderline non riesce a percepire sé stesso integralmente e coerentemente. Le rappresentazioni interiori del Sé sono scisse e polarizzate, di conseguenza nel momento in cui il soggetto si percepisce come "totalmente cattivo", come un mostro meritevole solo di essere punito, può agire in modo autodistruttivo. Questi agiti possono essere enfatizzati dalla perdita dell'opportunità di esternalizzare la parte aliena del Sé, se questa rimane interiorizzata e vissuta come propria e se manca un altro significativo su cui scaricare rabbia e sentimenti negativi, l'unica persona su cui agire è sé stessi.

L'autolesionismo, inoltre, è legato a due modalità prementalistiche in cui spesso rimane bloccato il soggetto borderline: l'equivalenza psichica e la modalità teleologica. La prima, che implica un vissuto di autostima negativa, fa sì che il soggetto sia travolto da una cattiveria soverchiante che egli scarica su sé stesso. La seconda invece, porta l'individuo a credere che solo evidenze fisiche siano in grado di mostrare e modificare stati emotivi e soggettivi, per questo motivo, un agito autolesionista può anche portare a maggiore coesione del Sé. Per la maggior parte delle persone e in diversi contesti, l'evidenza di un gesto autolesivo intenzionale è un'indicazione allarmante di intenzioni suicidarie. In realtà, come è già stato accennato in precedenza, tali atti autolesivi si manifestano in individui con storie pregresse di tentativi di suicidio (62%), con una frequenza media di circa tre tentativi, ma una storia pregressa di comportamenti autolesivi raddoppia la probabilità di suicidio (Stone et al., 1987). Inoltre, questi tentativi sono realizzati con una consapevolezza sempre maggiore degli effetti di controllo che essi hanno sugli altri significativi. I pazienti borderline spesso si tolgono la vita in circostanze che possono aver origine da un gesto nel quale essi hanno calcolato male la reazione di coloro dai quali si aspettavano una risposta d'aiuto. Questi pazienti riferiranno in seguito, di essere stati pienamente consapevoli del fatto che potevano morire e che stavano intenzionalmente

ponendo il proprio destino nelle mani del caso. In ogni modo, aver compiuto un tentativo di suicidio una sola volta, o ripetutamente, aumenta notevolmente la probabilità di un successivo suicidio. La percentuale dei pazienti borderline che si toglie effettivamente la vita è circa dell'8-9%, il tasso aumenta nei pazienti con comorbidità di abuso di sostanze (Stone, 1990).

2.6. Meccanismi di difesa

Parrà abbastanza chiara a questo punto, la necessità del soggetto borderline di difendersi. Ciò che è stato visto finora però, rappresenta solo l'insieme delle mete comportamentali difensive a cui i pazienti giungono tramite complessi processi psichici. Questi processi sono i meccanismi di difesa. Ognuno di noi ne mette in atto alcuni, prevalentemente in modo autonomo ed implicito, per affrontare situazioni stressanti e mediare i conflitti generati dallo scontro tra bisogni, impulsi, desideri e affetti da una parte e proiezioni interne e/o condizioni della realtà esterna dall'altra (Lingiardi, 2014). L'impiego di meccanismi di difesa appartiene alla vita di tutti i giorni e il ricorso a uno stile difensivo piuttosto che a un altro si intreccia con le caratteristiche di base della personalità. Uno degli scopi primari delle difese è quello di mantenere un'omeostasi psichica che permetta all'Io (struttura psichica mediatrice tra individuo e mondo esterno) di continuare a funzionare in modo stabile (Lingiardi, 2014). Alla luce di alcune organizzazioni di personalità, tuttavia, le difese stesse, invece di proteggere, possono diventare pericolose per l'equilibrio psicologico dell'individuo. Numerosi contributi clinici e di ricerca hanno condotto a sviluppare un modello gerarchico dei meccanismi di difesa, che vengono così a essere descritti lungo un continuum che va dalle difese più mature e adattive a quelle più immature e disadattive (con connotazioni e corrispondenze più o meno psicopatologiche). Il seme di questa completa classificazione è rappresentato dalle ricerche condotte con le *Defense Mechanism Rating Scales*¹⁴ (DMRS; Perry, 1990) da George Vaillant e Christopher Perry. La gerarchia prende in considerazione sette livelli difensivi, all'interno dei quali sono inserite le singole difese in base ai criteri di maturità e adattività.

¹⁴ Scale di valutazione applicabili a trascritti di materiale clinico (colloqui diagnostici, sedute di psicoterapia) che comprendono una lista di trenta meccanismi difensivi raccolti in sette livelli. Per ogni meccanismo di difesa il manuale della DMRS prevede una definizione teorica, una descrizione della funzione dinamica, una diagnosi differenziale e una scala di valutazione a 3 punti che permette di segnalare l'assenza, l'uso probabile o l'uso certo della difesa.

Agli antipodi del continuum si trovano, da una parte il settimo livello che comprende le difese più mature come altruismo, affiliazione e umorismo, e dall'altra il primo livello, quello più primitivo, che comprende acting out e aggressione passiva. Oltre alla posizione occupata nella scala gerarchica, per valutare il potenziale disadattivo di una difesa, è necessario considerare se il suo impiego è esclusivo o ripetitivo, con quale intensità viene impiegata, l'età del soggetto e il contesto in cui si manifesta. Un enorme contributo alla valutazione della personalità con un occhio attento alle strategie difensive è stato fornito da Shedler e Westen con la creazione della SWAP-200 (*Shedler-Westen Assessment Procedure*)¹⁵. I duecento item che compongono questa procedura di valutazione *clinician report*¹⁶ permettono di indagare sia aspetti chiaramente osservabili (es. fa uso di droghe), sia caratteristiche personologiche meno accessibili (es. la tendenza ad utilizzare determinati meccanismi di difesa) grazie alla declinazione degli item in correlati fenomenici. Per esempio, per valutare il ricorso all'identificazione proiettiva, riferibile soprattutto alla personalità borderline, sono stati inseriti item come:

76: "Si comporta in modo da suscitare negli altri sentimenti simili a quelli che lui stesso sta provando (per es. quando è arrabbiato agisce in un modo che provoca rabbia negli altri; quando è ansioso agisce in un modo che induce ansia negli altri)".

154: "Tende a suscitare negli altri reazioni estreme e sentimenti forti".

A partire da Freud, che fu il primo a ipotizzare l'esistenza di operazioni difensive inconscie volte a proteggere l'individuo da conflitti ed emozioni disturbanti, furono molti i grandi psichiatri e psicologi del passato che diedero il loro contributo allo studio dei meccanismi di difesa. Tuttavia, in questo lavoro di tesi, per analizzare le difese tipiche dei pazienti borderline, si è scelto di focalizzare l'attenzione su un approccio psicodinamico. In particolare, sul concetto di meccanismo di difesa di Kernberg, sulla sua classificazione nosografica e di conseguenza sulla valutazione diagnostica fornita dal PDM 2. Kernberg (1984) sottolinea come i meccanismi di difesa siano anche elementi fondamentali per la costruzione e lo sviluppo delle rappresentazioni del Sé e degli oggetti e per la regolazione

¹⁵ Test diagnostico che affida al clinico il compito di attribuire ad ogni item un punteggio da 0 (per nulla descrittivo) a 7 (molto descrittivo) per indicare in che misura ogni item sia descrittivo del paziente. Una distribuzione fissa lo costringe ad attribuire un certo punteggio a un numero prefissato di item. Con l'utilizzo della SWAP-200 sono state create undici scale diagnostiche prototipiche dei disturbi di personalità (DP) e, grazie alla tecnica statistica della Q-analysis, sette fattori Q che individuano gruppi di soggetti simili. In questo modo, la SWAP-200 propone un'integrazione tra diagnosi categoriale e diagnosi dimensionale.

¹⁶ Il test viene compilato dal clinico.

delle relazioni oggettuali. Nel suo paradigma teorico, il grado di maturità/immaturità delle difese rappresenta un criterio base nella distinzione delle tre organizzazioni di personalità. Il PDM 2, seguendo la scia teorica Kernberghiana, indica per ogni disturbo le modalità difensive prevalentemente associate. Al disturbo borderline di personalità sono attribuite principalmente: diniego, acting out, scissione e identificazione proiettiva. Tutti e quattro questi meccanismi rientrano nei tre livelli più primitivi, immaturi e disadattivi della scala delle difese.

2.6.1. Diniego

“Implica il mancato riconoscimento di un qualche aspetto della realtà esterna o interna che risulta invece evidente per gli altri”.

Questa è la definizione inserita nella classificazione a sette livelli su cui è stato scelto di basarsi e con cui inizierà rispettivamente l'analisi di ogni meccanismo difensivo che interessa principalmente la patologia borderline.

Il diniego è un meccanismo primitivo mediante il quale l'Io evita la consapevolezza di alcuni aspetti spiacevoli di realtà e ripudia inconsciamente il significato di un evento. Questo meccanismo è importante nell'infanzia e mantenerne un certo grado in qualsiasi età può rappresentare una reazione adattiva e transitoria di fronte a eventi catastrofici, stress, traumi, perdita di una persona amata. La disadattività si manifesta nel momento in cui il diniego persiste in modo massiccio in età adulta, in questo caso la realtà risulta sempre distorta e negata in qualche suo aspetto, ciò può essere segno di grave patologia, come psicosi o gravi disturbi di personalità (Lis, 2002). Sebbene il diniego sia, a differenza della rimozione, tendenzialmente utilizzato come difesa dalla realtà esterna ritenuta troppo disturbante, i soggetti borderline lo utilizzano anche per negare le emozioni contrarie a quelle che sono fortemente vissute e per ignorare gli aspetti più dolorosi del Sé. Si genera così nel paziente borderline, un processo di negazione massiccia che porta all'eliminazione di alcuni aspetti della realtà esterna e, come spiega Kernberg (1994), all'incapacità di tenere insieme due aspetti che hanno connotazioni emotive contraddittorie tra loro. In quest'ottica il diniego è strettamente collegato alla dissociazione e alla scissione. Rimanendo aggrappati all'ipotesi secondo la quale, il soggetto borderline ha subito un'esperienza traumatica precoce dalla quale è stato costretto a dissociarsi, si può affermare che, grazie al diniego, un avvenimento disturbante o potenzialmente

destabilizzante, viene escluso dalla consapevolezza a tal punto che la persona giunge a comportarsi come se quel fatto non fosse mai accaduto.

Il paziente borderline adulto che non ha trovato o ricevuto altre possibilità di integrazione e difesa, continuerà a pensare che certi eventi, che appaiono o dovrebbero apparire con una certa evidenza, non siano mai esistiti.

2.6.2. Acting out

“Comporta l’espressione di sentimenti, desideri e impulsi attraverso un comportamento incontrollato con apparente noncuranza delle possibili conseguenze a livello personale o sociale”.

Questo meccanismo di difesa è il motore da cui generano gli atti impulsivi e gli agiti autolesionisti che caratterizzano notevolmente il paziente borderline e di cui è stato già discusso nei paragrafi precedenti. L’acting out assume un ruolo fondamentale nella regolazione delle emozioni, nell’affievolire la sofferenza e nel far fronte a situazioni stressanti (sia interne che esterne). Per i soggetti borderline, quindi, in un certo senso, assume una valenza adattativa e diventa una fonte di sollievo. Le problematiche disadattive e immature di questo meccanismo di difesa sono legate all’intensità e alla ripetitività del suo impiego e alla grande quantità di imprevedibilità che comporta. Non si sa mai quale sarà la prossima mossa di un paziente borderline; prevedere la sua reazione in termini di agiti a determinati stimoli, che lui ritiene disturbanti, è pressoché impossibile. Inoltre, questa specificità impulsiva del disturbo borderline di personalità può risultare spesso pericolosa a causa della non considerazione delle conseguenze di questi gesti. Il soggetto agisce senza pensare e guidato da un’aggressività primitiva che, come indica Kernberg, favorisce il ricorso a queste diverse difese immature.

Il risultato può essere la mancata percezione della reale componente di pericolo da parte del soggetto. Chi si accorge più frequentemente di questo potenziale pericolo è il terapeuta, che a volte, oltre che temere per l’incolumità del paziente teme anche per la sua. L’acting out, quindi, è associato sia a gesti di rabbia impulsiva verso altri sia ad atti autodistruttivi, ma è importante sottolineare, come è già stato riportato in precedenza, che ripetuti atti automutilanti hanno anche un effetto di controllo sugli altri e che quindi, in alcuni casi, possono perdere un po’ di componente impulsiva e assumere una concezione premeditata.

2.6.3. Scissione

“Implica il considerare sé stesso e gli altri come completamente buoni o completamente cattivi, non riuscendo a integrare le caratteristiche positive e negative in immagini coese; spesso lo stesso individuo può essere alternativamente idealizzato e svalutato”.

Questo processo psichico è il Sole attorno al quale gira tutta la patologia borderline.

Consiste nella separazione netta di sentimenti contraddittori, di esperienze e di rappresentazioni del Sé e degli altri che portano alla visione e percezione degli oggetti e di sé stessi divisa e polarizzata in aspetti completamente positivi o completamente negativi.

La scissione è un meccanismo primitivo che impedisce l'integrazione e neutralizza l'aggressività. Durante l'infanzia assume un ruolo adattivo, permette al bambino di separare il buono dal cattivo, il piacere dal dispiacere, l'amore dall'odio, in modo da preservare tutte le esperienze, gli affetti e le rappresentazioni positive collocandole in settori mentali separati e al sicuro dalle controparti negative (Lis, 2002).

Ciò che sposta la questione su un piano disadattivo, è il mancato abbandono di questo immaturo meccanismo difensivo e soprattutto il mancato sviluppo di un'integrazione coesa di queste rappresentazioni mentali scisse. Questa scissione prolungata può essere la conseguenza di un ambiente relazionale primario non mentalizzante (Fonagy et al., 2000) e/o la ripetizione di pattern infantili traumatici. Per esempio, un soggetto borderline abusato sessualmente in età infantile, costretto a coesistere con una o più persone pericolose e imprevedibili, impara a scindere la cattiva immagine di sé e degli altri per evadere dalla consapevolezza della costante minaccia a cui non può sottrarsi (Perry, 1990). Questo meccanismo primitivo interiorizzato può essere innescato in età adulta da situazioni che ricordano inconsciamente al soggetto i precedenti vissuti traumatici.

I soggetti borderline, a causa della loro frammentazione intrapsichica e della loro mancata capacità di percepire e integrare gli oggetti in modo globale, ricorrono spesso al meccanismo di scissione. Gli altri non vengono riconosciuti come entità autonome nel loro esistere e nel loro agire, manca la consapevolezza che elementi sia “buoni” che “cattivi”, “piacevoli” e “spiacevoli”, “forti” e “deboli” compongano lo stesso individuo e possano coesistere al suo interno simultaneamente. In questo modo, gli altri significativi in cui ricercano continuamente protezione, contenimento e regolazione emotiva, vengono visti come totalmente buoni e idealizzati in modo spropositato, ma solo fino a quando un piccolo evento o una manifestazione spiacevole dell'altro non farà oscillare velocemente il

pendolo nel lato della svalutazione; a quel punto il soggetto borderline riuscirà a riconoscere l'altro solo come totalmente cattivo e quindi spesso, anche come persona sulla quale scaricare tutta la propria aggressività in modo legittimo. Questa strategia difensiva è alla base di molte caratteristiche comportamentali del BPD, quali: repentini cambiamenti d'umore, instabilità relazionale ed emotiva, rabbia incondizionata e anche atti impulsivi e autolesionisti, perché non va dimenticato che a percepirsi totalmente buono o totalmente cattivo è anche il Sé stesso.

2.6.4. Identificazione proiettiva

“Comporta un proiettare su qualcun altro un affetto o un impulso inaccettabili per il soggetto come se fosse realmente l'altro ad aver dato vita a tale affetto o impulso”.

È un processo inconscio, identificato da Melanie Klein (1946) per spiegare principalmente un meccanismo di difesa caratteristico delle posizioni schizo-paranoidi, attraverso il quale aspetti propri avvertiti come cattivi e ritenuti insopportabili, vengono disconosciuti come propri e attribuiti a qualcun altro. In questo modo il soggetto si libera di ciò che non riesce a tollerare come suo, ma continua a sperimentare i sentimenti proiettati come una reazione a questi stessi aspetti da parte dell'altra persona. In quest'ottica, risulta evidente la stretta correlazione e cooperazione tra identificazione proiettiva e scissione volta a tenere separati gli aspetti buoni da quelli cattivi. Anche il paziente borderline si avvale di questo legame tra processi psichici, grazie al quale può attribuire aspetti negativi e aggressivi all'altro senza perderli e soprattutto con scopo controllante e manipolatorio. Inoltre, secondo il concetto di Sé alieno (Fonagy et al., 2002), la parte totalmente negativa che viene interiorizzata assume un carattere persecutorio e deve essere espulsa ed esternalizzata mediante la proiezione difensiva sull'altro per garantire un temporaneo e illusorio senso di controllo e un sentimento di sicurezza. Per i pazienti borderline trovare altri che possano fungere da contenitore per l'esteriorizzazione di questo Sé torturante da controllare o eliminare può diventare di vitale importanza per mantenere una qualche coerenza nella propria identità e nella propria esperienza (Gazzillo, 2012). In questo modo, la rabbia proiettata e vissuta come rabbia altrui (e quindi l'altro stesso) diventa un aspetto da controllare, da cui tutelarsi e, se necessario, da distruggere.

Alla luce di quanto riportato, soltanto all'immaginazione si può consegnare l'oneroso compito di ricreare lo stato emotivo e cognitivo che incontra colui (soprattutto il terapeuta) che subisce il meccanismo di identificazione proiettiva da parte di un paziente borderline.

CAPITOLO III: DINAMICHE INTERPERSONALI E DIFESE RELAZIONALI DEL PAZIENTE BORDERLINE

3.1. Caratteristiche difensive delle relazioni significative

Il sentiero tracciato dai primi due capitoli dovrebbe, a questo punto, aver condotto abilmente ad un trampolino robusto ed elastico pronto ad introdurre, chiunque abbia il coraggio di tuffarvisi, nell'immenso e profondo oceano delle relazioni dei pazienti borderline. La speranza è che la segnaletica storica, evolutiva, diagnostica, eziopatogenetica, teorica e sintomatologica sia stata sufficientemente chiara ed esplicativa da generare la volontà e la curiosità necessari al salto. È bene ricordare, però, che, come dice Luigi Cancrini (2006, p. 1), "lo studio del mondo borderline è il viaggio di un esploratore che vuole entrare in un oceano sconosciuto, dove non ci sono guide che aiutino davvero a esplorarlo, perché tutti quelli che l'hanno visitato ne sono tornati indietro con descrizioni parziali ed emotive". Questo oceano in cui navigano i pazienti borderline, spesso fa paura e costringe a cercare salvagenti, gommoni o navi per difendersi e sopravvivere. Le barche difensive tendenzialmente più attrezzate e gettonate dai soggetti borderline per salpare e governare le onde di una relazione significativa, sono tre: la dipendenza affettiva, la manipolazione e l'aggressività. Queste dinamiche intersoggettive rappresentano dei tentativi di sollievo e controllo della sofferenza psichica ed emotiva che pervade quasi perennemente il soggetto borderline. L'altro significativo, a differenza dei meccanismi di difesa più intrapsichici, è inevitabilmente coinvolto attivamente in questi processi difensivi, e porta con sé il notevole peso dell'oscillazione continua tra oggetto di difesa e oggetto da cui difendersi. L'ottica con cui, in questo capitolo, verranno analizzati questi tre aspetti, sarà essenzialmente circoscritta e finalizzata a sottolineare le caratteristiche difensive di cui si appropria la patologia borderline.

Inoltre, con l'obiettivo di osservare da più vicino possibile il vissuto relazionale di un paziente borderline, è stato preso in prestito il contributo del mondo del cinema. Nei sottoparagrafi successivi verranno riportate alcune scene di *Ragazze Interrotte*, film del 1999 diretto da James Mangold che racconta la vita di alcune ragazze ricoverate in un ospedale psichiatrico di fine anni '60. La protagonista è Susanna Kaysen, una ragazza diciannovenne che viene ricoverata dai genitori in seguito ad un tentato suicidio. All'interno dell'ospedale, dopo aver ottenuto la diagnosi di disturbo borderline di personalità, Susanna

incontra Lisa, una ragazza sociopatica con la quale stringerà una relazione significativa. I pensieri, i sentimenti e i fatti che Susanna vive vengono annotati dalla protagonista in un diario. Attraverso la presentazione di alcuni passaggi del film, per ogni aspetto analizzato di seguito, verranno evidenziate le caratteristiche peculiari delle relazioni di Susanna.

3.1.1. Dipendenza affettiva

Da una disamina della letteratura, è evidente come nella comunità scientifica ci sia concordanza sull'assenza di una definizione condivisa di dipendenza emotiva. Ad oggi, infatti, nonostante i tentativi di descrizione e le ipotesi eziologiche del comportamento di dipendenza, ancora non si è giunti alla risoluzione di criteri diagnostici condivisi. Tuttavia, il termine "dipendenza" è associato alla presenza di una sostanza dalla quale l'individuo dipende, ovvero non può fare a meno, della quale è alla spasmodica ricerca utilizzando tutti i metodi leciti (e talvolta illeciti) per ottenerla. In questi termini, la dipendenza affettiva può presentare molti aspetti in comune con le dipendenze da sostanze e con i nuovi tipi di dipendenze definiti "comportamentali", come la dipendenza da gioco d'azzardo (attualmente categorizzata con etichetta diagnostica nel DSM-5), la dipendenza dal sesso o lo shopping compulsivo.

Il gruppo di ricerca di Michel Reynaud (2010), partendo dalle analogie riscontrate con la dipendenza da sostanze, propone una definizione diagnostica della *love addiction*, basata sulla durata e sull'entità della sofferenza percepita. La dipendenza affettiva si presenta quindi come un modello disadattivo o problematico della relazione d'amore che porta a deterioramento o angoscia clinicamente significativa. Alcuni dei criteri che manifestano questa condizione, individuati da Reynaud e collaboratori, sono:

1. Esistenza di una sindrome da astinenza per l'assenza dell'amato, caratterizzata da significativa sofferenza e un bisogno compulsivo dell'altro;
2. Considerevole quantità di tempo speso per questa relazione (in realtà o nel pensiero);
3. Riduzione di importanti attività sociali, professionali o di svago;
4. Persistente desiderio o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare la propria relazione;
5. Ricerca della relazione, nonostante l'esistenza di problemi creati dalla stessa;
6. Esistenza di difficoltà di attaccamento, come manifestato da una delle seguenti caratteristiche:

- ripetute relazioni amorose esaltate, senza alcun periodo di attaccamento durevole;
- ripetute relazioni amorose dolorose, caratterizzate da attaccamento insicuro;

Alla luce di queste considerazioni, per tornare nel campo d'interesse, si potrebbe usare il collegamento che intuitivamente dovrebbe essersi formato tra alcune caratteristiche della dipendenza affettiva e la patologia borderline. In particolare, a causa delle serie difficoltà dei pazienti borderline a stare da soli, la tendenza a adottare comportamenti dipendenti e idealizzanti del partner è decisamente elevata. Le relazioni affettive caotiche e travolgenti che vivono questi soggetti spesso mancano di limiti e definizioni coerenti e portano gli stessi all'incapacità di tollerare una separazione. A questo proposito, la psicologa e psicoterapeuta Viviana Catania (2006, p. 103) afferma che “la dipendenza sentimentale inizia dove finisce la capacità di vivere il rapporto come movimento perenne tra separatezza e fusionalità, quando l'altro non è più libero di essere ma è costretto ad assumere un ruolo o una funzione-funzione, l'amore non è più fonte di arricchimento, ma compensazione di qualcosa che supplisce i nostri vuoti, le nostre paure, i nostri bisogni, rendendo di conseguenza il rapporto non più un incontro tra due anime, ma una situazione di co-dipendenza, ovvero una limitazione reciproca.”

In questi termini, un paziente borderline può ricercare una relazione di dipendenza affettiva con la finalità di difendersi dalle sue angosce abbandoniche e con lo scopo di esternalizzare la parte aliena del suo Sé. In questo modo, come sottolinea Catania, l'altro è utile nella misura in cui assume il ruolo di contenitore di sofferenze e parti del Sé dissociate. Ricordando che alla base di questo processo c'è il meccanismo di identificazione proiettiva, si può guardare alla dipendenza affettiva come un ulteriore tentativo di difendersi da una mancata rappresentazione coerente e coesa di sé e dell'oggetto che deriva da processi dissociativi precoci legati ad un attaccamento disorganizzato nei primi anni di vita (Liotti, 2006).

Inoltre, dipendere affettivamente da qualcuno, per il paziente borderline può diventare un riparo dall'idea terrificante di rimanere solo con sé stesso e con il senso di vuoto che lo pervade. Agli occhi del soggetto borderline, quindi, una relazione emotiva significativa e dipendente può creare l'illusione di colmare le lacune affettive che hanno caratterizzato la sua infanzia e le sue relazioni primarie. Queste mancanze in età infantile hanno condotto i pazienti borderline a terribili difficoltà nel regolare le emozioni e, di conseguenza, alla necessità di adottare atteggiamenti dipendenti, in quanto privi della capacità di prevedere e controllare il proprio benessere (Paris, 1995).

“Susanna: dov'è Lisa? Dove è andata a finire Lisa?”

Infermiera Valerie: che ti prende? Non ce la fai senza di lei?”

(Ragazze interrotte, Mangold, 1999).

Come è stato accennato in precedenza, si è scelto di illustrare un contenuto cinematografico con il fine di proporre al lettore un differente vertice osservativo su aspetti peculiari delle relazioni dei soggetti borderline. In particolare, per analizzare la dipendenza affettiva non si prende in considerazione una sola scena del film, ma bensì, l'evoluzione integrale della relazione tra le due protagoniste, Susanna e Lisa. Tuttavia, il dialogo riportato, tra Susanna, paziente borderline, e un'infermiera, evidenzia ampiamente un tratto caratteristico della dipendenza affettiva e conduce al nucleo dell'aspetto patologico. La relazione tra Susanna e Lisa, fin dalle prime scene del film, risulta emotivamente coinvolgente per entrambe le ragazze. La dipendenza affettiva che si genera tra i due soggetti cresce progressivamente fino a diventare una co-dipendenza. Susanna cerca disperatamente Lisa quando lei non c'è e Lisa non perde occasione per trascinare Susanna in situazioni ambivalenti. Il rapporto tra le due ragazze rientra perfettamente in una cornice instabile e totalmente emotivamente disregolata, tipica del disturbo borderline di personalità. Susanna e Lisa si fanno del male continuamente e reciprocamente. Tuttavia, durante tutto il film, risulta evidente come abbiano tremendamente bisogno una dell'altra. Si cercano assiduamente e a volte inconsapevolmente, confondendo quindi il ruolo e lo scopo della relazione stessa, che oscilla tra fonte di conforto e inibizione della sofferenza e sorgente di distruzione. Inoltre, in una scena del film, viene manifestata una forte attrazione, per la quale Susanna e Lisa si baciano quasi a voler coronare un momento di completa fusionalità e co-dipendenza, che in quell'attimo risulta al picco dell'affettività relazionale positiva. Le ragazze dopo il bacio non parlano, in quell'istante non c'è nulla da dire. Sono tanti gli scenari e le situazioni che caratterizzano questa relazione, Susanna e Lisa camminano su un filo che sembra possa spezzarsi da un momento all'altro. Più di una volta rischiano di distruggersi a vicenda, ma entrambe sanno che la loro relazione non può esistere senza conflitto e tensione. Il culmine della dipendenza affettiva, però, si raggiunge nell'ultima scena, in cui Susanna, prima di andarsene, dopo tutto il male che ha sofferto a causa di Lisa, mette lo smalto a quest'ultima allettata, a prova del fatto che, nonostante tutto, non è ancora pronta e forse non vuole, affrontare una separazione. A Lisa scende una lacrima.

3.1.2. Manipolazione

Facendo riferimento all'ottica di oscillazione pervasiva che caratterizza i pazienti borderline, Linehan (1987), sulla base di osservazioni cliniche, ha proposto tre dimensioni bipolari che descrivono il comportamento di questi pazienti. Se si concentra l'attenzione su quella che vede agli antipodi un atteggiamento emozionale totalmente autoinvalidante e l'accurata consapevolezza della mancanza di controllo comportamentale ed emozionale, si può affermare che, il soggetto borderline, non essendo in grado di modulare e rallentare questo moto pendolare continuo interno, conduce all'estremo qualsiasi aspetto emotivo. Il paziente borderline non conosce una via di mezzo, riesce a collocarsi emotivamente solo ai due poli opposti che la scissione interna ha creato. Questa perenne vulnerabilità emozionale fuori controllo comporta incapacità di regolare efficacemente gli stimoli emotivi e incapacità di reagire adeguatamente ad eventi stressanti (Paris, 1995). Inoltre, la sofferenza generata da questa frammentazione e oscillazione incontrollata spinge alla ricerca continua di tentativi di esternalizzazione del dolore. Di conseguenza, il paziente borderline è costretto a cercare comportamenti di "emergenza" nella speranza che gli permettano di tollerare la sofferenza interna e quella causata da un'eventuale separazione.

Ricordando che la base disfunzionale su cui si costruisce la patologia borderline è un meccanismo di scissione difensiva che implica una condizione di ambivalenza ampiamente diffusa, si può guardare a gran parte dei comportamenti impulsivi e compulsivi caratteristici del funzionamento borderline come all'espressione diretta di questa ambivalenza (Cancrini, 2006). In quest'ottica, per affrontare questa fluttuazione tra avvicinamento eccessivo (carico di valenza etero-aggressiva legata all'angoscia di perdere la propria individualità) e allontanamento più o meno esibito e disperato (carico di valenza autoaggressiva legata all'angoscia di perdere un oggetto essenziale per la stabilità del Sé) (Cancrini, 2006), il paziente borderline mette in atto comportamenti somatici manipolatori che somigliano ai comportamenti somatici dei bambini in crisi di riavvicinamento (Mahler et al., 1975). Così come i bambini, nella fase che va dai 15 ai 18 mesi di vita, presentano dei sintomi per far fronte all'angoscia di abbandono generata dall'ambivalenza tra la tendenza ad esplorare e quella a controllare la presenza della madre; allo stesso modo i soggetti adulti con un funzionamento borderline reagiscono alla loro ambivalenza ed angoscia, con comportamenti e sintomi che hanno lo scopo di controllare la distanza relazionale dai soggetti significativi. Per esempio, analizzando uno studio condotto da Mahler e

collaboratori (Mahler et al., 1975) che confronta comportamenti di bambini in fase di riavvicinamento e comportamenti di pazienti borderline in relazione terapeutica, si può notare come la messa in opera di comportamenti impulsivi, rischiosi e autoaggressivi da parte di un bambino di due anni in risposta all'allontanamento della madre a causa della nascita di un fratellino, sia uno stile di risposta comune anche nei pazienti borderline. Queste risposte comportamentali, nell'adulto borderline, spesso si manifestano come gravi tossicodipendenze o atti autolesionisti ripetuti. In altre parole, i soggetti con un funzionamento borderline, affrontano questa altalena di timore manifestando sintomi comportamentali disadattivi con la funzione di manipolare e controllare l'altro significativo affinché non inibisca il proprio senso di onnipotenza e allo stesso tempo, non ricorra alla separazione. Le caratteristiche comportamentali più utilizzate dai soggetti borderline, sia per governare una mancata capacità di regolazione emotiva, sia per allentare in modo manipolatorio le angosce abbandoniche, sono i comportamenti automutilanti, l'abuso di sostanze e i tentativi anticonservativi. In particolare, il comportamento suicidario viene utilizzato spesso come minaccia perché è molto efficace nel sollecitare atteggiamenti di sostegno da parte di tutto l'ambiente che circonda il soggetto. L'autolesionismo, invece, può essere utilizzato per comunicare una condizione di sofferenza e ottenere così cure da persone significative, tra queste anche il terapeuta (Paris, 1995). Autoinfliggersi dolore fisico permette di rendere visibile una sofferenza invisibile e concede l'espressione di emozioni non esprimibili in altri modi. La vista del sangue ricorda al paziente e a chi lo circonda che è realmente vivo e ha bisogno di qualcuno che si prenda cura del suo dolore, che non lo abbandoni. Questi atti che rappresentano la materializzazione del dolore del paziente, espresso sia in senso autopunitivo rispetto a Sé, sia con una valenza etero-aggressiva, possono attivare la parte di Sé accudente dell'altro significativo (Simonelli, Fassina, Scaldaferro, Guastafierro, Ferrero, 2007). La strategia manipolatoria, non sempre consapevole, conduce l'altro a sentirsi in dovere di rispondere a questa esasperata richiesta di aiuto, affettività, attenzione e cura. Il termine "manipolazione", infatti, non tiene conto delle diverse sfaccettature di tutti gli eventi relazionali in atto nella patologia borderline. Questo fenomeno spesso viene ricondotto all'esplicita volontà cosciente di gestire l'altro secondo il proprio volere e a proprio piacimento, ma questa logica manipolatoria consapevole richiede la capacità di muoversi tra più livelli di ragionamento e pensiero in modo sofisticato, che non è propria del funzionamento mentale borderline (Rossi Monti,

Principalli, 2009). Le condotte dei pazienti borderline volte a “manipolare” l’altro sono piuttosto il prodotto di pattern interattivi inconsapevoli, bloccati nelle loro possibilità evolutive: condotte più istintive e primitive derivanti da un essere-costretto-ad-essere che non può essere trasceso (Rossi Monti, Principalli, 2009). La manipolazione, quindi, per i soggetti borderline diventa un ulteriore tentativo di difendersi da relazioni burrascose, un processo di controllo dello spazio emozionale tra le persone e uno strumento per ricercare e mantenere una stabilità all’interno del continuo pendolare della distanza interpersonale percepita come pericolosa.

Inoltre, assume un’accezione manipolatoria anche l’attribuzione della fonte di dolore all’altro. A causa della natura scissa del Sé e del conseguente utilizzo massiccio dell’identificazione proiettiva, il soggetto borderline attribuisce all’altro significativo i suoi oggetti dell’organizzazione patologica. In questo caso, le emozioni suscitate nelle altre persone sono una specie di disorientamento di matrice dissociativa, cui seguono sentimenti di dolore e aggressività e la sensazione di essere spinti in una posizione gerarchica superiore o inferiore complementare a quella del soggetto (Gazzillo, 2012). Questa condizione genera senso di colpa nell’altro e acquista dei caratteri manipolatori nel momento in cui, oltre che l’accusa di essere il responsabile di tutta la sofferenza del paziente, viene attribuita all’altro anche la percezione che sia realmente così. Il vortice di emozioni negative causate da questo meccanismo difensivo, è amplificato dalla forte sensazione che non vi sia altro codice disponibile per relazionarsi a queste persone, o che qualsiasi altro codice finirebbe per essere da loro rifiutato, pervertito o sabotato (Gazzillo, 2012).

“Susanna: è tutto ok, è tutto ok. Vieni qui!

Infermiere John: mi farai licenziare lo sai?”

(Ragazze interrotte, Mangold, 1999).

Alla luce di quanto riportato, scovare le strategie manipolatorie del paziente borderline non è così facile. Infatti, nel tentativo di illuminare questo aspetto manipolatorio con l’aiuto del film, ci si rende conto come le caratteristiche manipolatorie di Susanna non emergano sempre in modo esplicito. Ciò nonostante, la componente manipolatoria intrinseca del funzionamento borderline non può rimanere nascosta a lungo. Infatti, se si oscurano per un attimo le manipolazioni più evidenti ed esplosive di Lisa, si possono individuare alcuni

aspetti manipolatori tipici di Susanna. La protagonista assume sembianze manipolatorie, spesso inconsapevolmente, sia nella relazione con Lisa, sia nelle prime sedute di psicoterapia, durante le quali la paziente cerca di ribadire la sua ragione senza minimamente lasciare uno spazio riflessivo di elaborazione a ciò che la terapeuta propone. Tuttavia, uno degli episodi più eclatanti di manipolazione si può osservare nella scena di cui è stato riportato il dialogo. È notte, Lisa e Susanna stanno cantando di fronte alla porta di un'altra ragazza in isolamento per tirarle su il morale. Le voci e la chitarra disturbano l'ospedale, ed è proibito cantare di notte. John, l'infermiere di turno che ha una cotta per Susanna, chiede gentilmente alle ragazze di smettere per evitargli il licenziamento. Susanna, ignorando le sue parole, lo avvicina in modo seduttivo e lo bacia coricandosi sul pavimento. Con questo atto, Susanna cerca di manipolare l'infermiere affinché non riveli l'infrazione commessa dalle ragazze. Susanna agisce, in questo caso, un comportamento manipolatorio con lo scopo di ottenere ciò che desidera.

3.1.3. Aggressività

L'aggressività è la strategia difensiva primitiva per eccellenza. È intrinseca nell'animo e nella natura umana, così come in quella animale, da sempre. In un'ottica filogenetica ed evolutiva, infatti, risulta naturale un esame comparativo con il mondo animale; il pensiero che un meccanismo difensivo come l'attacco-fuga, per il quale si sente la necessità di attaccare in modo aggressivo, abbia alla base lo stesso istinto di sopravvivenza è logico. Tuttavia, l'aggressione intra-specifica¹⁷ è rara nel mondo animale e difficilmente ha esiti mortali (Lorenz, 1969). Lorenz (1969) sottolinea, inoltre, che l'aggressività intra-specifica sembra raggiungere i suoi valori più alti, laddove diviene possibile un legame "personale" tra i rappresentanti della stessa specie e dove esiste il riconoscimento dell'altro come individuo. È qui che possono generarsi violenza e distruttività. La distruttività non è lupina, è tipicamente umana (Lorenz, 1969).

¹⁷ Con relazione intraspecifica si intende una relazione che si instaura tra due o più organismi che appartengono alla stessa specie e alla stessa popolazione, cioè tra individui che coesistono nello stesso spazio e tempo condividendo certe proprietà biologiche. Nel caso specifico dell'aggressività intraspecifica, quindi, si fa riferimento a comportamenti aggressivi diretti ad uno o più individui della stessa specie. Nella specie umana questi comportamenti comprendono scontri bellici, violenza di ogni genere ed atteggiamenti competitivi potenzialmente distruttivi. L'aggressività intraspecifica animale è rara e quasi mai letale, quella umana, invece, è frequente e spesso mortale.

Seguendo il ragionamento di Lorenz, non dovrebbe risultare complicato collocare aspetti di aggressività distruttiva all'interno di molte relazioni umane significative. In particolare, poi, se si parla di aggressività nel mondo della psicopatologia, non si può non pensare immediatamente al funzionamento borderline e alla sua componente emozionale più visibile ed impulsiva: la rabbia. Marsha Linehan (1993, p.386) dà diretta testimonianza delle esplosioni di rabbia dei pazienti borderline quando scrive: “per l'esperienza che ho posso dire di non essere mai stata attaccata verbalmente, insultata nella mia persona e nel mio operare, da nessun paziente come dai borderline. A volte gli attacchi al terapeuta possono manifestarsi anche a livello fisico traducendosi per lo più in gesti aggressivi contro gli oggetti di sua proprietà”. Le risposte rabbiose, improvvise e incontrollate nascono da un fondo di irritazione, cronica disforia, malumore e dolore che accompagna l'intera esistenza del paziente borderline. Non avendo avuto la possibilità di sviluppare meccanismi difensivi più evoluti e adattivi, il soggetto borderline, per affrontare questo malessere pervasivo, rimane aggrappato a meccanismi di difesa primitivi. In particolare, l'impulsività-aggressività che caratterizza questi pazienti, è fortemente correlata al processo di *acting out*. Agire e mettere in atto comportamenti aggressivi ed impulsivi diventa un modo per esprimere rabbia e frustrazione e per affrontare la sofferenza in modo “motorio” (Paris, 1995). Inoltre, ricordando che il paziente borderline non scende mai dall'altalena guidata dalla scissione, che oscilla tra l'idealizzazione e la svalutazione dell'altro, nel momento in cui l'oggetto esterno non può fornire soddisfazione o protezione, ad esso vengono attribuite caratteristiche esageratamente negative che generano forti sentimenti di rabbia. La scissione impedisce l'integrazione, fonte più importante di neutralizzazione dell'aggressività (Cancrini, 2006). Se il soggetto non riesce a tenere uniti gli aspetti buoni e gli aspetti cattivi in una visione unitaria e integrata dell'oggetto, l'oscillazione da “totalmente buono” a “totalmente cattivo” genera rabbia insopportabile. Nella collocazione all'estremo della svalutazione, quindi, l'altro diventa una minaccia di dolore e distruzione per il soggetto, da cui quest'ultimo è impulsivamente e aggressivamente costretto a difendersi. La peculiarità impulsiva-aggressiva del paziente borderline non permette di ragionare sulle conseguenze delle proprie azioni, pertanto spesso, le reazioni comportamentali difensive raggiungono un alto livello di distruttività o autodistruttività.

Tuttavia, è importante sottolineare come il soggetto borderline utilizzi spesso anche comportamenti passivo-aggressivi che implicano la capacità straordinaria di utilizzare le

proprie sofferenze come un'accusa rivolta alle persone negligenti che dovrebbero occuparsi di lui (Cancrini, 2006). Anche in questo caso, seppur l'aggressività potrebbe risultare meno esplosiva, la natura difensiva e distruttiva che ne sta alla base, non cambia. L'obiettivo rimane quello di difendersi da una sofferenza relazionale insostenibile.

“Susanna: ma che cosa vuoi fare Lisa?”

Lisa: la parte della cattiva, amore, come tu vuoi.

[...]

Lisa: [...] io ho sempre fatto la parte della cattiva, proprio come volevi tu.

Susanna: ma perché dovevo volerlo?

Lisa: perché ti fa sentire buona piccola mia.

[...]

Lisa: [...] perché nessuno mai allunga la mano e mi strappa fuori la verità [...] e mi dice che i miei genitori vorrebbero che fossi morta?!

Susanna: perché tu lo sei già morta Lisa! Non interessa a nessuno se tu muori, perché è da tanto che sei morta!

[...]

Susanna: [...] io preferisco essere lì fuori anziché qua dentro con te.”

(Ragazze Interrotte, Mangold, 1999).

Anche per quest'ultima caratteristica relazionale del paziente borderline, il film portato in analisi, permette uno sguardo attento sulla pervasività aggressiva che incide sulla relazione tra Susanna e Lisa e su tutto ciò che ne fa da sfondo. L'aggressività è una componente predominante di tutto il film, vaga all'interno dell'ospedale, tra le ragazze, ma non solo, impregna parole, pensieri, azioni e comportamenti. Susanna, rispecchiando una caratteristica peculiare della sua diagnosi, reagisce spesso al dolore e alla sofferenza con aggressività sia verbale, sia fisica. Dal momento in cui, è la relazione con Lisa a generare il maggior scombussolamento emotivo, è proprio nel rapporto con quest'ultima che si manifesta l'aggressività più distruttiva. Una delle ultime scene, quella di cui è stato riportato parte del dialogo, rappresenta il culmine esplosivo della relazione tra le due ragazze. Susanna sta per essere dimessa. L'ultima sua notte in ospedale, Lisa ruba il suo diario e lo legge alle altre pazienti nello scantinato. Susanna arriva di corsa e agitata implorando a Lisa

di smettere, quest'ultima dà il via ad un'aggressione verbale violenta, rinfaccia a Susanna di averla costretta a fare la cattiva per sentirsi buona (identificazione proiettiva tipica del soggetto borderline), e schiaffeggia la protagonista con il suo stesso diario. Susanna scappa, Lisa la rincorre, la tensione e l'aggressività aumentano. Si racchiudono in questo istante tutte le dinamiche che hanno caratterizzato questa relazione patologica. Susanna, scappando, si chiude una mano in una porta e, alla fine, portata allo stremo delle forze emotive, aggredisce verbalmente Lisa come mai aveva fatto. La distruzione psichica ed emotiva causata da questo scontro finale, si percepisce fortemente in entrambe le ragazze e governa l'ultima parte della scena. In questo culmine di distruzione, a rompersi del tutto è anche il legame simbiotico che ha legato le due protagoniste fino a questo momento. Distruggere la simbiosi con Lisa è, per Susanna, l'unica via per giungere ad un nuovo processo di individuazione. Nel sistema Junghiano, l'individuazione è il percorso attraverso il quale l'individuo diventa sé stesso, un essere umano intero, inscindibile. È il processo di differenziazione che ha come meta lo sviluppo della personalità individuale. Esso tende alla realizzazione della totalità psichica, all'integrazione delle varie componenti della psiche conscia e inconscia. Considerando la natura scissa del Sé che li contraddistingue, per i pazienti borderline, questo processo risulta sicuramente più faticoso e problematico. Tuttavia, Susanna, alla fine del film, si rende conto che "li fuori anziché qua dentro con te", è il passo fondamentale e necessario per dare una chance al suo Sé e a sé stessa.

3.2. Rapporto vittima-carnefice

Per analizzare questo aspetto del funzionamento borderline, è necessario, ancora una volta, fare perno sul centro di questa organizzazione patologica di personalità, la scissione. Necessario, è anche ripercorrere le origini che conducono il soggetto a questo centro. Inevitabile, quindi, ricordare il concetto di disorganizzazione dell'attaccamento, analizzato nel primo capitolo. Secondo Main e Hesse (1990), un bambino sviluppa una disorganizzazione dell'attaccamento quando la figura di attaccamento primaria è al tempo stesso origine e soluzione dei suoi sentimenti di paura. Come è già stato riportato in precedenza, Dozier, Stovall-McClough e Albus (2008) hanno riscontrato come questo tipo di attaccamento si associ a un ampio range di condizioni psicopatologiche, e che uno stato della mente disorganizzato è presente in campioni di soggetti adulti con disturbo borderline di personalità in una percentuale che varia dal 50% all'89%. La presenza di lutti e/o traumi

irrisolti porterebbe alcuni caregivers a esprimere in modalità dissociata paura e comportamenti imprevedibili, incomprensibili, spaventati e spaventanti che favoriscono anche nel bambino la produzione di soluzioni dissociative. La paura provata al cospetto del genitore attiverebbe il sistema di attaccamento del piccolo spingendo quest'ultimo a ricercare protezione e calma nella relazione con la fonte stessa della sua paura (Gazzillo, 2012). Di fronte a questo paradosso, il bambino non riuscirebbe a costruire né una rappresentazione coerente di sé e dell'oggetto, né una strategia organizzata di gestione dei sentimenti negativi. Si genera, in questo modo, una frammentazione interna e una scissione tra aspetti buoni e aspetti cattivi, sia di sé che dell'altro, che porta a rappresentazioni polarizzate che vengono interiorizzate e intaccano la possibilità di vivere relazioni di attaccamento più sane in futuro. Il mondo rappresentazionale che emerge da modelli di attaccamento disorganizzati contiene quindi rappresentazioni multiple, incompatibili e fortemente dissociate di sé e dell'altro (Liotti, 1995, p. 348). Le due posizioni principali secondo le quali si percepiscono sé e l'altro, sono *vittima* e carnefice, o meglio, come indica Liotti, *persecutore*. Sempre secondo Liotti, le rappresentazioni cardine, ma non uniche, che compongono questo mondo frammentato sono:

-una rappresentazione del Sé come spaventato e della figura di attaccamento come spaventante (Sé come vittima di un genitore persecutore);

-una rappresentazione del Sé come spaventante e della figura di attaccamento come spaventata dal bambino (Sé come persecutore di un genitore vittima);

Altre rappresentazioni si manifestano in modo dissociato e confuso, Sé e figura di attaccamento possono essere percepiti allo stesso momento come entrambi vittima o entrambi carnefici, oppure, considerando anche la terza posizione proposta da Liotti, uno dei due soggetti, potrebbe assumere il ruolo di *salvatore* ed essere vissuto come figura rassicurante. Ancora Liotti (1995) afferma che gli individui con stati della mente disorganizzati presentano pattern trasversali molteplici e fortemente mutevoli che si esprimono come atteggiamenti diversi e incompatibili verso gli altri e in particolare verso il terapeuta. Egli sostiene che questi diversi atteggiamenti sono più complessi di quelli che solitamente costituiscono i poli opposti di una semplice relazione ambivalente, come se i sentimenti di ambivalenza portassero direttamente a una profonda frammentazione (Liotti, 1995, p. 345). A proposito di ambivalenza, se si considera nello specifico il funzionamento borderline alla luce di quanto riportato, non si può non notare una corrispondenza tra le

interazioni precoci bambino-caregiver, caratterizzate dal paradosso di dover cercare aiuto e conforto nella relazione con la stessa persona che è fonte della sua sofferenza, e lo sviluppo di stati mentali disorganizzati e di aspetti dissociativi interiorizzati (Gazzillo, 2012). L'esperienza di una relazione precoce con una persona in cui coesistono carnefice e salvatore genera sentimenti di impotenza, sofferenza, paura e rabbia che si confondono con gli stessi sentimenti mostrati dal caregiver, così che in una certa misura i ruoli di vittima e carnefice si alternano e confondono (Gazzillo, 2012). Questo tipo di relazione viene interiorizzata e proiettata dal soggetto borderline anche nei contesti relazionali della vita adulta. Questi soggetti ricercano relazioni simili a quelle di cui hanno già avuto esperienza, spesso di lunga durata e conflittuali, poiché richiedono la presenza di un altro al quale possa essere attribuito la fonte del dolore (Bollas, 2022). Il paziente borderline quindi, si ritrova in un profondo coinvolgimento con un oggetto/altro che produce dolore e il cui Sé è in uno stato di costante tumulto. Questa tendenza relazionale porta spesso le personalità borderline ad essere abili nel reperire altri soggetti borderline con i quali possono instaurare un *contratto borderline* (Bollas, 2022). Questo dà avvio a reciproci festival del dolore, nei quali ciascuno provoca all'altro intenso disagio. Il conflitto diventa il centro di queste relazioni, si genera una lite "occhio per occhio" costante in cui ambedue cercano, a turno, di trovare il peggior difetto l'uno nell'altro (Bollas, 2022). In questo *mix borderline*, in cui i ruoli di vittima e carnefice si scambiano continuamente, si realizza una relazione oggettuale laddove altrimenti non ve ne sarebbe alcuna. L'intimità borderline è conseguibile solo attraverso una scissione reciproca nella quale parti del Sé sono proiettate all'interno di parti dell'altro; allo stesso tempo, anche l'altro è apertamente invitato a fare lo stesso. Si crea, quindi, una relazione nella quale ambedue i partecipanti si scindono esattamente così come sono stati scissi (Bollas, 2022). Ognuno porta la sua scissione interiorizzata all'interno della relazione, scinde e viene scisso contemporaneamente sulla base della propria esperienza primaria del Sé. Questo "contratto" tra due soggetti borderline permette ad entrambi di salvarsi, almeno temporaneamente, dall'idea di rimanere soli tutta la vita. Lanciarsi in questo oceano, con un compagno di viaggio così simile, fa meno paura.

3.3. Paziente borderline come vittima di sé stesso

La minaccia più grande a cui è sottoposto il soggetto borderline è la perdita della possibilità di esternalizzare il suo dolore e i suoi aspetti patologici. Quando il Sé realizza che gli oggetti

destinati a contenere tutto ciò che è indesiderato non sono più in grado di svolgere questa funzione, il soggetto inizia a sperimentare la depressione borderline, un tipo di depressione specifico di questa personalità (Bollas, 2022). Questo ritirarsi dagli oggetti negativi è abbastanza simile al ritirarsi del mare che precede uno tsunami. L'acqua si allontana dal mondo oggettuale perché prende la forma di un'onda enorme che distruggerà ogni cosa sul proprio cammino. La rabbia rappresenta questo tsunami psichico, la depressione invece è quasi sempre anticipatoria. Nei giorni che precedono l'abbandono di un comportamento adeguato da parte del Sé, vi è la consapevolezza depressiva di essere sul punto di cedere: una sorta di premonizione di autoabbandono psichico, nel quale il Sé sa che rinuncerà a lottare per riuscire ad abbandonare l'oggetto negativo (Bollas, 2022). Comprensibilmente, questa può essere l'occasione in cui il soggetto borderline corre il rischio del suicidio. Egli sa che, ancora una volta, sta compiendo un viaggio pericoloso e terrificante che, inevitabilmente, lo riporterà alle origini primarie dell'esistenza del Sé (Bollas, 2022). Questa regressione ad uno scenario che si mostra irreversibile, a volte può rappresentare un fallimento delle difese dal Sé.

Se il soggetto borderline perde il controllo delle sue barche difensive e non riesce a governare le onde e le burrasche emotive della sua psicopatologia, rischia di rimanere vittima di sé stesso e del Sé stesso. Non sempre si riesce a controllare e soprattutto a contenere un Sé così potente. A volte, le tempeste emozionali che si incontrano in questo mare sono troppo distruttive e/o autodistruttive e conducono il soggetto esattamente a tutto ciò che da sempre cerca di evitare. Ogni strategia messa in atto per difendersi potrebbe non bastare e catapultare direttamente il soggetto in questo tsunami di impulsività, aggressività, distruttività e autodistruttività. Questo è il momento più rischioso per la vita del paziente, soprattutto perché, anche se il tasso di suicidio nei pazienti borderline è del 8-9% (Stone, 1990), riuscire a non annegare in un oceano così spaventoso, senza barche e spesso senza saper nuotare, è pressoché impossibile.

Conclusioni

Giunti alla conclusione di questo elaborato, il profondo oceano in cui oscillano i pazienti borderline rimane per lo più inesplorato. Allo stesso modo, l'interrogativo iniziale non può trovare una risposta esaustiva. Il Sé dei pazienti borderline è delicato e pericoloso, spesso fa paura e risulta indomabile. Tuttavia, le strategie per difendersi esistono, sono primitive, disadattive e spesso distruttive, ma paradossalmente funzionali. Le occasioni in cui il Sé si autosabota totalmente sono casi estremi, molte di più sono le occasioni in cui, non senza fatica e non in solitudine, il soggetto riesce a rimanere a galla. L'oceano c'è, minaccioso e turbolento, ma una terra ferma da qualche parte è raggiungibile, esiste e aspetta. La speranza di salvezza, quindi, non è vana, ma a questo punto gli ostacoli più problematici sono rappresentati dalla moltitudine di relitti che il paziente borderline, volente o nolente, si lascia alle spalle. Il soggetto può difendersi dal Sé patologico e dalla sofferenza insostenibile che esso comporta, ma a che costo? A che condizioni? Con quali conseguenze?

Il paziente borderline non è in grado di considerare neanche minimamente le conseguenze dei comportamenti che caratterizzano il suo funzionamento. È questa la più grande e la peggiore conseguenza di questa psicopatologia. Offuscato dalla sofferenza e dalla mania difensiva, il soggetto borderline non riesce a preoccuparsi dei contraccolpi e degli strascichi che genera nelle relazioni significative che instaura. I costi più elevati, infatti, spettano a chi si è trovato in balia delle onde relazionali di questo oceano borderline inconsapevolmente e senza volerlo. I soggetti che vivono una relazione con un paziente borderline vengono coinvolti e travolti dalle tempeste emotive che i pazienti stessi generano. Il rischio di causare naufraghi e far affondare anche aspetti di altri significativi, diventano le vere conseguenze di queste relazioni patologiche. Gli altri significativi, infatti, si ritrovano spesso in un turbine manipolatorio e aggressivo, che genera sofferenza emotiva e da cui non riescono ad evadere. D'altro canto, il paziente borderline si trova spesso in situazioni pericolose che potrebbero fare del male e distruggere sé stesso o altri e che rappresentano ulteriori fonti di sofferenza. In questo sfondo di perenne turbamento emotivo, proprio e altrui, quindi, difendersi dalla sofferenza interna implica generare altra sofferenza. Questa è la condizione a cui è sottoposto, spesso inconsciamente, il paziente borderline.

Bibliografia

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano.

American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Bollas, C. (2022). *Tre caratteri. Narcisista, borderline, maniaco-depressivo*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

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

Catania, V. (2006). La dipendenza affettiva. *Psicologia di comunità: gruppi, ricerca azione e modelli formativi, 1*, p. 103.

Cozolino, L. (2008). Disturbo di personalità borderline: quando l'attaccamento fallisce. In L. Cozolino, *Il cervello sociale. Neuroscienze delle relazioni umane*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Crittenden, P. (2008). *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Dozier, M., Stovall-McClough, K. C., & Albus, K. E. (2008). L'attaccamento e la psicopatologia in età adulta. In Cassidy, J., Shaver, P. R. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche, seconda edizione*. Tr. it. Giovanni Fioriti, Roma, pp. 827-857.

Fertuck, E.A., Lenzenweger, M.F., Clarkin, J.F., Hoermann, S., & Stanley, B. (2006). Executive neurocognition, memory systems and borderline personality disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 346-375.

Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23, 103-122.

Freud, S. (1917). *Introduzione alla psicoanalisi*. Bollati Boringhieri, Torino.

Freud, S. (1923). *L'Io e l'Es*. Bollati Boringhieri, Torino.

Gabbard, Glen O. (2015). *Psichiatria psicodinamica. Quinta edizione basata sul DSM-5*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Gazzillo, F. (2012). *I sabotatori interni. Il funzionamento delle organizzazioni patologiche di personalità*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Gunderson, J. G., Carpenter, W. T., & Strauss, J. (1975). Borderline and schizophrenic patients: a comparative study. In *Am. J. Psychiatry*, 132, pp. 1257-1264.

Gunderson, J. G., & Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. In *Am. J. Psychiatry*, 135 (7), pp. 792-796.

Gunderson, J. G., Kolb, J. E., & Austin, V. (1981). The diagnostic Interview for Borderline Patients. In *Am. J. Psychiatry*, 138 (7), pp. 896-903.

Gunderson, J. G. (2003). *La personalità borderline. Una guida clinica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Gunderson, J. G. (2007). Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1637-1640.

Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, pp. 641-685.

Kernberg, O. F. (1984). Pathological narcissism in childhood. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32 (1), pp. 39-62.

King-Casas, B., Sharp, C., Lomax-Bream, L., Lohrenz, T., Fonagy, P., & Moutague, P.R. (2008). The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science*, 321, 806-810.

Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theory and method. *Bull. Menninger Clin.*, 51, pp. 261-276.

Linehan, M. M. (1993). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline di personalità*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications, Stati Uniti.

Liotti, G. (1995). Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In Goldberg, S., Muir, R., & Kerr, J. *Attachment theory: Social, Developmental and Clinical perspective*. The Analytic Press, Hillsdale, NJ.

Liotti, G. (2006). Disorganizzazione dell'attaccamento e processi dissociativi: dalla ricerca sulla *developmental psychopathology* alla psicoterapia. In Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. *La ricerca in psicoterapia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Lis, A., Mazzeschi, C., Zennaro, A. (2002). *La psicoanalisi. Un percorso concettuale tra tradizione e attualità*. Carocci editore, Roma.

Lorenz, K. (1969). *L'aggressività*. Il Saggiatore, Milano.

Maffei, C. (1993). *Il disturbo borderline di personalità. Prospettive sulla diagnosi*. Bollati Boringhieri, Torino.

Mahler, M., Pine, F., & Bergaman, A. (1975). *La nascita psicologica del bambino*. Tr. it. Boringhieri, Torino.

- Minzenber, M.J., Fan, J., New, A.S., Tang, C.Y., & Siever, L.J. (2008). Frontolimbic structural changes in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *42*, 727-737.
- New, A.S., Goodman, M., Triebwasser, J., & Siever, L.J. (2008). Recent advances in the biological study of personality disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, *31*, 441-461.
- Paris, J. (1995). *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Putnam, K.M., & Silk, K.R. (2005). Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, *17*, 899- 925.
- Reynaud, M., Karila, L., & Blecha, L. (2010). Is Love Passion an Addictive Disorder? *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. Stati Uniti.
- Rossi Monti, M., & Princigalli, V., (2009). Psicopatologia borderline: il posto della vergogna. *Psichiatria di comunità*, *8*, 3, pp. 129-141. Istituto di Psicologia – Università degli studi di Urbino “Carlo Bo”.
- Shearer, S. L. (1994). Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. In *J. Nerv. Ment. Dis.*, *182* (9), pp. 524-526.
- Simonelli, B., Fassina, S., Scaldaferrò, M., Guastafierro, E., & Ferrero, A. (2007). Dissocialità e autolesionismo nel disturbo borderline di personalità: due casi clinici. *Riv. Psicol. Indiv.*, *62*, pp. 69-86.
- Stone, M. H. (1990). *The fate of borderline patients*. Guilford Press, New York.
- White, C.N., Gunderson, J.G., Zanarini, M.C., & Hudson, J.I. (2003). Family studies of borderline personality disorder: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, *11*, 8-19.
- Van Der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., Mcfarlane, A., & Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 83-93.

Winnicott, D. C. (1960). *La distorsione dell'io in rapporto al vero e al falso Sé*. Tr. it. in *Sviluppo affettivo e ambiente*. Arnoldo, Roma.

Zanarini, M. C. (1989). The revised Diagnostic Interview for Borderlines: discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, pp. 10-18.

Filmografia

Mangold, J. (1999). *Ragazze interrotte*. Titolo originale: *Girl, Interrupted*. Stati Uniti.

