



**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 2022/2023*

**TESI DI LAUREA**

**LA DISREGOLAZIONE EMOTIVA NEL DISTURBO BORDERLINE DI  
PERSONALITÀ IN ADOLESCENZA**

**RELATRICE:**

**Prof.ssa Stefania Cristofanelli**

**STUDENTE: 20 D03 227**

**Elisa Raso**

“Il *nec sine te nec tecum vivere possum* sembra essere la divisa del borderline.”

R. Rossi, P. Fele, S. Traverso

in “Borderline: fallimento del

senso di misura” p. 238

## Sommario

<i>Introduzione</i> .....	1
<i>Un universo complesso</i> .....	1
<i>Capitolo primo</i> .....	3
<b>1. Sviluppi storici ed eziopatogenesi</b> .....	3
<b>1.1. I primi passi nella terra di nessuno</b> .....	3
<b>1.2. Teorie eziopatogenetiche</b> .....	4
1.2.1. Il modello strutturale di Otto Kernberg.....	4
1.2.2. Il modello bio-psicosociale di Joel Paris.....	7
1.2.3. L'orientamento cognitivo-comportamentale e il modello di Marsha Linehan .....	10
1.2.4. Neuroscienze .....	12
<b>1.3. Inquadramento diagnostico: il DSM e il PDM</b> .....	13
<i>Capitolo secondo</i> .....	16
<b>2. Dall'attaccamento alla vergogna</b> .....	16
<b>2.1. L'attaccamento</b> .....	16
<b>2.2. La mentalizzazione</b> .....	19
<b>2.3. Manipolazione e vergogna</b> .....	22
<i>Capitolo terzo</i> .....	25
<b>3. Disregolazione emotiva e dipendenza in adolescenza</b> .....	25
<b>3.1. Adolescenza</b> .....	25
3.1.1. Neurobiologia dell'adolescenza.....	26
3.1.2. Diagnosi di BPD in adolescenza e prevenzione .....	28
<b>3.2. Emozioni, (dis)regolazione e finestra di tolleranza</b> .....	30
3.2.1. Emozioni e regolazione emotiva .....	30
3.2.2. Finestre di tolleranza.....	34
3.2.3. Sentimenti cronici di vuoto.....	38
3.2.4. Rabbia intensa.....	40
3.2.4. 1. Dal dolore alla rabbia .....	41
3.2.4. 2. Dalla rabbia all'odio .....	41
3.2.4. 3. Dall'odio alla vendetta.....	42
<b>3.3. Tentativo di ritorno entro i margini: la dipendenza</b> .....	43
3.3.1. Dipendenza da sostanze.....	43
<i>Conclusioni</i> .....	47
<i>Bibliografia</i> .....	50
<i>Sitografia</i> .....	56

## Introduzione

### Un universo complesso

Il disturbo borderline ha da sempre portato con sé notevoli difficoltà di inquadramento sotto diversi punti di vista come la comprensione eziologica, la diagnosi e la cura. Si tratta di un disturbo che pone i primi ostacoli già nel momento della concettualizzazione e dell'inquadramento diagnostico. Uno studio di Ruggero e collaboratori (2010) ha rilevato che su un campione di 52 pazienti diagnosticati con disturbo borderline di personalità (BPD), il 40% (20/52) di essi ha riportato di essere stato erroneamente diagnosticato con disturbo bipolare almeno una volta nella vita, rispetto a circa un 10% (62/558) dei pazienti non diagnosticati con disturbo borderline di personalità. La letteratura e la conoscenza sul disturbo borderline di personalità sono tuttora in costante evoluzione, indice della sua sempre maggiore diffusione nella realtà sociale del mondo occidentale. Secondo i dati epidemiologici, il disturbo borderline interessa circa l'1,1%-2,5% della popolazione adulta e si registra con una frequenza maggiore nelle donne (75-80% circa) e in persone appartenenti ad uno status economico-sociale basso (Lifrieri, 2021). L'elaborato affronta il tema relativo al disturbo borderline di personalità (BPD), una patologia complessa e poliedrica, con manifestazioni sintomatologiche peculiari. Il denominatore comune è il periodo d'esordio collocato in adolescenza e nella prima età adulta e una generale disregolazione (emotiva, cognitiva, nelle relazioni interpersonali) pervasiva nella vita del soggetto che tenterà di mettere in atto delle strategie spesso disfunzionali (come la dipendenza) per rimanere o rientrare nei margini della propria *finestra di tolleranza* (Siegel, 2001). L'elaborato segue la traiettoria di sviluppo del disturbo e riporta in primo luogo le ipotesi eziopatogenetiche sviluppate nella storia della concettualizzazione dello stesso con un focus anche sulle neuroscienze e sui circuiti disfunzionali che contribuiscono alla disregolazione dei soggetti. In secondo luogo, vengono presi in considerazione i primi anni di vita sulla base della teoria dell'attaccamento e della mentalizzazione, mostrando come traumi infantili associati a substrati neurali danneggiati e altri fattori di rischio, costituiscano fattori di vulnerabilità importanti per lo sviluppo del BPD. Nel capitolo terzo l'adolescenza è centrale e qui vengono declinate le emozioni del "grumo emozionale" borderline (Rossi Monti & Princigalli, 2009), dalla noia alla rabbia, alla fatica nel riconoscere e regolare questi stati interni, soprattutto in una fase della vita colma di contraddizioni, di necessità di esplorare e spingersi quanto più possibili oltre i propri limiti. In ultimo, l'elaborato si concentra sui tentativi di "ritorno entro i margini",

in particolare attraverso un focus sui problemi di dipendenza da sostanze che, insieme al BPD e all'adolescenza, formano un pattern "ad incastro" perfetto e profondamente rischioso se non rilevato per tempo (Kaess et al., 2014). Sebbene il disturbo borderline di personalità con la sua multiformità, potrebbe apparire a prima vista fumoso e astratto, un'adeguata propensione ad osservarlo e a confrontarsi profondamente con esso, permette di comprendere quanto sia piuttosto straordinariamente complesso (Maffei, 1993). È allora necessario accostarsi a questa complessità e provare ad accoglierla anche con la confusione che da sempre ha accompagnato l'evoluzione del concetto di disturbo borderline nel tempo (Vittorio Lingiardi et al., 1995).

# Capitolo primo

## 1. Sviluppi storici ed eziopatogenesi

### 1.1. I primi passi nella terra di nessuno

Al fine di cogliere al meglio l'eziopatogenesi e le origini della disregolazione emotiva che costituisce la caratteristica peculiare ed il principale limite di questo disturbo, è necessario ripercorrere le varie fasi della storia in cui si è tentato di inquadrarlo e comprenderlo. In alcuni momenti "riduttivi" della storia la patologia è stata accorpata ad altre che erano più codificate e meglio comprese, mentre in altri momenti si è verificata una propensione verso una maggiore comprensione di questo poliedrico universo (Maffei, 1993).

Scrive Lavinia Barone:

“La scoperta dell'esistenza di una terra di confine che, in quanto tale, non appartiene propriamente a nessuno e si definisce in negativo, per confronto e differenza rispetto ai territori circostanti, viene proposta come emblematica di una condizione psicopatologica che assume la propria fisionomia affermandosi appunto come limitazione, confine, come condizione capace in tal senso di indicare la presenza di un nuovo problema non assimilabile o inglobabile nei territori delle categorie diagnostiche già riconosciute” (Barone, 1995, p. 567).

Nel 1884, Hughes descrisse uno “stato al confine con la follia” e Rosse (1890) utilizzò il termine *borderline insanity* per racchiudere in un'unica espressione tutti quei soggetti che oscillano alternativamente tra ragione e follia, ma che presentano un quadro meno grave rispetto alle classiche psicosi. La patologia *borderline* venne successivamente classificata come una forma di schizofrenia anomala (Lingiardi et al., 1995); successivamente, con l'entrata in scena della psicoanalisi, il dibattito si spostò sull'analizzabilità dei pazienti, ovvero sulla loro capacità di sviluppare transfert e iniziò a farsi strada la possibilità dell'esistenza di forme apparentemente nevrotiche o di casi vicini alla psicosi – se non manifestamente psicotici – di sempre maggiore interesse clinico.

Dal 1938, diviene pertanto comune utilizzare il termine *borderline*, coniato da Adolph Stern, per riferirsi a quei pazienti che non presentavano caratteristiche assimilabili alle distinzioni

nosologiche allora in uso e che apparivano a prima vista analizzabili e solo in seguito, refrattari alla psicoanalisi. Dalla seconda metà del Novecento lo stato al limite, la patologia “di confine”, trova finalmente il suo spazio come nuovo settore di diagnosi e di intervento clinico, fino ad acquisire una sua individuale autonomia (Caviglia et al., 2014).

Maggiore rigore diagnostico fu introdotto dal gruppo di ricerca di Roy Grinker nel 1968, differenziando definitivamente la patologia borderline dalla schizofrenia e identificando l’esistenza di denominatori comuni del disturbo come: difficoltà nelle relazioni interpersonali, rabbia come affetto prevalente o esclusivo, assenza di una consistente identità di sé e depressione pervasiva. L’analisi dei dati della ricerca suggerì l’individuazione di quattro sottotipi (o tipologie di pazienti) che potevano essere collocati idealmente lungo un *continuum* sintomatologico i cui estremi, psicotico e nevrotico, racchiudevano il costrutto borderline “nucleare”, caratterizzato da difficoltà a mantenere relazioni interpersonali stabili e da stati interni negativi e il borderline “come se” con un intenso bisogno di valersi dell’identità altrui a causa di una generalizzata perdita della propria (*ibid.*).

Dalla fine degli anni Sessanta il crescente interesse per questo disturbo diede l’avvio a numerose e importanti ricerche e a un progressivo distanziamento da tutti quei teorici che rivolgevano la propria attenzione unicamente alla sintomatologia e quindi a criteri di tipo principalmente descrittivo (Maffei, 1993).

## **1.2. Teorie eziopatogenetiche**

### **1.2.1. Il modello strutturale di Otto Kernberg**

Otto Kernberg, psicoanalista statunitense di origine austriaca, fu uno dei primi psichiatri a distaccarsi dai criteri diagnostici di tipo descrittivo, finalizzati cioè a identificare fondamentalmente la sintomatologia manifesta. Il contributo di Kernberg e in generale l’orientamento di matrice psicodinamica hanno influenzato e contribuito in modo decisivo alla comprensione del disturbo borderline di personalità. In generale, la teoria psicoanalitica ha individuato due fondamentali ipotesi patogenetiche: la prima si fonda sul conflitto fra due tipi di *Trieb*, ovvero le spinte che fanno tendere l’organismo verso una meta, libidiche e aggressive. La seconda ipotesi patogenetica che la teoria psicoanalitica rintraccia come nucleo del disturbo borderline sostiene che una mancata sintonizzazione da parte del caregiver e una mancata risposta ai bisogni di sostegno del bambino, costituisca il deficit centrale della patologia.

Pertanto, il paziente borderline appare profondamente vulnerabile alle esperienze dolorose che riguardano paura, vergogna, abbandono o solitudine, non è infatti in grado di sviluppare oggetti interni positivi ed è incapace, nei momenti di tensione, depressione o stress emotivo, di richiamare esperienze affettive di sostegno o immagini positive (Caviglia et al., 2014). Tornando all'autore, nella sua teorizzazione Kernberg ritiene che il disturbo sia connotato da specifiche caratteristiche di funzionamento psichico come forme di pensiero prelogico (primario), debolezza dell'Io, identità diffusa e scissione (meccanismo di difesa primitivo). Quest'ultima in particolare può dare vita a una peculiarità borderline specifica, vale a dire l'incapacità di integrazione degli oggetti buoni e cattivi impedendo di mantenere presenti rappresentazioni positive e negative di sé e degli altri simultaneamente (Caviglia et al., 2014). «Le relazioni oggettuali interiorizzate possono essere considerate un crocevia dove istinto e sistema sociale si incontrano, dando un contributo determinante allo sviluppo della personalità» (Kernberg, 1976). Partendo da questo assunto Kernberg ha tentato di integrare nel suo approccio teorico la teoria delle Relazioni Oggettuali della psicologia dell'Io di Margaret Mahler, che si orienta maggiormente verso la matrice interpersonale dello sviluppo affettivo e delle vicende pulsionali e la teoria freudiana delle Pulsioni (Caviglia et al., 2014). Margaret Mahler (1978) aveva ipotizzato che il percorso dello sviluppo infantile precoce fosse un "processo di separazione-individuazione" composto da una fase autistica normale, una fase simbiotica e una di separazione-individuazione, suddivisa a sua volta in quattro fasi (differenziazione, sperimentazione, riavvicinamento e costanza dell'oggetto). Questa posizione teorica viene appoggiata dalla teorizzazione di Kernberg secondo cui il paziente borderline, a causa di una fissazione nella fase di riavvicinamento, è incapace di tollerare periodi di solitudine e mostra timore, paura dell'abbandono da parte delle figure per lui significative. Il bambino in questa fase manifesta un'angoscia di separazione in seguito alla consapevolezza del distacco fisico del caregiver temendo tanto l'abbandono, quanto il rimanere bloccato nell'incessante orbita della madre. Caratteristica importante di questa fissazione è pertanto l'assenza di una costanza interna dell'oggetto d'amore, tipica del borderline.

Secondo Kernberg guardare e fermarsi all'aspetto sintomatico del disturbo può essere fuorviante e superficiale (Caviglia et al., 2014), al contrario, il modo corretto per classificare la patologia sarebbe considerare la struttura di personalità, lasciando andare l'idea di disturbo borderline per accogliere quella di organizzazione borderline di personalità (BPO, *borderline personality organization*) (Kernberg, 1975), concettualizzazione psicodinamica decisamente più inclusiva. Non si intende più un quadro sintomatologico preciso, bensì una modalità di funzionamento essenzialmente intrapsichica, specifica e stabile e nel tempo. Per Kernberg, la



categoria BPO è in grado di racchiudere pazienti diversi, ma con una comune organizzazione di personalità, in modo molto diverso dal concetto di disturbo borderline di personalità che invece collima con la categoria diagnostica descrittiva proposta dal DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). L'aspetto innovativo di questa classificazione sta nella capacità e nella possibilità di armonia tra un approccio categoriale e uno dimensionale (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Per Kernberg, l'organizzazione borderline di personalità rinvia alla persistente presenza dei meccanismi tipici dello stadio di separazione-individuazione e in essa si possono includere tutti i gravi disturbi di personalità. Il termine borderline, infatti, fa riferimento a un livello di organizzazione che comprende una moltitudine di disturbi della personalità. È quindi possibile associare alcuni disturbi di personalità con organizzazione borderline a un funzionamento più simile a quello dei pazienti nevrotici (in questo caso parliamo di organizzazione borderline di alto livello) e altri disturbi a un funzionamento più psicotico (organizzazione borderline di basso livello). Nei primi sono incluse le personalità evitanti, istrioniche, i casi meno gravi di narcisismo e dipendenti; nei secondi i disturbi schizoide, antisociale, paranoide, borderline e il narcisismo maligno (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Può rivelarsi utile comprendere quali sono per Kernberg le caratteristiche centrali di una personalità non patologica: identità dell'Io coesa, forza dell'Io, Super-Io integrato e maturo, e gestione adeguata degli impulsi sia libidici che aggressivi. Più in generale, egli considera la personalità come la risultante di un'integrazione dinamica di schemi comportamentali, sociali, cognitivi e motivazionali che derivano dal carattere, dai sistemi di valori interiorizzati e dal temperamento (l'innata tendenza, in parte determinata geneticamente, a rispondere agli stimoli ambientali). I disturbi di personalità vengono classificati da Kernberg in base al loro livello di gravità e in base agli stadi di sviluppo che sono risultati più difficili, individuando tre criteri strutturali delle organizzazioni di personalità (Lingiardi & Gazzillo, 2014):

1. Diffusione dell'identità, cioè lo stato che definisce un livello di maturità e di integrazione dell'Io e del Sé primitivi, caratterizzati da incoerenza e mancanza di coesione della propria identità (Caviglia et al., 2014) e rappresentazioni degli oggetti bidimensionali, povere, irrealistiche e polarizzate come "tutte positive" o "tutte negative";
2. Meccanismi di difesa, ovvero operazioni mentali attuate a livello inconscio dall'Io per controllare conflitti intrapsichici disturbanti o proteggere l'individuo dalla disintegrazione;

3. Esame di realtà, inteso come capacità di distinguere tra stimoli provenienti dal mondo esterno, da stimoli intrapsichici.

La diffusione dell'identità e il ricorso a operazioni difensive generano nei disturbi di personalità dello spettro borderline relazioni interpersonali distorte, relazioni intime problematiche, assenza di obiettivi concreti e difficoltà nella gestione dell'aggressività e nella regolazione delle emozioni e degli impulsi.

### **1.2.2. Il modello bio-psicosociale di Joel Paris**

In apertura al suo libro *“Il disturbo borderline di personalità”* Joel Paris, noto psichiatra canadese, sottolinea come la difficoltà nella diagnosi di BPD sia complicata dal modo in cui il costrutto è stato inizialmente definito. Il termine borderline (linea di confine) secondo Paris è improprio e scorretto, infatti ad oggi non si sostiene più che il disturbo borderline di personalità confini con la psicosi ed il termine non risulta sufficientemente descrittivo dei principali aspetti del disturbo (umore altalenante, instabilità nelle relazioni e impulsività), il termine necessiterebbe pertanto di essere modificato. È chiaro come questo alone di ambiguità intorno al termine, alimenti la confusione e talvolta porti ad ignorare del tutto il suo costrutto (Paris, 2011).

Assumendo una prospettiva storica per comprendere al meglio le criticità poste alla base della diagnosi di BPD, Paris individua due problemi fondamentali nella concettualizzazione di “organizzazione di personalità borderline” proposta da Kernberg: in primo luogo, il suo taglio psicoanalitico, quindi il suo essere definita all'interno di una teoria di meccanismi mentali e non in termini di comportamenti osservabili; in secondo luogo, Paris critica il considerare “borderline” un insieme eccessivamente ampio di pazienti con diagnosi di disturbo di personalità, contribuendo così all'aumento di confusione intorno al concetto di borderline. (*ibid.*). Pertanto, a partire da una certa sfiducia verso l'approccio psicoanalitico, Paris propone un'integrazione di diversi modelli: quello psicobiologico-temperamentale, ambientale e descrittivo-fenomenologico, per arrivare ad un modello comprensivo e multidimensionale dei disturbi di personalità (Lingiardi & Gazzillo, 2014). L'autore, a tal proposito, mette in evidenza come un singolo fattore non possa – in alcun caso – spiegare l'intera eziopatogenesi di un disturbo, e come la multiformità del disturbo stesso e la presenza di diversi sintomi non debbano far credere che esso non possieda una sua precisa collocazione nosografica (Caviglia et al., 2014). Il modello bio-psicosociale cerca quindi di affrontare questa multiformità tenendo conto

della concomitanza di differenti fattori di rischio biologici, sociali e psicologici; l'idea di base è che i fattori di rischio riguardanti il temperamento o esperienze traumatiche siano coinvolti nell'eziopatogenesi del BPD (Lingiardi & Gazzillo, 2014). È bene ricordare che i fattori capaci di determinare se un soggetto svilupperà o meno un disturbo di personalità possono essere vari, ma tra i principali i fattori biologici contribuiscono a determinare la configurazione che la patologia assumerà andando a plasmare i tratti di personalità, mentre i fattori sociali e psicologici, benchè di rischio, esercitano minor potere determinante nel trasformare una vulnerabilità in un disturbo (*ibid.*).

Per Paris (1995) diventa sostanziale e necessario il ricorso a un modello di “predisposizione a specifici stress” in cui si ricercano i fattori biologici di rischio, ovvero predisponenti al disturbo. Questo è un elemento cardine su cui si fonda la teoria diatesi-stress, in cui le diatesi non sono altro che le innate differenze esistenti fra i vari soggetti capaci di condizionare la vulnerabilità ai disturbi mentali, che possono pertanto determinare la tipologia di disturbo, la cui attivazione è indotta dallo stress, o meglio, dagli eventi stressogeni. Questo modello secondo Paris sarebbe potenzialmente in grado di spiegare le diatesi per i disturbi della personalità, mentre i fattori biologici da soli non sarebbero sufficienti a spiegare l'intera eziologia. Diventa necessario quindi comprendere come anche gli altri fattori (psicologico-ambientali e sociali) influenzino il configurarsi della personalità patologica (Lingiardi & Gazzillo, 2014). A tal proposito, Paris afferma che i fattori di rischio psicologico-ambientali, più nello specifico le esperienze precoci, abbiano sufficiente forza potenziale per modellare la personalità. Paris cita diversi studi e ricerche condotti ricorrendo alla Family Environment Scale (Moos & Moos, 2009) in cui è stato rilevato che i pazienti con BPD appartengono tendenzialmente a famiglie molto conflittuali e talora sono (stati) vittime di abusi psicologici, fisici e sessuali, esperienze traumatiche diffuse nei soggetti con disturbi di personalità. A questo riguardo, Paris stesso (1994) ha condotto uno studio su 271 pazienti di entrambi i sessi con disturbi di personalità, di cui metà con BPD. I dati hanno evidenziato e confermato che una notevole percentuale di soggetti borderline ha subito un abuso sessuale durante l'infanzia; e nonostante la notevole percentuale, i pazienti che hanno riferito tale esperienza traumatica erano una minoranza. Per questa ragione Paris giunge alla conclusione che le conseguenze del trauma possono essere comprese solo considerando l'abuso infantile come uno dei diversi fattori che produce degli effetti traumatici pervasivi e cumulativi; infatti, anche l'ipotesi del trauma, se presa singolarmente, non è in grado di spiegare interamente l'origine dei disturbi di personalità (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Molte ricerche hanno studiato anche il comportamento genitoriale correlandolo al BPD. Sono state prese in considerazione alcune dimensioni che costituiscono la qualità della funzione genitoriale: l'affetto e il controllo. Utilizzando il Parent Bonding Index (PBI, 1979) per misurare i ricordi legati all'affetto e al controllo di ciascun genitore durante i primi 16 anni di vita sono stati ottenuti risultati a favore dell'ipotesi che i pazienti borderline spesso crescono in un ambiente iperprotettivo, in contrasto con il valore che sarebbe atteso su questa scala che prevede che un legame ottimale sia caratterizzato da alti livelli di cura (*Caring*) e bassi livelli di iperprotezione (*Overprotection*). Inoltre, è stata rilevata una differenza significativa fra il gruppo BPD e il gruppo non-BPD (composto da soggetti con altri disturbi di personalità) sulla scala riguardante l'affetto materno (*Maternal affection Scale*) dimostrando come i pazienti BPD abbiano vissuto esperienze di trascuratezza emotiva (Paris et al., 1994).

Ritornando ai fattori presi in considerazione nella teoria bio-psicosociale, i fattori sociali nell'ipotesi storico-culturale di alcuni autori come Millon (1987) sembrano svolgere un ruolo decisivo nello sviluppo del BPD. Secondo l'autore, l'organizzazione della società e i suoi stessi valori sociali, se contraddittori e instabili, si dimostrano spesso molto influenti sulla stabilità psichica degli individui; a tal proposito egli descrive una società fondamentalmente fragile che riflette la sua struttura disgregata nella struttura della psiche degli individui, privandoli di coesione e integrazione. Rimane tuttavia sostanziale guardare anche all'assetto delle famiglie (definite da Millon "scismatiche", ovvero colme di contraddizioni) delle società occidentali, in cui il bambino interiorizza molteplici identità che non è in grado di integrare a causa dei contraddittori messaggi ricevuti. Se applicassimo i principi teorici di Millon, ci aspetteremmo che le società più integrate, cioè quelle con delle norme ben definite, siano in grado di proteggere gli individui (già predisposti) da alcuni rischi, come ad esempio lo sviluppo del BPD. Millon (1987) ha suggerito che l'anomia (l'assenza di regole) nella società contemporanea aumenti il rischio di sviluppare il disturbo borderline di personalità e ha ipotizzato che rapidi cambiamenti sociali ostacolano la trasmissione intergenerazionale dei valori e riducano l'influenza della famiglia sul soggetto e per questo è possibile aspettarsi dei tassi di prevalenza di BPD nelle società in fase di rapida modernizzazione. Secondo Paris sarebbe dunque necessaria una società in grado di contenere il comportamento impulsivo degli individui che presentano fattori di rischio predisponenti al BPD (Caviglia et al., 2014), ma a questo riguardo sono necessari ulteriori studi cross-culturali (Paris, 1992). Paris prende quindi in analisi separatamente i fattori di rischio biologici, sociali e psicologici nello sviluppo della personalità, e conclude che nessuno di essi preso singolarmente è sufficiente a chiarire l'origine di un disturbo di personalità. Un modello lineare risulta quindi eccessivamente debole rispetto alle

potenzialità di un modello multidimensionale che sappia offrire un'esaustiva comprensione dell'eziologia dei disturbi di personalità (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

### **1.2.3. L'orientamento cognitivo-comportamentale e il modello di Marsha Linehan**

Nell'area dei disturbi di personalità, più di recente, si è affermato l'approccio cognitivo-comportamentale. Gli autori a cui risale questo approccio sono Beck (1984) ed Ellis (1962), i quali sostengono che l'applicazione di tecniche cognitive e comportamentali per trattare i disturbi di personalità sia utile e adeguata al fine di riuscire a modificare la struttura cognitiva del paziente e portare a una evidente riduzione dei sintomi (Caviglia et al., 2014). L'assunto di base delle teorie cognitive prevede che esistano degli schemi attraverso i quali è possibile codificare l'informazione. Queste strutture di significato sono molto stabili e consentono l'elaborazione di un comportamento in risposta a una valutazione rispetto a uno stimolo. Gli schemi sono gerarchicamente ordinati in categorie e possono essere cognitivi (utili al processo di astrazione), affettivi, di controllo (per l'automonitoraggio delle azioni), strumentali o motivazionali (*ibid.*). Le persone affette da disturbi di personalità presentano schemi maladattivi sviluppati come risultante di un'interazione fra il temperamento del bambino, lo stile genitoriale e possibili esperienze traumatiche vissute durante l'infanzia (Montano & Borzi, 2017). La mente viene descritta dall'approccio cognitivo-comportamentale come un vero e proprio elaboratore di informazioni (nonostante la metafora del computer sia ormai quasi completamente svanita), mentre i disturbi di personalità e la sofferenza mentale sarebbero “il frutto di errori di valutazione e processamento dei dati.” (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Ellis definisce “le sciocche frasi che diciamo a noi stessi, sbagliando” (Ellis, 1962) tutte quelle produzioni verbali autodirette in modo quasi del tutto consapevole che il soggetto ritiene veritiere e razionali, come se fossero delle istruzioni da seguire che, come controindicazione, portano alla sofferenza (*ibid.*).

Per quanto riguarda il BPD, i modelli maggiormente supportati fra le teorie cognitive, sono quello di Aaron Beck (delle convinzioni di base e del pensiero dicotomico) e di Marsha Linehan, definito modello biosociale-comportamentale, che verrà di seguito esposto. Il modello è definito “biosociale” poiché secondo l'autrice nel nucleo deficitario del BPD troviamo una limitata capacità di regolazione delle emozioni generata da un accostamento rischioso e virtualmente patogeno tra predisposizioni biologiche (vulnerabilità) e circostanze ambientali (Caviglia et al., 2014). Barone e Maffei affermano che il vissuto emotivo del soggetto «può

essere paragonato alla sensibilità di un ustionato di terzo grado: la mancanza di una “pelle emotiva” espone il paziente a una stimolazione violenta, a cui egli risponde con una corrispondente elevata reattività» (Barone & Maffei, 1997). Gli stimoli emotigeni, nel caso di una funzionale capacità di regolazione emotiva dovrebbero essere identificati, portando così ad una inibizione dei comportamenti disadattivi. La teoria della disregolazione emotiva origina dalle osservazioni di pazienti autolesionisti visti attraverso la lente teorica della Linehan. L'interesse iniziale era quello di assistere le persone che compievano atti anticonservativi ad apprendere nuove e utili *skills* per regolare le proprie emozioni e controllare questo comportamento. Dopo aver notato una certa resistenza dei suoi pazienti a tale tecnica, l'autrice ha integrato al suo approccio la lezione buddista della Mindfulness (consapevolezza di sé, dell'altro e del mondo fisico) e la Validation Therapy (accettare attivamente l'esperienza e la prospettiva del paziente). In questo modo i suoi pazienti si sono mostrati maggiormente disposti e capaci di utilizzare le competenze necessarie per abbandonare i comportamenti anticonservativi. L'autrice ha compreso che l'autolesionismo e i comportamenti suicidari dei suoi pazienti erano sintomi di un disturbo, ovvero il BPD. Durante sei mesi trascorsi nello stesso ospedale in cui Kernberg dirigeva il suo programma di trattamento, la Linehan fu intensamente esposta alle sue teorie e alla sua concettualizzazione psicoanalitica di BPO. Si può affermare che la teoria della disregolazione emotiva è iniziata con un focus ristretto, e la successiva correlazione con il disturbo borderline ne ha ampliato la sua applicazione (Kring & Sloan, 2010; Linehan, 2015). La terapia dialettico-comportamentale ideata da Marsha Linehan pertanto si fonda sull'assunto secondo cui il BPD sia un disturbo che vede il suo nucleo nella disregolazione: affettiva, cognitiva, comportamentale, interpersonale e su un deficit delle capacità dialettiche del pensiero, ovvero un pensiero definito dicotomico. La psiche è generalmente formata da due forze polarizzate e dinamiche che sono *tesi* e *antitesi*, il soggetto borderline risulta essere bloccato in un conflitto fra le due a causa di una mancata *sintesi*. Le principali caratteristiche dell'individuo borderline (scissione, identità diffusa, vuoto, alienazione), non sono altro pertanto che fallimenti dialettici (Lingiardi & Gazzillo, 2014). La Dialectical Behavior Therapy (DBT) di Marsha Linehan è inizialmente nata come trattamento ambulatoriale formulato e validato su pazienti di sesso femminile che rispettavano i criteri diagnostici per il BPD e con condotte suicidarie e comportamenti autolesivi, solo in seguito è stata estesa a pazienti borderline. Secondo Barone (1995) e Gabbard (1995b) questo approccio è tra le terapie più efficaci e indicate nelle prime fasi di un percorso terapeutico e prevede, in breve, la costruzione di un ambiente e di un contesto validanti nei quali il paziente sia il protagonista attivo nella risoluzione dei propri conflitti grazie all'apprendimento di nuove

strategie di problem-solving che si propongono di promuovere i processi di cambiamento e sono orientate a condurre il paziente a capire quali sono i comportamenti disadattivi ed essere attivo nella loro modifica. L'obiettivo finale è lo sviluppo di un funzionamento cognitivo di tipo dialettico (in grado di integrare anche punti di vista contraddittori) e l'apprendimento di pattern comportamentali più equilibrati; ma prima di questo è importante che il paziente impari a chiedere aiuto al terapeuta, infatti una delle caratteristiche del disturbo borderline è *l'helplessness* (incapacità di chiedere aiuto): il paziente borderline mette in atto delle modalità controproducenti di richiesta di aiuto ed è per questo importante che maturi la fiducia nei confronti del terapeuta che dovrà poi guidare il soggetto nell'identificazione di modalità di pensiero estreme e inefficienti, come ad esempio la modalità di pensiero dicotomica (Caviglia et al., 2014).

#### **1.2.4. Neuroscienze**

Per quanto riguarda i recenti studi neuroscientifici che hanno come fine una comprensione neurobiologica dell'eziologia del BPD, diversi dati ricavati da studi empirici hanno confermato come una delle principali caratteristiche dei pazienti borderline sia l'ipervigilanza, mostrando un'aumentata attività dell'amigdala, una possibile iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisurrene e una riduzione volumetrica nel lobo frontale e orbito-frontale. Tutte queste osservazioni trovano spiegazione nell'indebolimento dei circuiti di controllo inibitori a livello della corteccia prefrontale che potrebbe contribuire all'iperattività dell'amigdala. Una tra le funzioni dell'amigdala infatti, è quella di modulare l'attenzione e la vigilanza, quindi di rilevare situazioni potenzialmente pericolose (Donegan et al., 2003). Molto interessante è uno studio di risonanza magnetica funzionale (fMRI) che ha messo a confronto sei pazienti con BPD con sei donne sane appartenenti a un gruppo di controllo (Herpertz et al., 2001): lo studio ha mostrato come in entrambi i lati del cervello delle pazienti borderline si riscontrava un'elevata attività dell'amigdala rispetto ai soggetti di controllo. Si è quindi concluso che negli individui borderline la corteccia percettiva è talvolta regolata e modulata dall'amigdala, con un conseguente aumento dell'attenzione verso gli stimoli ambientali emotivamente rilevanti. L'attivazione smodata dell'amigdala porta ad esperire emozioni che diminuiscono di intensità molto lentamente, ma che si accendono velocemente anche in risposta a *low-level stressors*. L'amigdala riceve importanti input visivi direttamente dal talamo che fornisce delle risposte rapide ad aspetti percettivi e associativi di stimoli esterni (LeDoux, 1996). Oltre ai percorsi

subcorticali di elaborazione emotiva che sono in grado di agire anche senza consapevolezza, le strutture corticali prefrontali mediali sono coinvolte nell'assegnazione di significato agli stimoli emotivi (Teasdale et al., 1999) e nell'esperienza cosciente delle emozioni. La corteccia prefrontale ventrolaterale e orbitale ha delle profonde connessioni con le aree sottocorticali coinvolte nel comportamento emotivo e può svolgere un importante compito nella modifica delle risposte emotive (Drevets, 1998).

Altri due studi (Donegan et al., 2003; Wagner & Linehan, 1999) hanno indagato in che modo i pazienti borderline rispondono alla presentazione di immagini di volti standard. Nello studio di Donegan e collaboratori (2003), gli individui borderline hanno mostrato un'attivazione dell'amigdala sinistra decisamente maggiore in risposta a volti emotivi rispetto ai soggetti di controllo (sani). Ancora più rilevante, è stato il riscontro nei soli pazienti borderline di una tendenza ad associare tratti negativi a volti neutri; i visi inespressivi erano considerati spaventosi, sinistri e con cattive intenzioni. Questa scorretta interpretazione nella lettura di volti neutri è causata dall'iperattività dell'amigdala che, come è già stato detto, può generare uno stato ipervigile e iperreattivo di fronte ad espressioni benevole. Nel loro studio, Wagner e Linehan (1999) hanno osservato che le donne con una diagnosi di BPD riconoscevano più accuratamente rispetto ai soggetti dei gruppi di controllo, le espressioni di paura. Alcuni ricercatori sostengono che i pazienti borderline abbiano un "radar" che li rende eccezionalmente capaci di leggere il volto degli altri, soprattutto a livello degli occhi (Gabbard, 1995a).

### **1.3. Inquadramento diagnostico: il DSM e il PDM**

*«Le specificità della valutazione e della formulazione idiografica di ogni caso singolo devono dialogare con il carattere nomotetico intrinseco al concetto di diagnosi.»*

(Lingiardi & Gazzillo, 2014, p. 285)

In un momento di grande concitazione nella psichiatria per riconsiderare i fondamenti del DSM (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), nel 2006 dal mondo psicoanalitico arrivò un manuale diagnostico (il PDM) radicalmente diverso, che non prevede il solo processo di *labeling*, ma si propone di cogliere la dimensionalità nella diagnosi e la comprensione delle specifiche sfumature del paziente: i sintomi, i tratti di personalità, la sua soggettività, le sue potenzialità e la forma di psicopatologia .



Già il DSM-5 per ovviare al limite dell'insufficiente presenza/assenza di criteri, ha introdotto un modello in grado di accostare l'approccio categoriale a quello dimensionale, cogliendone così non solo la sintomatologia presente e assente ma anche la gravità, la frequenza e l'intensità. Il DSM-5 si distingue inoltre per l'eliminazione del sistema multiassiale e l'unione delle sindromi cliniche dell'Asse I e dei disturbi di personalità dell'Asse II, al fine di diminuire le discrepanze fra DSM e ICD (*Classificazione internazionale dei disturbi mentali*) e per favorire una comunicazione più lineare fra i professionisti. La *Tabella 1* riporta i criteri diagnostici per il disturbo borderline di personalità secondo il DSM-5; il manuale descrive un solo e unico disturbo di personalità borderline proprio perché nel cluster B (che comprende i disturbi che manifestano comportamenti espressamente emotivi, egocentrismo e carente empatia) il BPD è il nucleo intorno al quale gli altri disturbi si collocano in base alle differenze con esso (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Per ricevere una diagnosi di disturbo borderline di personalità, i pazienti devono manifestare un pattern costante di relazioni instabili, dell'immagine di sé, disregolazione emotiva ed eccessiva impulsività comparse nella prima età adulta e presenti in diversi contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

Tabella 1: DSM-5 – Criteri per il BPD.
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sforzi disperati per evitare l'abbandono (reale o immaginario)</li> <li>2. Rapporti instabili e intensi che si alternano tra l'idealizzare e lo svalutare l'altra persona</li> <li>3. Un'immagine di sé o un senso di sé instabili</li> <li>4. Impulsività in <math>\geq 2</math> aree che potrebbero danneggiare loro stessi (p. es., il sesso non sicuro, le abbuffate, la guida spericolata)</li> <li>5. Ripetuti comportamenti e/o gesti o minacce suicidari o autolesionismo</li> <li>6. Rapidi cambiamenti di umore, di solito della durata solo di poche ore e raramente di più di un paio di giorni</li> <li>7. Persistenti sentimenti di vuoto</li> <li>8. Rabbia impropriamente intensa o problemi di controllo della rabbia</li> <li>9. Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress o gravi sintomi dissociativi</li> </ol>

(Lingiardi & Gazzillo, 2014, p. 468)

Per quanto riguarda il PDM (*Manuale diagnostico psicodinamico*), l'Asse P del manuale è utile alla valutazione dei disturbi di personalità e usa come guida il modello di Kernberg, declinando il funzionamento di personalità su tre livelli, ovvero: sano, nevrotico (funzionamento borderline alto) e psicotico (funzionamento borderline basso). Vengono presi in considerazione non più criteri dicotomici, ma sette capacità di cui l'individuo gode che riguardano funzioni mentali

essenziali quali: identità, relazioni oggettuali, tolleranza degli affetti, regolazione degli impulsi e integrazione del Super-Io. In un'organizzazione borderline a basso livello (psicotico) può talvolta verificarsi anche se temporaneamente, una compromissione dell'esame di realtà.

In sintesi, mentre il DSM descrive un soggetto borderline come deficitario su diversi piani (relazionale, comportamentale, cognitivo, affettivo), essenzialmente impulsivo e con un'ampia gamma di sintomi psicopatologici, il PDM segue il modello e la concettualizzazione di Otto Kernberg facendo riferimento al termine borderline come un'etichetta che racchiude un insieme di disturbi con la stessa organizzazione di personalità, ma con diverse tipologie caratteriali. Secondo il PDM infatti, ogni stile di personalità può presentarsi a livello di organizzazione borderline, a livello nevrotico o a livello sano (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

È evidente come molti modelli teorici abbiano cercato di spiegare il fondamento eziopatogenetico del BPD. Dalle teorie nell'ambito psicoanalitico a quello cognitivo-comportamentale fino ad arrivare alle neuroscienze, ogni modello ha contribuito ad una maggiore comprensione di questo disturbo così multiforme. Il conflitto tra pulsioni libidiche e aggressive di Kernberg; i fattori biologici, psicologici e sociali di Paris, il deficit nella regolazione delle emozioni della Linehan possono trovare origine in un potenziale unico fattore di rischio: l'insicurezza dell'attaccamento nell'infanzia. Sebbene il suo rapporto con la psicopatologia adulta sia molto complesso e non lineare, è una variabile evolutiva che deve essere necessariamente presa in considerazione nello scenario dello sviluppo di un disturbo. Allo stesso tempo, è essenziale tenere presente che un attaccamento sicuro non è garante di un funzionamento sano, quanto piuttosto un fattore di protezione (Lingiardi & Gazzillo, 2014). La letteratura clinica e scientifica di riferimento ha rilevato un'articolata interazione tra sicurezza dell'attaccamento e capacità di mentalizzazione, che verrà approfondita nel capitolo successivo in rapporto alla fenomenologia del disturbo borderline (Allen, Fonagy, Bateman, 2008).

## Capitolo secondo

### 2. Dall'attaccamento alla vergogna

#### 2.1. L'attaccamento

Nel funzionamento borderline una caratteristica stabile e centrale è l'elevata instabilità intorno alle funzioni dell'Io. Fonagy (1991) parla di un'"*instabilità stabile*" data dall'incostanza degli stati d'animo e delle relazioni interpersonali, dai cronici sentimenti di vuoto e dall'ipersensibilità delle risposte emotive, una costellazione di sintomi e comportamenti che diversi studi hanno correlato a eventi traumatici e negligenza emotiva negli stili di accudimento durante l'infanzia. In una ricerca condotta nel 1987, Herman e van der Kolk hanno sviluppato il Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ, Herman & van Der Kolk, 1987), strumento particolarmente utile per l'attenzione che rivolge a un'esposizione al trauma in età evolutiva e alle sue conseguenze (Luxenberg et al., 2000). I 42 items toccano diverse aree tematiche tra cui composizione della famiglia, esperienze di funzionamento adattivo e non, pattern di attaccamento, esposizione a droga o alcol, sicurezza e altre informazioni riguardanti il nucleo familiare o l'esperienza di eventi traumatici e avversi (*Esempio: "28. I was beaten, kicked or punched by someone close to me"*). Nell'ampio campione di soggetti con diversi disturbi di personalità Herman e van der Kolk, all'oscuro della diagnosi dei soggetti, hanno raccolto storie di abusi in infanzia (fisici e sessuali), trascuratezza e testimonianze di violenze perpetrate nell'ambito familiare. Dopo aver letto le storie fornite dai pazienti in risposta al TAQ, ai soggetti è stato assegnato un punteggio che valutava dimensionalmente ciò che avevano subito, il "grado" di abuso è stato quindi correlato al "grado" del disturbo di personalità. Il disturbo borderline è risultato essere il maggiormente correlato ad una storia infantile di grave abuso o abbandono. I dati rilevati dallo studio mostrano che molti pazienti psichiatrici portavano storie profondamente traumatiche, ma era l'87% dei pazienti borderline ad avere le storie di abusi più gravi e più della metà di essi ne riconduceva l'inizio a prima dei 6 anni, laddove nei pazienti con altre diagnosi gli eventi traumatici e le loro conseguenze iniziano solitamente più tardi, intorno alla pubertà (Van Der Kolk et al., 1994).

In linea con i risultati di questa ricerca, le teorie psicodinamiche suggeriscono che il BPD origini in parte da distorsioni precoci nelle relazioni oggettuali (Kernberg, 1967) e da caratteristici pattern di attaccamento (Bowlby, 1973). Edward John Mostyn Bowlby, a cui si deve l'unione

della teoria psicoanalitica alla biologia evuzionistica, scrisse della presenza inconfutabile di prove riguardanti come la deprivazione prolungata di cure materne possa avere effetti molto gravi sul carattere del bambino e sulla sua vita futura. Questa deprivazione “è una proposizione del tutto simile” a quella che riguarda i risvolti negativi e le conseguenze di un deficit di vitamina D durante l’infanzia (Bowlby, 1953). È quindi indubitabile il complesso intreccio fra disturbo borderline di personalità e legame di attaccamento.

È possibile definire la teoria dell’attaccamento di Bowlby come una teoria fondamentale “spaziale” che trova ai suoi due estremi *vicinanza* e *lontananza* dalle figure di attaccamento. Nell’insicurezza, la lontananza genera una condizione di ansia, angoscia e tristezza e al contrario, nella sua forma più sicura (B) e nella vicinanza, l’attaccamento permette uno stato di rilassamento in cui si può esplorare il mondo e iniziare a realizzare i propri piani (Holmes, 1994) grazie alla capacità del caregiver di creare un’atmosfera di “base sicura” (Ainsworth, 1982) che permette uno slancio verso la curiosità e la scoperta. Un rispecchiamento contingente e delle risposte tempestive (senza eccessi) del caregiver permettono di proseguire anche in una situazione di pericolo, grazie alla fiducia di base che al ritorno egli sarà ancora presente e disponibile. Lo stato di allerta e il *freezing* del bambino che ha subito violenze sono prova di come un attaccamento ambivalente (C) inibisca l’usuale spontaneità e giocosità e ancora, il tentativo di ridurre al minimo i bisogni di attaccamento nel caso di stile evitante (A) dà conferma di quanto l’accettazione e la responsività siano fondamentali. Un ulteriore pattern di attaccamento insicuro è quello di tipo disorientato/disorganizzato (D) che presenta una gamma di comportamenti confusi o stereotipati (per es. camminata all’indietro, sguardo fisso nel vuoto) quando i bambini vengono riuniti ai genitori (Holmes, 1994). In linea di principio, ciò che le madri dei bambini con attaccamento insicuro hanno in comune è l’incapacità di “sintonizzazione” di cui parla Stern (1987). Questa incapacità porta alla *non* sintonizzazione della risposta della madre ai bisogni del bambino, a un generale “deragliament” che intralcia e ostacola lo sviluppo del senso di sé (Beebe & Lachmann, 1988), perché la sintonizzazione insieme all’empatia e alla mentalizzazione, fonda i cardini dei meccanismi di relazione e permette al soggetto di venire a conoscenza dello stato psichico dell’altro avvalendosi di un linguaggio non verbale. Daniel Stern definisce la prima organizzazione percettiva del bambino come percezione *amodale*, che poi si specializza per diventare *modale* tramite la sintonizzazione degli affetti (Stern, 1987). La sintonizzazione richiede alla madre la capacità di partecipare allo stato affettivo, alle attenzioni e alle intenzioni del suo bambino e di fornire dei feedback che includono ed esprimono le peculiarità di un sentimento condiviso. Possiamo intendere le sintonizzazioni affettive come una nuova categoria comportamentale che trasmoda

il meccanismo dell'imitazione in quanto il caregiver, pur non ripetendo l'esatto comportamento del bambino, ne adotta uno che corrisponde ad esso; è un processo definito inconsapevole e trans-modale per cui le modalità espressive della madre e del bambino sono differenti, ma esiste una corrispondenza puntuale tra le espressioni degli stati emotivi (Gilardi, 2021). I continui e ripetuti comportamenti di sintonizzazione permettono al bambino di divenire gradualmente consapevole di quel suo stato affettivo e gli permettono di comprendere che gli stati d'animo interni sono delle esperienze affettive che possono essere condivise, consapevolezza che permette il passaggio oltre l'autocentratura e che sta quindi alla base dell'intersoggettività. Gergely e Watson (1996) propongono la teoria del *biofeedback sociale del rispecchiamento genitoriale* secondo cui il significato dei stati interni viene appreso dapprima osservandone il riflesso negli altri e poi associandolo agli effetti comportamentali che seguono le espressioni delle emozioni. Questa concettualizzazione si avvicina a quella di Bion (1962) di *rêverie* e a quella di Winnicott (1974) di *madre sufficientemente buona*. Attraverso la sintonizzazione e un rispecchiamento contingente, la madre insegna al bambino a regolare le sue emozioni e a dare un significato ai sentimenti e alle percezioni, in una continua conversione e traduzione di qualità percettive in qualità affettive agendo come biofeedback sociale, proprio come avviene per le funzioni somatiche monitorate e controllate da un analogo processo di feedback. Per confermare quanto profondamente le relazioni, in particolare quelle primarie, condizionino la vita degli individui e le loro relazioni future, la biologia comportamentale – che sta alla base della teoria dell'attaccamento – sottolinea come un legame sicuro, principalmente tra genitori e figli, offra una maggiore possibilità di sopravvivenza all'interno dell'originario ambiente di adattamento evolutivo (Holmes, 1994). D'altra parte, sempre più ricerche affermano che un attaccamento insicuro può rivelarsi un rilevante innesco per lo sviluppo di una psicopatologia. È importante tenere a mente che la relazione tra insicurezza dell'attaccamento e psicopatologia è articolata e non lineare e che quindi l'insicurezza del legame di attaccamento nell'infanzia andrebbe considerato come variabile evolutiva in grado di aumentare la probabilità di sviluppare un disturbo. Il legame di attaccamento di per sé non è sufficiente a predire una traiettoria evolutiva, ma se associato al venir meno di altre capacità ad esso correlate come il riconoscimento delle emozioni, la regolazione emotiva o la capacità di mentalizzare, può essere un fattore di rischio profondamente rilevante (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Il disturbo borderline di personalità correla generalmente con un attaccamento di tipo disorganizzato (D), per definizione associato a esperienze traumatiche infantili (Westen et al., 2006) come dimostrato dalle ricerche sopracitate di Herman e van der Kolk. In riferimento alla concettualizzazione di Bowlby, quel senso di base sicura di cui sopra, viene meno nel paziente

borderline e sono probabili forme estreme di ambivalenza ed evitamento a qualsiasi forma di coinvolgimento anche durante la terapia (Gabbard, 1995) come difesa in risposta al trauma che le relazioni intime hanno implicato per il paziente in passato (Holmes, 1994). La disorganizzazione dell'attaccamento coincide con la disgregazione della struttura del Sé, il cui sviluppo avviene all'interno delle relazioni primarie insieme all'apprendimento della capacità di mentalizzare, che in questa cornice sarà molto debole (Van Der Kolk et al., 1994).

## **2.2. La mentalizzazione**

Nella teoria dell'attaccamento è compreso un altro concetto chiave che fa riferimento alla capacità di natura rappresentazionale di percepire se stessi e gli altri e di ragionare sui propri e gli altrui comportamenti in termini di stati mentali: la *mentalizzazione* (Fonagy, 1998). L'efficacia di questa capacità determina sia la dimensione intrapsichica e riflessiva del Sé, sia la parte più interpersonale, per tale motivo è una componente essenziale per l'organizzazione del Sé.

Il processo di mentalizzazione si forma grazie allo sviluppo della corteccia prefrontale ventromediale (vmPFC), area che rende possibile oltre alla capacità di pensare il pensiero dell'altro, anche la realizzazione della sintonizzazione e dell'empatia, processi fondamentali nell'interazione umana. Il processo di mentalizzazione può realizzarsi solo nel momento in cui tutte le strutture di base e i circuiti neurali sono completamente maturati perché necessita di abilità cognitive specifiche tra cui: sostenere l'attenzione, intendere i fraintendimenti, assegnare qualità mentali e capire gli stati emotivi (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Nei primi anni di vita i bambini non sono in grado di discernere completamente la realtà esterna dagli stati mentali, essi vengono equiparati alla realtà in una modalità di esperienza del mondo che definiamo *equivalenza psichica* o *equazione simbolica* (Segal, 1957), volendo considerare non solo la relazione tra interno ed esterno, ma anche tra significante e significato. La mentalizzazione porta con sé un elemento intrapsichico e uno interpersonale che forniscono idealmente la capacità di distinguere tra realtà interna ed esterna, tra equivalenza psichica e il suo complemento evolutivo: il "*far finta*". La modalità del "*far finta*", attuata dalla madre tramite il gioco, permette al bambino di comprendere e distinguere la realtà dagli stati mentali, perché nel gioco può immaginare che i vincoli della realtà scompaiano. A partire dai quattro anni, contemporaneamente al completamento dello sviluppo dell'ippocampo – struttura a cui presiede la memoria autobiografica –

sopraggiunge con il delinarsi della *modalità riflessiva*, l'integrazione delle due modalità di *equivalenza psichica* e del "*far finta*" (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Il bambino diventerà capace di distinguere e comprendere il suo Sé nella misura in cui la madre si focalizzerà sui suoi stati interni, attribuendo con il suo comportamento uno stato mentale al bambino e trattandolo come un agente mentale, ovvero come un individuo provvisto di propria mente; sarà questo lo slancio che permetterà al bambino di riconoscersi mentalmente. L'esperienza di sé o quella di essere provvisti di una mente non è geneticamente data, è necessario che si evolva durante l'infanzia grazie all'interazione con menti più mature, rispecchianti, e sufficientemente sintonizzate. L'attaccamento sicuro e un genitore attento e responsivo sono pertanto alla base di una buona comprensione degli stati interni, ma non sono sufficienti. È determinante la capacità di mentalizzare anche dei genitori, ovvero l'essere in grado di tenere a mente la mente del bambino (*genitorialità riflessiva*). Midgley (2019) ricorda che uno dei compiti vitali del genitore è quello di "trasmettere la posizione mentalizzante" e aiutare il bambino a utilizzare la mentalizzazione per diventare consapevole dei suoi stati interni e per arricchire le sue relazioni intime, diventando capace di organizzare delle risposte comportamentali adeguate al contesto. I genitori che non sono in grado di riflettere in modo comprensivo e responsivo sul mondo interno del bambino lo privano di un'esperienza psicologica nucleare, necessaria alla costruzione del senso di Sé. Fonagy sostiene che ripetuti fallimenti da parte del caregiver nel riconoscimento dello stato interno e dei bisogni del bambino durante la prima infanzia possano correlare con un eventuale sviluppo di forme di psicopatologia; la modalità dell'equivalenza psichica viene in questo modo rinforzata e porta il bambino a non distinguere la realtà interna da quella esterna generando una modalità claustrofobica e spaventosa di esperire il mondo (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Diversi fattori sono in grado di compromettere lo sviluppo metacognitivo, tra questi in primis i traumi psicologici precoci sono fra i più rilevanti poiché capaci di portare il soggetto a sviluppare una difesa rispetto ai pensieri e ai sentimenti altrui, cercando inconsciamente ma deliberatamente di inibirli; questo procedere in modo difensivo ostacola in questo modo i processi metacognitivi di monitoraggio nelle relazioni interpersonali. Traumi precoci, tra cui l'abuso da parte dei genitori o la trascuratezza, ostacolano lo sviluppo della teoria della mente del bambino che tenterà di impedire la rappresentazione secondaria degli eventi mentali come strategia per fuggire da un dolore che sarebbe intollerabile: il riconoscere un fine malevolo nella sua figura di attaccamento. Quando il trauma – come in questo caso – è legato all'attaccamento, si va incontro allo sviluppo di un paradosso che prevede la ricerca di conforto e protezione nel

genitore, spesso fonte stessa del trauma, tramite “una fusione regressiva con l’oggetto” (Holmes, 1994), , generando un cedimento della capacità di mentalizzare.

Fonagy e i suoi collaboratori (2001) hanno proposto la concettualizzazione del disturbo borderline come una modalità prementalistica di pensiero che ricorre all’equivalenza psichica, al “*far finta*” e a un pensiero *teleologico* all’interno di un globale fallimento della mentalizzazione (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Gli stati interni sono considerati solo per i loro scopi pratici e il non raggiungimento di una sufficiente capacità di mentalizzare è dovuto all’autoperpetuarsi di un particolare modo di funzionare, vale a dire una considerazione delle idee o dei sentimenti come equivalenti della realtà, con una conseguente esasperazione “dell’estensione delle loro implicazioni”. L’esperienza degli stati interni pertanto non viene sospesa dopo l’immediatezza del suo accadere, ma si estende nel tempo e nello spazio psicologico non consentendo all’individuo di “giocare con la realtà” e così, le idee e i sentimenti diventano tanto terrificanti da non poter essere pensati o provati (Fonagy & Target, 2001). I pensieri dei pazienti borderline possono essere molto rigidi e talvolta contraddistinti da tratti paranoidei; essi sono talvolta incompetenti nell’interrogarsi sui loro stati mentali spesso a causa della profonda sicurezza di non essere mai in errore. Queste peculiarità potrebbero essere esiti di quella modalità prementalistica di pensiero e forse ancora di più, esiti di Modelli Operativi Interni (Bowlby, 1969) fondati su esperienze traumatiche di maltrattamento e abuso. Sempre più studi confermano che il maltrattamento nuoce profondamente alle capacità riflessive e il senso del Sé del bambino; nel modello dello sviluppo della capacità di mentalizzare di Fonagy e Target (2001) viene osservato come i bambini vittime di abusi e maltrattamenti “rischiano uno scarso sviluppo del processo di mentalizzazione”. A questo proposito Schneider-Rosen e Cicchetti (1991) nel loro studio hanno rimarcato che i bambini vittime di maltrattamenti esperiscono emozioni negative o neutrali nell’identificazione di se stessi allo specchio e ancora, che i bambini maltrattati (tra i 3 e i 10 anni) utilizzano più di rado parole riguardanti i loro stati interni in un tentativo di controllo e difesa dall’ansia che tenta di escludere aspetti e contesti legati al maltrattamento, rischiando però un ritiro dal mondo mentale e una non sufficiente capacità di adattamento causata dall’incapacità di mentalizzare (Cicchetti & Beeghly, 1987).

Fonagy propone un “modello evolutivo dei processi di sviluppo” della personalità borderline costituito da uno stile di attaccamento disorganizzato che predispone a un collasso della mentalizzazione. Le relazioni instabili, la disfunzionale regolazione emotiva e molte altre caratteristiche della fenomenologia borderline possono essere comprese alla luce di questo precoce fallimento (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Il collasso della capacità di rappresentazione



secondaria è per il paziente borderline una misura di protezione adattiva che permette una vitale separazione e distanza dalla consapevolezza del desiderio del genitore di fargli male (Holmes, 1994). Da questa limitazione deriva la necessità di economizzare, tramite schematizzazioni che funzionano come euristiche di pensieri e sentimenti, rendendoli profondamente polarizzati in buono o cattivo, giusto o sbagliato, vero o falso (*scissione*). Nella relazione con un soggetto borderline emergono chiaramente le conseguenze della disattivazione della capacità di mentalizzazione, in particolar modo nel loro fallimento di considerare lo stato mentale attuale dell'ascoltatore, il che rende estremamente difficile cogliere il senso delle loro associazioni che sembrano costantemente sfuggire. Nella relazione con il terapeuta è possibile che il paziente sviluppi una disperata dipendenza dovuta oltre che al terrore dell'abbandono, anche dalla necessità della sua presenza fisica e concreta per poterlo concepire come oggetto mentalizzante e pensante; e ancora, molto spesso i parenti e le persone più vicine ai soggetti borderline riportano una generale crudeltà e violenza nei loro confronti date da uno sguardo ostile verso il mondo e dalla mancanza di un'efficace rappresentazione della sofferenza altrui che li predispone al maltrattamento. È qui necessario precisare che spesso le persone con BPD crescono con delle figure di attaccamento che appartengono esse stesse allo spettro borderline e pertanto, la componente ereditaria di questo disturbo non andrebbe mai trascurata (Holmes, 1994), le matrici relazionali della prima infanzia rimangono vive nella mente e si riattivano nelle relazioni a prova di quanto il passato sia in grado di ripetersi nel presente (Swenson, 1993).

### **2.3. Manipolazione e vergogna**

La modalità dei pazienti borderline di rovesciare la dimensione intrapsichica in quella intersoggettiva e l'intersoggettiva nell'intrapsichica, trova spiegazione nel meccanismo psicodinamico dell'*identificazione proiettiva* che la Klein (1946) descrive come meccanismo mediante il quale la persona proietta una parte "cattiva" e inaccettabile del Sé sull'oggetto, danneggiandolo dall'interno. Colui che proietta porta l'altro a pensare e a sentirsi secondo modalità che corrispondono alla proiezione (ad esempio, potrebbe portarlo a provare sentimenti sadici); il destinatario percepisce i sentimenti proiettati, si sente controllato e cerca di gestirli all'interno della sua personalità (Swenson, 1993). Anche sulla base di questo meccanismo, spesso il disturbo borderline di personalità viene associato a comportamenti e tentativi manipolatori e a questo riguardo Mandal e Kocur (2013) hanno svolto uno studio il cui scopo era di indagare la relazione tra BPD e "machiavellismo", ovvero la tendenza ad applicare

strategie di manipolazione sia nella vita quotidiana, sia in terapia. La ricerca prevedeva l'utilizzo di un'intervista qualitativa e del questionario MACH-IV (Geis & Christie, 1970), il campione era composto da 30 pazienti con diagnosi di BPD, 17 clinici e 30 persone nel gruppo di controllo. Il rationale da cui ha preso vita lo studio è la considerazione che i pazienti borderline tentano generalmente di controllare l'ambiente circostante, i conflitti, gli stati interni e sentono l'esigenza di esercitare un'influenza su persone e situazioni esterne. Secondo diversi autori non si tratta di azioni premeditate o razionali, quanto piuttosto di impulsi dettati dalla paura, dal senso di impotenza o dall'incapacità di gestire le emozioni negative. La fenomenologia del quadro clinico dei pazienti borderline indica che nella preponderanza dei casi le manipolazioni che adottano sono di natura difensiva e questo li differenzia in modo sostanziale dalle personalità narcisistiche o antisociali. I risultati della ricerca non hanno mostrato elevati punteggi al MACH-IV nei pazienti borderline, ma hanno notato punteggi inferiori rispetto al gruppo di controllo alla "Tactics scale", mostrando come preferiscano adottare strategie che implicino mentire, offendersi, minacciare di interrompere le relazioni e vittimizarsi anziché tecniche di seduzione o manipolazione. In generale, nonostante i soggetti borderline sottovalutassero i loro punteggi, il loro livello di manipolazione o "machiavellismo" non si è rilevato di tanto maggiore rispetto ai soggetti del gruppo di controllo. Tuttavia molte altre teorie sono in netta antitesi ai risultati di questa ricerca, ad esempio Perry & Klerman (1980) definiscono i pazienti borderline "senza tatto" e "senza alcuna considerazione dell'altro", costantemente intenti a "manipolare il clinico affinché si adegui al loro volere". A questa affermazione, si potrebbe rispondere con una riflessione che cerca di comprendere il motivo dell'incessante necessità di attivare l'altro, di suscitare in lui delle reazioni tramite le emozioni che, a partire dalla stessa radice etimologica implicano lo smuovere, il mettere in movimento, in questo caso, un comportamento altrui. È innegabile che le condotte dei pazienti borderline vengano talvolta percepite come manipolatorie, ma occorre tenere a mente che spesso non rispondono ad una logica consapevole e sono più frequentemente rivolte verso il loro mondo interno, piuttosto che verso quello altrui. Inoltre le espressioni di rabbia intensa sono spesso accompagnate da vergogna e da senso di colpa, e partecipano al sentimento di essere stati cattivi (Rossi Monti & Princigalli, 2009). La vergogna viene spesso riconosciuta come un'emozione che scaturisce in conseguenza a un'altra emozione, sempre secondaria e generalmente poco osservata nella psicopatologia borderline. Alcuni recenti autori, tuttavia, la considerano come un crocevia, un punto da cui originano alcune delle irrequiete manifestazioni emotive del borderline, come un suono costante in sottofondo che priva di una modalità di esistenza pacifica e che il paziente cerca di dissimulare perché il suo stesso riconoscimento, ne

significherebbe un'amplificazione. Nathanson (1994) è stato uno fra i primi autori a riconoscere il ruolo della vergogna nel disturbo borderline e anzi suggerisce che “la gravità, l'intensità, il grado, la consistenza e la pressione delle esperienze precoci di vergogna siano al centro dello sviluppo del disturbo di personalità borderline” (p. 806). La vergogna entra in gioco anche nel momento della dipendenza dall'altro, nelle vicende traumatiche della storia evolutiva, nella rabbia, negli agiti impulsivi, tutti momenti vissuti come sintomi di estrema debolezza, manifestazioni dietro alle quali si può udire il suono instancabile della vergogna e che non sopravviene solo *ex-post*, ma è punto di origine all'interno di quella rosa di emozioni che si può dispiegare in una tormentata e cronica disforia (Rossi Monti & Princigalli, 2009). Questa episodica e intensa disforia caratterizza una spiccata reattività dell'umore nella psicopatologia borderline, spesso difficile da gestire e spesso fonte di condotte aggressive, auto o eterodirette. Marsha Linehan (1993) ha considerato la perturbazione emotiva il nucleo generatore del disturbo e l'ICD-10 lo descrive come un ampio disturbo di personalità *emotivamente instabile*, classificandolo in due sottotipi: impulsivo e borderline (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Pertanto, alla luce della loro sostanziale rilevanza e influenza nella psicopatologia borderline, le emozioni e la loro regolazione verranno approfondite nel capitolo successivo in relazione alla dipendenza, agli agiti, al senso di vuoto e al difficile tentativo di oscillare fra queste emozioni rimanendo all'interno di una “finestra di tolleranza” poco tollerante.

## Capitolo terzo

### 3. Disregolazione emotiva e dipendenza in adolescenza

#### 3.1. Adolescenza

L'adolescenza è un periodo della vita che si estende tra i dodici e i ventiquattro anni, conosciuto in tutte le culture come un momento di grande sfida sia per chi lo vive, sia per coloro che ne ricevono gli effetti indiretti (Siegel, 2013). Per decenni filosofi, clinici, scienziati e in generale gli osservatori del comportamento umano hanno notato che l'adolescenza è un periodo di particolare importanza per l'insorgenza o l'intensificazione di varie forme di disturbo emotivo e comportamentale, inclusi molti disturbi internalizzanti (depressione o disturbi alimentari), esternalizzanti (delinquenza, violenza) e legati alla dipendenza (abuso e dipendenza da alcol o droghe) (Steinberg, 2002). Determinare un preciso inizio e fine dello sviluppo adolescenziale può essere molto difficile in quanto complessi paradigmi biologici, psicologici e sociali giocano unitamente come variabili intervenienti. Tenendo in considerazione la variabilità individuale e culturale la definizione più utile di adolescenza non è secondo le norme di età, ma considerando i compiti di sviluppo che vengono raggiunti durante questa fase e che possono essere separati in diversi domini come lo sviluppo fisico, cognitivo, psicologico e morale che sono in costante flusso e interazione fra loro (Hazen et al., 2008). Ad esempio, i cambiamenti fisici associati alla pubertà hanno un profondo impatto sul funzionamento sociale ed emotivo dell'adolescente e i confini tra i domini di sviluppo non sono sempre distinti. I cambiamenti a livello neurale corrispondono allo sviluppo di nuove capacità cognitive che a loro volta sono coinvolte nei cambiamenti della regolazione e dell'elaborazione emotiva (Hazen et al., 2008). Erik Erikson è il teorico più influente per quanto concerne lo sviluppo emotivo e lo ha concettualizzato come una serie di crisi durante le quali gli individui devono negoziare compiti difficili e spesso conflittuali per mantenere una traiettoria evolutiva attesa (Erikson, 1980). Erikson ha descritto le sfide dello sviluppo come crisi "binarie" che costringono l'individuo a scegliere una posizione emotiva più desiderabile ad esempio, il compito di sviluppo assegnato all'infanzia è descritto come fiducia vs sfiducia, suggerendo che se i bambini non imparano a fidarsi del mondo esterno svilupperanno un atteggiamento sospettoso e paranoico. Erikson considera l'adolescenza come un periodo di formazione dell'identità e di separazione dagli adulti, sostenendo che, se gli adolescenti non formano un senso coerente di sé e dei loro valori, mancheranno di un coerente

senso di identità man mano che progrediscono verso l'età adulta. Lo sviluppo di un'immagine di sé stabile è quindi uno dei principali obiettivi dello sviluppo psicologico durante l'adolescenza; infatti, una scarsa immagine di sé è correlata a molti dei principali problemi che possono emergere in questo periodo, tra cui difficoltà nelle relazioni con coetanei e familiari, depressione, comportamenti rischiosi, scarso rendimento scolastico e/o abuso di sostanze. Nel tentativo di consolidare la propria identità e sviluppare una crescente autonomia dai genitori, l'adolescente regredisce occasionalmente (lo sviluppo non può essere considerato un processo lineare) e diventa talvolta più bisognoso di cure da parte del caregiver (Hazen et al., 2008). Durante l'adolescenza i cambiamenti e gli sviluppi a livello neurale aiutano a sostenere l'emergere della mente adolescente originando quattro spinte sostanziali: *novelty seeking* (ricerca di novità), *impegno sociale*, *maggiore intensità emotiva* ed *esplorazione creativa* (Siegel, 2013). La *novelty seeking* emerge da una maggiore spinta alla ricompensa nei circuiti del cervello dell'adolescente che crea la motivazione interiore per provare qualcosa di nuovo e nuovi modi di esperire la vita che tuttavia conducono spesso all'assunzione di rischi che enfatizzano eccessivamente la ricompensa e che si traducono in comportamenti pericolosi e lesivi. L'*impegno sociale* migliora la connessione tra pari e permette di creare nuove amicizie, la spinta alla connessione sociale porta alla creazione di relazioni di supporto che sono i migliori predittori di benessere e felicità per tutta la durata della vita; nonostante ciò, adolescenti isolati dagli adulti e circondati solo da altri adolescenti sono esposti a maggior rischio e al totale rifiuto degli adulti (*ibid.*). Benchè l'aumento dell'*intensità emotiva* conferisca una maggiore vitalità all'esperienza, un'emozione intensa può essere troppo pervasiva e condurre all'impulsività, al malumore e alla reattività estrema. Infine, l'*esplorazione creativa*: l'adolescente è in grado di utilizzare delle strategie di *problem solving* inusuali grazie al suo nuovo pensiero concettuale e al ragionamento astratto. L'adolescenza quindi, con i suoi cambiamenti, può fornire tante opportunità quanti rischi (ad esempio quando si perde l'equilibrio e la sintonizzazione con le proprie emozioni) (*ibid.*).

### **3.1.1. Neurobiologia dell'adolescenza**

Come è già stato delineato, l'adolescenza è un periodo di grandi incoerenze, è la fase in cui si giunge al completo sviluppo fisiologico e interrelazionale; allo stesso tempo in questo periodo si assiste a un incremento della mortalità, contraddizione che ha ricevuto chiarimento nell'ambito delle neuroscienze le quali hanno mostrato che l'adolescenza è una fase di

cambiamenti drastici: in primo luogo la riorganizzazione cerebrale favorisce un maggiore controllo comportamentale, un maggior senso di identità personale e una maggiore flessibilità di controllo delle proprie reazioni e della gestione delle proprie motivazioni (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Il cervello adolescente affronta cambiamenti drastici anche nella sua morfologia: in tutta la corteccia cerebrale si verifica una perdita di materia grigia soprattutto in porzioni del lobo temporale e della corteccia prefrontale dorsolaterale (Sturman & Moghaddam, 2011). Studi sugli animali hanno mostrato che in questa fase si assiste al *pruning* sinaptico ovvero a un processo di eliminazione delle sinapsi. Inoltre, studi condotti su ratti hanno mostrato che l'attività spontanea dei neuroni della dopamina del mesencefalo raggiunge il picco durante l'adolescenza per poi diminuire e che i cambiamenti dello sviluppo nell'attività della dopamina possono essere alla base di comportamenti rischiosi e della vulnerabilità alla dipendenza (Sturman & Moghaddam, 2011). Durante l'adolescenza si verifica un aumento dell'attività dei circuiti neurali che utilizzano la dopamina, un neurotrasmettitore centrale nella spinta alla ricompensa. A partire dalla prima adolescenza l'aumento del rilascio di dopamina induce gli adolescenti a tendere verso esperienze entusiasmanti e sensazioni eccitanti. La ricerca suggerisce che il livello di base di dopamina è più basso, ma il suo rilascio in risposta all'esperienza è più alto, il che può spiegare perché gli adolescenti possono riferire di sentirsi "annoati" a meno che non siano impegnati in attività stimolanti e/o nuove (Siegel, 2013). Questo rilascio dopaminergico accentuato può portare l'adolescente a concentrarsi esclusivamente sulle ricompense positive, senza dare valore ai potenziali rischi che esse comportano. La tendenza alla ricompensa si manifesta nella vita degli adolescenti in tre modi importanti. In primo luogo, una maggiore *impulsività*, in cui i comportamenti si verificano senza una riflessione ponderata. Un secondo modo in cui l'aumento del rilascio di dopamina si manifesta è l'aumento del rischio di *sviluppare* una *dipendenza*: poiché tutti i comportamenti e le sostanze che creano dipendenza comportano il rilascio di dopamina, una maggiore inclinazione a ricercarla può diventare un ciclo di dipendenza. L'ultima manifestazione è l'*iper-razionalità* ovvero il modo di pensare in termini letterali e concreti, di analizzare solo i dettagli di una situazione e senza vedere il quadro generale dando più peso ai benefici calcolati di un'azione che ai suoi potenziali rischi. Questo processo cognitivo deriva dai centri di valutazione del cervello che minimizzano il significato di un risultato negativo e amplificano il significato dato a un risultato positivo; le scale che gli adolescenti usano per ponderare le loro opzioni sono quindi sbilanciate a favore del risultato positivo (*ibid.*). Tra gli adolescenti con BPD è stato rintracciato un pattern temperamentale a tratti opposti: un'elevata *novelty seeking* e un'elevata *harm avoidance* (evitamento del danno). A tal proposito i dati suggeriscono che "i

polimorfismi nel gene del trasportatore della serotonina potrebbero essere un fattore di rischio dello sviluppo di BPD” (Lingiardi & Gazzillo, 2014 p.359). I risultati degli studi di *imaging* strutturale mostrano riduzioni di volume nelle reti frontolimbiche e nella corteccia orbitofrontale cingolata anteriore (*ibid.*). Tuttavia, i risultati delle riduzioni di volume nell’amigdala e nell’ippocampo negli adulti con BPD non sembrano essere presenti nello sviluppo iniziale del disturbo. Recenti studi di risonanza magnetica su adolescenti con BPD hanno rivelato significative alterazioni della materia bianca, compresi i percorsi coinvolti nella regolazione delle emozioni e nel riconoscimento delle emozioni, suggerendo che una rete implicata nell’elaborazione delle emozioni sia interrotta o danneggiata nei pazienti adolescenti con BPD (Kaess et al., 2014). Infine, è stata riscontrata negli adolescenti con disturbo borderline una compromissione della capacità di differenziare e integrare la prospettiva del Sé con le prospettive degli altri e vari deficit nei “*theory of mind tasks*”, ovvero i compiti riguardanti la teoria della mente. Questo deficit sembra essere dovuto a un ragionamento sovra-interpretativo dello stato mentale altrui, ovvero a un’ipermentalizzazione che implica una sovrattribuzione degli stati interni altrui e che porta spesso a fraintendimenti che possono ostacolare lo sviluppo di relazioni interpersonali (*ibid.*).

### **3.1.2. Diagnosi di BPD in adolescenza e prevenzione**

La diagnosi di disturbo borderline è ora riconosciuta anche in adolescenza e come nella maggior parte dei disturbi è probabile che vi sia una correlazione tra la lunga durata della malattia e la prognosi più grave del disturbo borderline, per questo la diagnosi precoce del BPD è un obiettivo primario per i sistemi sanitari (Kaess et al., 2014). Nonostante ciò, lo stigma è un dannoso ostacolo alla diagnosi soprattutto se precoce; infatti il disturbo borderline è profondamente stigmatizzato tra i professionisti (Aviram et al., 2006) ma anche da parte del paziente in un’”auto-stigma”. La maggior parte delle persone con sintomi prematuri di BPD è visitata da un medico di base, un pediatra o un altro operatore sanitario e pertanto, la diagnosi precoce si basa sulla conoscenza degli indicatori clinici di BPD (riportati nella Tabella 2) e su un’efficace *network* fra i professionisti della salute mentale. Sebbene questi indicatori clinici possano essere utilizzati per identificare gli adolescenti che potrebbero essere a rischio di sviluppare BPD è importante tenere a mente che la loro specificità e gravità sono molto variabili (ad esempio, in adolescenza l’autolesionismo è più indicativo di BPD rispetto agli scatti d’ira). La crescente formazione e conoscenza riguardante questo disturbo e la riduzione dello stigma

tra i professionisti rendono molto più agevole la diagnosi e soprattutto interventi tempestivi e specifici che mirano a ridurre la compromissione del funzionamento dell'individuo per migliorare la prognosi degli adolescenti (Kaess et al., 2014).

*Tabella 2.* Segnali di allarme che possono indicare una possibile diagnosi di BPD in adolescenza

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Comportamenti autolesivi non suicidari ripetitivi</li><li>• Tentativi di suicidio</li><li>• Comportamenti impulsivi e rischiosi (p. es., binge drinking, abuso di sostanze, comportamento sessuale promiscuo)</li><li>• Sintomi sia interiorizzanti (sintomi depressivi, ansia) sia esternalizzanti (problemi di condotta, sintomi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività)</li><li>• Frequenti scatti d'ira e crisi pantoclastiche</li><li>• Frequenti problemi interpersonali e litigi (comprese le relazioni instabili)</li><li>• Autostima molto bassa, identità diffusa e insicura, mancanza di obiettivi nella vita</li></ul> |
|---|

(Kaess et al., 2014, p. 6)

Ad oggi i principali sistemi di classificazione diagnostica non hanno adottato criteri riguardanti lo sviluppo precoce del disturbo borderline e pertanto per gli adolescenti vengono utilizzati i criteri per individui adulti (APA, 2013). Uno studio di revisione di Sharp e Romero (2007) ha mostrato che nonostante il JBPD (*juvenile borderline personality disorder*) sia simile a quello che si sviluppa in età adulta, esistono importanti e profonde differenze tra essi. Ad esempio, i tassi di prevalenza per il JBPD sembrano essere generalmente più elevati rispetto al BPD fra gli adulti e si stima che la prevalenza femminile non si rifletta nelle popolazioni più giovani. In generale le differenze possono essere spiegate dal principio di “continuità eterotipica”, ovvero quando si osservano diverse manifestazioni sintomatiche (in età precoce e in età adulta), ma si può supporre la presenza di un medesimo processo di sviluppo (evolutivo o psicopatologico) (Sharp & Romero, 2007). Miller e collaboratori (2012) sostengono che il BPD sia un costrutto fondamentalmente dimensionale e che le manifestazioni sotto-soglia siano clinicamente rilevanti ( Miller et al., 2012). A tal proposito, un esempio è proposto nella Sezione terza del DSM-5, sebbene al momento non esista consenso tra i clinici su quale modello dimensionale dovrebbe essere adottato. I potenziali vantaggi di un approccio dimensionale includono una descrizione più dettagliata del paziente, una più abile capacità di identificare le condizioni sotto-soglia e di rilevare i cambiamenti nella sintomatologia (Kaess et al., 2014).

Sintetizzando, il disturbo borderline di personalità è stato identificato come uno dei principali disturbi segnalati per lo sviluppo di programmi di prevenzione e intervento, in primo luogo per



il suo tasso di frequenza nella pratica clinica (le stime cumulative di prevalenza suggeriscono che l'1,4% dei giovani fino ai 16 anni soddisfa i criteri diagnostici per il BPD e il 3,2% fino ai 22 anni) (Johnson et al., 2008), in secondo luogo per la sua pervasività e per le potenzialità di un intervento in questo periodo critico: i dati infatti suggeriscono una notevole flessibilità e malleabilità dei tratti relativi al disturbo nei giovani adolescenti, rendendo questo un periodo di sviluppo chiave durante il quale intervenire (Chanen & McCutcheon, 2013). Per quanto riguarda la prevenzione e la sensibilizzazione al disturbo, la prevenzione universale ovvero rivolta all'intera popolazione non può essere messa in atto in quanto la condizione non è sufficientemente diffusa e non esiste un intervento appropriato e adatto a tutti i soggetti. Attualmente la prevenzione *indicata*, vale a dire gli interventi mirati rivolti verso i soggetti esposti a importanti fattori di rischio per un successivo sviluppo del disturbo, è l'unica forma di prevenzione attuata (*ibid.*). Alcune caratteristiche temperamentali e di personalità quali disregolazione emotiva, rapporti interpersonali instabili, autolesionismo, abuso di sostanze e altri criteri specifici sono tutti segni e sintomi anticipatori che vanno tenuti in considerazione se presenti in un individuo adolescente (Kaess et al., 2014).

### **3.2. Emozioni, (dis)regolazione e finestra di tolleranza**

#### **3.2.1. Emozioni e regolazione emotiva**

Rispetto all'infanzia gli adolescenti stabiliscono differenti tipi di relazione ampliando la loro cerchia sociale. In adolescenza il lobo frontale responsabile del giudizio e dell'inibizione è sottosviluppato rispetto all'intero sistema limbico, responsabile dell'elaborazione emotiva. Pertanto, di fronte a situazioni emotive stimolanti si verifica un'"attivazione di forti pulsioni, intensità emotiva e *sensation seeking*", che non può essere controllata facilmente. Per questi motivi gli adolescenti mostrano maggiori difficoltà nella regolazione emotiva rispetto agli adulti e ai bambini (Dahl, 2004). La disregolazione emotiva può essere generalmente definita come "l'esperienza frequente e intensa di emozioni combinata con l'incapacità di far fronte al loro verificarsi" (Matusiewicz et al., 2014 e Ibraheim et al., 2017). Più in generale il disturbo borderline è stato spesso considerato il "disturbo della disregolazione" con diverse aree implicate: delle relazioni interpersonali, del comportamento, dell'identità e della cognizione (Chanen & McCutcheon, 2013). A tal proposito già Marsha Linehan aveva circoscritto il nucleo deficitario del BPD in una limitata capacità di regolazione delle emozioni (Caviglia et al.,

2014). Al fine di comprendere al meglio cosa si intende per disregolazione, può essere utile approfondire i concetti di regolazione e autoregolazione.

Già dai primi anni di vita l'obiettivo fondamentale del bambino è il raggiungimento di un'omeostasi, di un'autoregolazione che si deve alle strutture del tronco cerebrale che si occupano di mantenere in equilibrio i cicli di sonno-veglia, la respirazione, l'equilibrio idrico, e altre funzioni vitali di base (Siegel, 2001). Il caregiver gioca in questa fase un ruolo fondamentale e ha come obiettivo il facilitare questi processi e permettere col tempo che il bambino impari a modulare stati interni molto più articolati. I processi di regolazione si sviluppano intrecciandosi alle interazioni sociali, fondamentali per permettere che intorno ai dodici mesi il bambino diventi un individuo "emotivo" e non più solo "reattivo". Più tardi, con il progredire dello sviluppo delle strutture cerebrali, troveranno vita meccanismi di autoregolazione sempre più complessi (*ibid.*). All'interno di questo complesso sviluppo:

"l'emozione, e l'esperienza dell'emozione rappresentano le espressioni dirette dei livelli più alti di bioregolazione negli organismi complessi. Se non consideriamo le emozioni, capire l'insieme dei processi di bioregolazione diventa impossibile" (Damasio, 1998 in Siegel, 2001 p. 236).

Definire l'emozione e la sua natura è un'operazione molto complessa che dovrebbe tenere in considerazione tutte le teorie e tutte le ipotesi fino ad oggi proposte: neurofisiologiche, costruttiviste ed evolutive. Per diversi decenni si è tentato di circoscrivere e delineare i confini dell'emozione, senza tuttavia risultati univoci in quanto esse non sono relegate unicamente in determinate aree cerebrali piuttosto, queste aree si occupano della mediazione di attività complesse che influenzano i processi della mente e per questo motivo secondo alcuni autori le emozioni sono processi che coinvolgono l'intero cervello (LeDoux, 1996) e sono in continua relazione con l'ambiente relazionale circostante. Daniel Siegel propone una definizione di emozione che può essere utile ed efficace: "*fenomeni dinamici creati all'interno dei processi cerebrali di valutazione dei significati, che risentono direttamente di influenze sociali*" (Siegel, 2001 p. 123). Le emozioni svolgono un compito fondamentale nel coordinare le attività della mente; la regolazione degli stati interni è il fattore che più influenza l'autoorganizzazione, vale a dire le modalità con cui il Sé organizza i suoi processi. Le modalità di interazione con il mondo esterno e con gli altri sono profondamente condizionate dal modo di regolare le emozioni e per questo stati di disregolazione emotiva possono essere intesi come risultati di un fallimento nel costruire delle risposte adattive nei confronti della realtà interna ed esterna. La capacità di regolazione può essere influenzata da fattori biologici, esperienze passate, patologie psichiatriche o disturbi di personalità; ad esempio nelle forme di attaccamento disorganizzato

dei soggetti borderline i bambini apprendono come utilizzare la dissociazione dei processi mentali in risposta a condizioni di stress elevato con il rischio di portare all'emergere di stati non coesi o disorganizzati della mente (*ibid.*). Secondo Siegel (2001) la regolazione delle emozioni è costituita da sette componenti essenziali che possono aiutare a comprendere le strategie di organizzazione della mente, quali: “*modulazione dell'intensità, sensibilità, specificità, finestre di tolleranza, processi di ritorno entro i margini di tolleranza, accesso alla coscienza ed esperienze esteriori*” (Siege, 2001 p. 240) che verranno di seguito sinteticamente esposte. L'*intensità* delle reazioni è modulata dal cervello che riesce a variare il numero di neuroni attivi e di neurotrasmettitori rilasciati in risposta ad un impulso così che l'intensità e le risposte emotive in seguito alla valutazione possano essere ridotte o amplificate. A tal proposito, diversi studi hanno dimostrato che in seguito alla somministrazione di farmaci volti a diminuire gli stati di attivazione fisiologica i soggetti reagivano in modo indifferente agli stimoli e provavano emozioni primarie meno intense (Lyra & Winegar, 1997). Inoltre, l'intensità può essere determinata anche da fattori biologici come ad esempio il temperamento, un'attivazione frontale bilaterale, oppure da esperienze passate (Dawson, 1994). È importante non confondere il concetto di intensità con quello di *sensibilità*, nonostante anche esso sia determinato da fattori costituzionali e dalla storia dell'individuo. L'intensità è influenzata anche dallo stato della mente in un preciso momento, per cui alcune risposte emotive possono sembrare esagerate, oppure la sensibilità può essere ridotta rispetto agli stimoli esterni. Di nuovo, è il cervello a modulare la sensibilità all'ambiente regolando i livelli di stimolazione utili per attivare i sistemi di valutazione, ma esperienze significativamente intense da un punto di vista emotivo possono portare a dei cambiamenti cronici in termini di sensibilità. Un'altra componente fondamentale è la *specificità* dei processi di valutazione, vale a dire i diversi modi con cui i centri di valutazione attribuiscono un significato alle rappresentazioni. La specificità influenza la capacità di riconoscere gli stati emotivi primari e i diversi parametri di valutazione sono per la maggior parte determinanti della personalità (per questo motivo due persone possono reagire in maniera opposta di fronte al medesimo stimolo). È possibile rintracciare le radici dell'organizzazione di base dei processi di valutazione nella teoria dell'evoluzione che spiegherebbe la trasmissione dei soli sistemi di valutazione che permettono la sopravvivenza e che sono in grado di apprendere dalle esperienze pregresse. Fra i vari processi di regolazione delle emozioni anche la *coscienza* gioca un ruolo vitale, essa è in grado di influenzare il risultato dei processi emozionali permettendo l'autoriflessione che rende possibile il raggiungimento di particolari obiettivi e la messa in atto di risposte adattive. Ancora, le emozioni sono una modalità di comunicazione fondamentale ed efficace soprattutto nei primi giorni di vita dove

permettono lo stabilirsi di un rapporto di sintonizzazione tra genitore e figlio (*ibid*). Gli stati interni possono anche essere comunicati tramite le *espressioni esteriori* che possono variare da cultura a cultura in base alle norme spesso non scritte che definiamo *display rules* (Malatesta-Magai, 1991). Il concetto di espressione esteriore non si limita però solamente alla cultura: esso è di fondamentale importanza se si pensa a come la regolazione dell'espressione delle emozioni possa aiutare la mente a regolare i suoi stati di attivazione riducendo tutti quei meccanismi di feedback attraverso i quali espressioni e risposte corporee, se percepite dalla mente, amplificano lo stato emozionale che le ha originariamente create (Siegel, 2001). I risultati di uno studio di Silvers e collaboratori (2012) hanno mostrato che i processi di regolazione delle emozioni sono influenzati dall'età, dai fattori situazionali e dalle differenze disposizionali; la loro ricerca è fondamentale per la comprensione dello sviluppo di differenze individuali e di forme di psicopatologia. I risultati hanno rilevato che le differenze legate all'età nella riuscita della regolazione emotiva sono maggiori per gli stimoli sociali rispetto a quelli non sociali e che gli individui con alto livello di sensibilità al rifiuto (*rejection sensitivity*) avevano meno successo nel regolare le risposte emotive agli stimoli avversi, effetto più forte in giovane età. Questi dati suggeriscono che imparare a regolare le risposte emotive è una sfida e un compito evolutivo che per la maggior parte degli individui viene superato durante l'adolescenza mentre altri individui, soprattutto se con un alto livello di sensibilità al rifiuto, possono sviluppare una bassa percezione dell'autostima e sperimentare un funzionamento interpersonale ridotto durante la media e la tarda adolescenza (Silvers et al., 2012). Nonostante i recenti sforzi per cercare una forte correlazione fra disregolazione emotiva e disturbo borderline negli adolescenti, molte domande rimangono senza risposta sul ruolo e la natura della disregolazione emotiva nello sviluppo del BPD; la maggior parte dei modelli che hanno tentato di concettualizzare il disturbo borderline riconoscono infatti la disregolazione emotiva come una caratteristica clinica centrale del disturbo (Matusiewicz et al., 2014a). Tre dei nove criteri diagnostici del DSM-5 per il disturbo borderline riguardano aspetti della disfunzione affettiva tra cui la reattività dell'umore, la rabbia intensa, sensazioni croniche di vuoto e instabilità emotiva (APA, 2013). Tuttavia, le teorie psicoanalitiche e psicodinamiche considerano le difficoltà emotive come secondarie rispetto ad altre caratteristiche centrali del disturbo come l'attaccamento disorganizzato, l'incapacità di mentalizzare (Fonagy et al., 2011) o reazioni difensive a traumi psicologici prolungati (Herman & van Der Kolk, 1987). Al contrario, i modelli comportamentali (biosociali) propongono che la disregolazione emotiva sia la caratteristica distintiva del BPD e suggeriscono che giochi un ruolo chiave nello sviluppo del disturbo (Linehan, 1993) e così, gran parte della ricerca sulla disregolazione emotiva nel disturbo borderline è interpretata

all'interno di questa cornice teorica. Secondo il modello biosociale i bambini a maggior rischio di disregolazione emotiva estrema (e di sviluppare un BPD) sono biologicamente predisposti a sperimentare una maggiore affettività negativa, sensibilità e intensità emotiva e mostrano un'elevata impulsività di tratto. Queste vulnerabilità biologiche sono amplificate da relazioni interpersonali in ambienti di cura invalidanti, non sintonizzati e incoerenti in cui i bambini non imparano a identificare, modulare o tollerare le loro risposte emotive (Crowell et al., 2009). Nel tempo questi schemi disadattivi si ripetono e si rafforzano, portando, se sono presenti altri fattori di rischio citati nei capitoli precedenti, a una diagnosi di disturbo borderline di personalità. Generalmente chi è a maggior rischio di sviluppare questo disturbo sono gli individui che sperimentano disfunzioni affettive e che hanno un accesso limitato a strategie efficaci per modulare l'intensità e la durata delle esperienze emotive. In uno studio Sharp e collaboratori (2011) hanno esaminato la relazione tra BPD e difficoltà di regolazione delle emozioni in un campione di adolescenti pazienti di una clinica psichiatrica ospedaliera (N = 190, età media 15,4, 59% femmine). I risultati hanno suggerito che esiste una relazione profonda tra i problemi di regolazione emotiva e la sintomatologia del disturbo borderline ed è stata riscontrata una significativa differenza tra la popolazione clinica in trattamento ospedaliero e gli adolescenti "non clinici": all'interno del campione non clinico la gravità dei sintomi legati al disturbo borderline era associata a maggiori problemi di disregolazione emotiva. Questo ha dimostrato che gli adolescenti con disturbo borderline possono sperimentare difficoltà più gravi nella regolazione delle emozioni soprattutto a causa della mancanza di accesso a strategie di regolazione, di cui invece gli adulti con disturbo borderline erano in possesso (Sharp et al., 2011; Matusiewicz et al., 2014)

Ritornando alle sette componenti della regolazione emotiva Siegel inserisce tra esse anche le finestre di tolleranza e i processi di ritorno entro i margini, che verranno di seguito delineate.

### **3.2.2. Finestre di tolleranza**

Siegel (2001) afferma che tutti gli individui possiedono una finestra di tolleranza, ovvero una finestra all'interno della quale diversi stati emotivi con diversa intensità, possono essere valutati senza compromissione del funzionamento del sistema. Alcuni individui riescono a gestire senza difficoltà livelli di intensità molto superiori alla media senza compromettere il pensiero o il comportamento; per altri individui invece, le emozioni anche se poco intense possono offuscare la mente e le sue attività generando pensieri e comportamenti disorganizzati a causa di livelli

di *arousal* che superano i margini di tolleranza. I margini possono essere molto ristretti in alcuni individui, facendo sì che gli stati emozionali siano consci solo se si supera il limite della finestra; al contrario, in altri individui la mente è in grado di tollerare livelli di *arousal* molto elevati rendendo gli stati emotivi accessibili alla coscienza indipendentemente dalla loro valutazione positiva o negativa. Il contesto sociale, i fattori legati al patrimonio genetico o a esperienze passate sono in grado di variare l'ampiezza della finestra di tolleranza di ciascuno. Il sistema nervoso autonomo è essenziale nei processi di regolazione e rientro nei margini della finestra: una volta superati i limiti superiori l'attività del sistema *simpatico* si manifesta con una generale sensazione di allerta, mentre al contrario un'eccessiva attivazione del sistema *parasimpatico* può portare a una reattività inferiore dell'attività mentale; è altresì possibile un'attivazione contemporanea dei due sistemi che può generare una sensazione di perdita di controllo o di rabbia esplosiva in cui il pensiero logico e razionale diventa irraggiungibile e in cui predominano reazioni automatiche in cui i processi di autoregolazione emotiva sono bloccati (Siegel, 2001). Questo è il caso del disturbo borderline di personalità in cui si verifica una marcata difficoltà a controllare la rabbia, tanto da essere uno dei nove criteri del DSM -5 (American Psychiatric Association, 2013). Il superamento della finestra di tolleranza comporta dunque un'inibizione dei meccanismi percettivi, lasciando spazio ad attività sensoriali più elementari sebbene in questo stato risulti impossibile riflettere sulle proprie emozioni (Siegel, 2001). In altre parole, la finestra di tolleranza può essere definita come una zona di attivazione autonoma nella quale si elabora l'esperienza. L'intensità delle emozioni dovrebbe idealmente trovarsi nella zona media della finestra affinché l'elaborazione non interrompa il funzionamento del sistema (Gonzalez, 2021). È bene precisare che il termine *tolleranza* non si riferisce tanto alla quantità di emozione che sente l'individuo, ma a quanto accettabile è per il soggetto sentire quell'emozione. Sebbene la situazione ottimale implicherebbe un'intensità media delle emozioni e un'adeguata tolleranza delle stesse, alcuni autori sostengono che il sistema nervoso umano non funzioni in modo così lineare e semplice, mettendo quindi in evidenza alcuni problemi inerenti a questo concetto. In primo luogo è necessario tenere in considerazione più aree per poter spiegare in modo esaustivo l'elaborazione e la regolazione emotiva; inoltre, sarebbe necessario distinguere i diversi tipi di emozione e le loro basi neurobiologiche anziché considerare le caratteristiche generali di tutte le emozioni (*ibid.*). Infine, il modo in cui il soggetto comunica il proprio stato emotivo e il grado di consapevolezza dell'attivazione non sono fenomeni equivalenti se si pensa ad esempio ai soggetti alessitimici che possono esperire emozioni molto intense, senza consapevolezza di ciò che sentono e della motivazione ad esse connesse.

Secondo alcuni autori il modello di Siegel è valido, sebbene abbia riscontrato una serie di problemi quando lo si è applicato in ambiti più complessi, come ad esempio il tentativo di spiegare la dissociazione a partire dal concetto di finestra di tolleranza. Il limite del modello di Siegel è che “considera la dissociazione come una risposta ad uno dei due estremi (iper/ipo) del continuum dell’intensità emotiva, e non lascia spazio ai cambiamenti netti di stato emotivo, propri del modello della dissociazione-compartmentazione”. I disturbi dissociativi più gravi, tuttavia, sono contraddistinti dalla frammentazione della coscienza e dell’identità, e più autori considerano l’alternarsi fra diverse parti della personalità il meccanismo cardine della dissociazione rendendo difficile utilizzare il modello di Siegel per concettualizzare questi disturbi (*ibid.* p. 106).

Siegel (2001) completa la sua concettualizzazione parlando anche di *processo di ritorno nei margini della finestra*. Per alcuni soggetti il controllo degli stati emotivi può essere molto complicato, come ad esempio per i pazienti borderline che possiedono già in principio una finestra di tolleranza molto ristretta (*ibid.*). Il disturbo borderline trova infatti ampio riscontro entro i concetti di disregolazione emotiva e finestra di tolleranza. La letteratura sul BPD ha rilevato che la regione frontolimbica – una delle regioni a cui si deve la modulazione della regolazione emotiva, evidentemente compromessa nel BPD – è un substrato neurale predominante alla base del disturbo. Il disturbo borderline è comunemente associato a una più generale compromissione in diversi domini tra cui le relazioni interpersonali, il controllo degli impulsi e il funzionamento cognitivo (Hughes et al., 2011), tuttavia la disregolazione affettiva viene ritenuta la caratteristica cardine del disturbo, confermato dai dati di uno studio di Zanarini e colleghi (2004) che ha rilevato che il 90% di pazienti diagnosticati con BPD soddisfa questo criterio. I soggetti borderline, in quanto incapaci di regolare i loro stati emotivi, mettono in atto alcune strategie di regolazione mirate a modulare le emozioni prima che esse si verificino o al fine di plasmarle una volta percepite (Carpenter & Trull, 2013). Nonostante questi tentativi la letteratura mostra che gli individui con BPD possiedono una minore consapevolezza emotiva e una scarsa *granularità emotiva*, ovvero una scarsa capacità di distinguere i differenti stati interni (*ibid.*). La bassa *granularità emotiva* porta i soggetti a descrivere le emozioni in termini molto generici o superficiali come ad esempio “*mi sento bene*”, senza riferimenti specifici a ciò che esperiscono (Suvak et al., 2011). Suvak e collaboratori (2011) hanno misurato in uno studio la *granularità emotiva* di 46 individui con diagnosi di disturbo borderline confrontandoli con le valutazioni di altri 51 soggetti di un gruppo di controllo: gli individui borderline hanno ottenuto punteggi significativamente inferiori rispetto al gruppo di controllo sulle scale di chiarezza emotiva, etichettatura dello stato interno ed etichettatura emotiva relativa all’eccitazione e alla

valutazione dell'emozione. La scarsa capacità di riconoscimento delle emozioni e conseguente regolazione delle stesse ha delle importanti risonanze anche sulla finestra di tolleranza dei pazienti, che come già affermato, presentano una finestra ridotta in partenza e molto rigida nel permettere al soggetto di rientrare entro i propri margini. In un altro studio Anestis e collaboratori (2012) hanno misurato come il BPD interagisca attivamente con il comportamento suicidario e con la tolleranza al *distress* (vale a dire il grado in cui un individuo è capace di sopportare stati psicologici avversi). I risultati sono stati coerenti con le ipotesi degli autori mostrando tentativi di suicidio più frequenti tra i pazienti borderline con un'elevata tolleranza al *distress*. Lo studio ha deciso di prendere in considerazione la tolleranza al *distress*, in quanto la letteratura evidenzia associazioni significative tra un basso DT e una serie di comportamenti disadattivi che possono correlare con il suicidio e l'uso di sostanze. Questi comportamenti disadattivi affondano le radici nell'impulsività dovuta alla disregolazione emotiva e nella frequente esperibilità delle emozioni in modalità esplosiva. Zanarini e Frankenburg (1997) hanno parlato di un temperamento iperbolico dell'emotività borderline, ovvero di uno stile che tende costantemente all'eccesso, alla ricerca di sensazioni forti per riempire parte di quei cronici sentimenti di vuoto. Il disturbo borderline, tuttavia, non è caratterizzato unicamente dalla ricerca di emozioni forti o più in generale di *hyperarousal*. Dai risultati di uno studio di Cavazzi e collaboratori (2014) condotto con strumenti in grado di misurare variazioni psicofisiologiche si è evinto che contrariamente all'*hyperarousal* proposta nella teoria biosociale il BPD è associato anche a *hypoarousal* e ipo-reattività a stimoli con valenza non emotiva. Per comodità è possibile utilizzare la finestra di tolleranza di Siegel anche per concettualizzare i livelli di *arousal*. Tale concetto suggerisce che gli individui godono di un livello ottimale di arousal quando si trovano all'interno dei margini di tolleranza della propria finestra, che consente alle emozioni il libero fluire fra livelli alti e bassi ed è una condizione definita *calm arousal*. L'*hyperarousal* invece attiva il sistema nervoso simpatico e si manifesta sottoforma di ansia, ipervigilanza, rabbia, insonnia o più in generale sottoforma di emozioni pervasive. Contrariamente l'*hypoarousal* può verificarsi in seguito a livelli di arousal troppo bassi, in questo caso si attiva il sistema nervoso parasimpatico manifestandosi sottoforma di depressione, anedonia, fatica cronica e bassa pressione sanguigna (Gill, 2017). La disregolazione nel disturbo borderline può essere guardata anche alla luce di due dei nove criteri proposti dal DSM-5 (APA, 2013) che riflettono le due polarità della finestra di tolleranza: il criterio 7 "persistenti sentimenti di vuoto" che idealmente sarebbe collocato sotto il margine inferiore e il criterio 8 "rabbia impropriamente intensa o problemi di controllo della rabbia" collocato sopra il margine superiore. Essere all'interno di un margine di tolleranza molto più



limitato rispetto alla media fa sì che il passaggio dal *calm arousal* verso l'*hyper* o *hypo* arousal sia molto semplice e molto frequente. La mancanza di capacità di regolazione emotiva porta il soggetto borderline a mettere in atto dei comportamenti sostitutivi e rischiosi che complicano ulteriormente il quadro clinico (guida veloce, crisi pantoclastiche, rapporti sessuali promiscui, dipendenze) (Mosquera et al., 2014). Questi comportamenti funzionano come strategie di regolazione dell'arousal e come tentativi di rientrare all'interno dei margini della finestra di tolleranza (Sottocorno, 2019).

### **3.2.3. Sentimenti cronici di vuoto**

Il sentimento cronico di vuoto è caratteristico della personalità borderline ed è spesso accompagnato da una incertezza sulla propria identità, che si estende ad altre aree come l'orientamento sessuale, i propri obiettivi, i valori personali e professionali, la capacità di distinguere i propri pensieri e sentimenti da quelli degli altri, l'immagine del proprio corpo e di sé (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Questi sentimenti si amplificano quando il paziente borderline viene lasciato da solo a causa del terrore che solitamente prova di fronte alla solitudine che spinge l'individuo a ricercare compulsivamente delle relazioni in cui verranno riversati i conflitti e le angosce fino a farle diventare ulteriori fonti di rabbia e paura. Anche l'ICD-10 (World Health Organization, 2007) nella distinzione fra il *tipo impulsivo* e il *tipo borderline* inserisce all'interno di quest'ultimo la sfera di stati interiori legati ai sentimenti cronici di vuoto, tra cui i disturbi dell'immagine del sé e le relazioni interpersonali instabili. Il rapido mutare delle emozioni fino a crescere vertiginosamente tanto da sfuggire al controllo del soggetto sono determinanti del senso instabile di sé in cui tutto diventa mutevole e oscilla da un estremo all'altro, lasciando sottotraccia quei dolorosi sentimenti di vuoto (Lingiardi & Gazzillo, 2014). David Klonsky (2008) ha svolto un interessante studio nel tentativo di chiarire questo stato interiore, partendo dal presupposto che a suo parere il vuoto è stato oggetto di poche ricerche empiriche e di una scarsa e non adeguata concettualizzazione. La relazione tra vuoto, noia e altri stati affettivi è incerta ed è molto difficile ricavare dettagliate descrizioni verbali del senso di vuoto da parte dei pazienti. Lo studio delle implicazioni cliniche e del significato del senso di vuoto ha mostrato una trascurabile relazione fra quest'ultimo e la noia, mentre è risultato fortemente correlato al sentirsi senza speranza (*hopelessness*), un robusto predittore e fattore di rischio per la depressione e l'ideazione suicidaria. Da altri autori il vuoto è stato concettualizzato come una delle principali espressioni di un grave disturbo del senso di Sé

all'interno di gravi configurazioni borderline; tra questi Singer (1977) propone un *continuum* in cui si posizionano diversi livelli del senso di incompletezza, vuoto e vaghezza, dove a un estremo si colloca la ricerca del "proprio essere" e all'estremo opposto la convinzione del paziente psicotico di non esistere. I modelli biosociali evidenziano l'eccessiva reattività emotiva dei pazienti con BPD e suggeriscono che l'incapacità di comprendere e tollerare le esperienze interne (proprie e altrui) può portare gli individui a inibire qualsiasi esperienza emotiva generando una sensazione di vuoto interiore (Miller et al., 2020). I sentimenti di vuoto cronico sono, rispetto a sintomi più acuti (ad esempio instabilità affettiva, autolesionismo, relazioni instabili), lenti a risolversi nel tempo, con bassa probabilità di remissione e alti tassi di recidiva oltre i 16 anni (*ibid.*). Sebbene la ricerca sul vuoto cronico stia iniziando a contribuire ad una maggiore comprensione dell'eziologia, delle caratteristiche e del suo impatto sull'individuo, ci sono ancora importanti *gap* nel campo. I dati disponibili sono poco chiari sui confini tra vuoto cronico e costrutti correlati; alcuni studi hanno suggerito che potrebbero esserci diverse sfumature del vuoto cronico quali disperazione, solitudine e depressione, tuttavia nessuno studio ha tentato esplicitamente di differenziare queste esperienze (Blasco-Fontecilla et al., 2013; Klonsky, 2008). Lo studio di Miller e collaboratori (2021) ha rilevato che per le persone con BPD il vuoto cronico è vissuto come un senso di "nulla" e intorpidimento che riflettono una sensazione di disconnessione da sé e dagli altri ed è spesso associato a sentimenti di insoddisfazione e mancanza di obiettivi futuri. Alcuni partecipanti hanno notato che il vuoto e la solitudine spesso coincidono e si intrecciano; la solitudine infatti è un'esperienza pervasiva nella configurazione borderline ed è possibile che sia in grado di amplificare i sentimenti di vuoto. È frequente che i soggetti mettano in atto una serie di strategie per prevenire, tollerare e alleviare il vuoto cronico: si tratta nella maggior parte dei casi di comportamenti disadattivi per colmare il vuoto e rientrare nei margini della finestra di tolleranza (Miller et al., 2021). Il distacco, l'eccessiva preoccupazione, l'isolamento e l'*acting out* sono alcune fra le difese più comuni per evitare sentimenti che sarebbero altrimenti troppo dolorosi (Singer, 1977). Nello studio di Miller (2021) sopracitato i partecipanti hanno esplicitato un'ampia gamma di modi in cui cercano di prevenire il vuoto cronico e di metodi per affrontarlo o alleviarlo. Le strategie disadattive includevano comportamenti impulsivi e ruminazione su pensieri di mancanza di scopo e insoddisfazione e hanno espresso la necessità di mettere in atto altri comportamenti impulsivi come l'autolesionismo per generare sentimenti sostitutivi che, benché negativi, fossero capaci di colmare il vuoto. Un paziente ha affermato: "se mi sento vuoto e sento di non volermi sentire così, ho bisogno solo di qualcosa per contrastarlo e quindi farò qualcosa di impulsivo". Per i partecipanti che ricorrevano a metodi

più adattivi per prevenire, affrontare e alleviare il vuoto cronico, il metodo più comune è attraverso l'utilizzo di *skills* di attivazione comportamentale, ovvero la scelta attiva di impegnarsi in un comportamento diverso per alleviare il vuoto. Inoltre, diversi partecipanti hanno riferito che quando questi comportamenti falliscono, i soggetti possono scegliere di dormire con l'obiettivo di "resettarsi". Altri partecipanti hanno riferito di aver scelto di ignorare emozioni associate al vuoto fino alla sua attenuazione, ma hanno notato che spesso l'evitamento era solo una soluzione temporanea. La caratteristica distintiva dei soggetti con strategie di *coping* adattive è la consapevolezza dell'emozione che fornisce un'opportunità per scegliere una strategia di *coping* piuttosto che attivarsi in una reazione impulsiva e disadattiva (Miller et al., 2021).

#### **3.2.4. Rabbia intensa**

La rabbia occupa un posto di rilievo nel "grumo emozionale" del soggetto borderline (Rossi Monti & Princigalli, 2009). Il paziente borderline lotta nel tentativo di gestire una profonda disforia dovuta alle oscillazioni emotive tra speranza di stabilità e delusione per una sua irraggiungibilità. Alcune emozioni caratteristiche della configurazione borderline vengono spesso ignorate come ad esempio la vergogna, mentre la rabbia con le sue manifestazioni più impulsive difficilmente passa inosservata (Pazzagli & Rossi Monti, 2000). Avere a che fare con un paziente borderline infatti significa entrare in relazione con una persona "arrabbiata" e di fronte a una rottura, o anche solo a una microfrattura con la loro empatia, i pazienti borderline reagiscono con rabbia. Offrire una strategia di contenimento nel giusto momento e nel giusto modo è la strategia migliore per evitare la rabbia del paziente. Se la risposta colma di rabbia non viene contenuta può diventare pervasiva a tal punto da non permettere al paziente di riconoscere il proprio stato emotivo o di utilizzare le proprie risorse. A livello cognitivo la rabbia provoca una perdita prima nella memoria evocativa e poi nella memoria di riconoscimento. Questo può portare a un'incapacità di conservare l'immagine del terapeuta, ma non un'incapacità di riconoscere che la rabbia è a lui rivolta (*ibid.*). In una seconda fase definita "della rabbia della memoria diffusa", sotto l'influenza crescente della rabbia e dell'angoscia si perde la potenziale funzione di contenimento della memoria di riconoscimento. La rabbia in questo caso non viene incanalata verso un oggetto, ma si esprime in modo più ampio e generalizzato (Lewis, 1992). La vulnerabilità del paziente borderline alla perdita di memoria evocativa origina dalla grave mancanza di coesione del sé e quando si verificano improvvise cadute delle funzioni di

contenimento nelle relazioni con gli oggetti esterni l'angoscia e la rabbia che ne derivano indeboliscono ulteriormente questa coesione generando un senso di perdita di solidità e una sensazione più generale e soggettiva di perdita di controllo (Adler, 1994). Il ciclo dolore-rabbia-odio-vendetta descritto da Kernberg è particolarmente esplicativo per la precaria coesione del sé tipica dell'organizzazione della personalità borderline (Kernberg, 1992; 1994).

### **3.2.4. 1. Dal dolore alla rabbia**

L'evidenza statistica della prevalenza dell'abuso fisico e sessuale nella storia infantile del paziente borderline conferma l'importante relazione che esiste tra gli eventi traumatici nell'infanzia e lo sviluppo di questo tipo di organizzazione della personalità. Le principali funzioni della collera, dalle più primordiali alle più avanzate, sono state elencate da Kernberg (1992; 1994) come segue:

1. eliminare la fonte dell'irritazione o del dolore con un'azione violenta;
2. rimuovere l'ostacolo alla gratificazione;
3. ristabilire – attraverso un tentativo estremo o disperato – un senso di autonomia di fronte a una situazione molto frustrante cercando di ricreare una situazione di equilibrio.

Nella sua funzione primordiale la rabbia è successiva alla frustrazione e al dolore, poiché un dolore intenso e cronico tende a trasformarsi direttamente in rabbia. In queste due situazioni la rabbia sembra essere molto vicina a quello stato di irritabilità disforica che si riscontra nel paziente borderline (Pazzagli & Rossi Monti, 2000).

### **3.2.4. 2. Dalla rabbia all'odio**

In contrasto con le qualità transitorie e distruttive della rabbia, l'odio è un'emozione cronica e stabile, il prodotto della trasformazione della rabbia teso alla soppressione di un pericolo. Kernberg (1994) ha suggerito che l'odio possa essere considerato un derivato complesso e strutturato della rabbia, che esprime il suo desiderio di distruggere un oggetto cattivo, di farlo soffrire e di controllarlo. Si tratta di un'emozione complicata e fondata su un paradosso: il suo scopo primario è quello di distruggere quell'oggetto che ne minaccia l'integrità e allo stesso tempo è attraverso questa emozione che il paziente esprime un bisogno diretto di quell'oggetto.

Il tentativo di distruggere l'oggetto è l'espressione insieme di un bisogno e di un desiderio diretto all'oggetto frustrante e amato allo stesso tempo.

### **3.2.4. 3. Dall'odio alla vendetta**

Una conseguenza quasi inevitabile dell'odio è la vendetta nei confronti dell'oggetto frustrante. La vendetta è una tipica forma di odio e svolge un importante ruolo difensivo di fronte al dolore e all'ansia da separazione consentendo all'individuo di evitare l'esperienza di queste due emozioni. Finché la vendetta è presente l'individuo non ha veramente rinunciato o perso la persona a cui è diretta (Kernberg, 1992). Benché la vendicatività nasca apparentemente come reazione al dolore e alla rabbia prodotti da una situazione di perdita, il suo scopo è quello di tenere nascosta una ferita ben più disastrosa per l'Io, ovvero una lesione che se vissuta nei primi anni di vita può diventare base di ogni altra offesa che il soggetto lamenta. La vendetta consente quindi all'individuo di tenere a distanza i sentimenti di impotenza nascondendoli dietro sentimenti di odio vendicativo. Potremmo così affermare che se lo scopo cosciente della vendetta è la punizione, il suo fine inconscio è invece quello di tenere nascosta una grave offesa subita dall'Io (Pazzagli & Rossi Monti, 2000). Uno studio di Pinto e collaboratori (1996) ha ipotizzato che gli adolescenti con diagnosi di depressione e di disturbo borderline provino più rabbia e *hopelessness* rispetto agli adolescenti depressi senza diagnosi di BPD. Rispetto ai campioni normativi, sia gli adolescenti con BPD, sia i soggetti senza BPD hanno mostrato significativa ansia, rabbia, disperazione, *locus of control* esterno, stile di attribuzione autoironico e scarso concetto di sé, nonostante i punteggi dei soggetti borderline su queste scale fossero nella direzione di una maggiore sintomatologia rispetto a quelli dei soggetti non BPD.

Sintetizzando, l'adolescenza può essere considerata una finestra evolutiva critica di notevole interesse dal punto di vista della regolazione delle emozioni. Questo periodo è associato a significativi cambiamenti biologici e fisici, a un crescente bisogno di indipendenza, a pressioni sociali e relazioni poco stabili (Ahmed et al., 2015). Tali sfide sono spesso accompagnate da stress e da una maggiore reattività emotiva. Lo sviluppo cerebrale in corso rende gli adolescenti meno capaci di regolare con successo le proprie emozioni esponendoli a un rischio maggiore di sviluppare disturbi legati all'ansia e allo stress, proprio ciò suggerisce che gli adolescenti possano essere particolarmente vulnerabili alla disregolazione emotiva (Casey et al., 2008). I processi necessari per la regolazione delle emozioni fra i quali la memoria di lavoro, il controllo inibitorio, il pensiero astratto, il processo decisionale e l'assunzione di prospettive eterocentrate

si sviluppano tutti durante l'adolescenza, per questo motivo può quindi essere una fase critica per lo sviluppo della regolazione emotiva adattiva, con conseguenze a lungo termine per una futura efficiente regolazione e salute mentale. È stato suggerito che l'adolescenza sia il periodo evolutivo di maggiore apprendimento e flessibilità (Casey et al., 2008), per tale motivo può pertanto essere ritenuto a ragione una fase critica per lo sviluppo di strategie di regolazione emotiva adattive e per l'attuazione di interventi (anche in termini di prevenzione) laddove necessari (Ahmed et al., 2015).

### **3.3. Tentativo di ritorno entro i margini: la dipendenza**

I bambini con una predisposizione temperamentale a provare emozioni intense, in particolare quelli cresciuti in ambienti invalidanti, spesso non riescono ad imparare a identificare, modulare o tollerare le proprie risposte emotive, oscillando costantemente tra l'inibizione emotiva e la labilità emotiva (Matusiewicz et al., 2014b). Poiché questi bambini non apprendono strategie adattive per regolare o tollerare il disagio, possono adottare strategie di regolazione delle emozioni disadattive (soppressione emotiva) o utilizzare forme estreme di comportamento per modulare gli affetti negativi. Queste forme disadattive di regolazione delle emozioni vengono mantenute perché sono temporaneamente efficaci nel ridurre gli stati interni negativi (*ibid.*). È bene specificare che anche senza queste strategie maladattive il cervello è in grado di mettere in atto dei processi di recupero che variano tra gli individui. La mente infatti tenta di limitare gli effetti disorganizzanti generati da un episodio di *arousal* troppo intenso grazie a meccanismi di valutazione che permettono il rientro all'interno della propria finestra di tolleranza (Siegel, 2001).

#### **3.3.1. Dipendenza da sostanze**

Una delle maggiori sfide per gli adolescenti e le loro famiglie è il ricorso all'uso di sostanze chimiche che alterano la mente, tra cui alcol e altre droghe. Per gli adolescenti, sebbene possa sembrare molto comune, accessibile e quindi "sicuro" essere coinvolti con la droga è importante riconoscere che l'uso di sostanze può portare a profondi cambiamenti nella propria esperienza interna e nelle relazioni sociali. Poiché durante l'adolescenza emerge la spinta a esplorare nuovi modi di vivere la realtà, l'uso di droghe che alterano le funzioni cerebrali può essere molto attraente (Siegel, 2013). Secondo Siegel (2013) vi sono almeno quattro spinte fondamentali che

possono motivare l'uso di sostanze durante il periodo adolescenziale tra cui: la *sperimentazione*, la *connessione sociale*, l'*automedicazione* e la *dipendenza*. Per un adolescente il cui rilascio di dopamina è già sopra la media le droghe che aumentano direttamente il rilascio di questo neurotrasmettitore creano una combinazione particolarmente stimolante dei livelli di dopamina potenziati dalla droga. In altre parole, l'adolescenza è un periodo non solo di sperimentazione per esplorare novità, ma anche di vulnerabilità a diventare fisiologicamente dipendenti da alcol e altre droghe. In un soggetto adolescente il sistema della dopamina è più reattivo e il rilascio intensificato guida i comportamenti di ricompensa e ricerca di sensazioni. La ricerca suggerisce che durante l'adolescenza i livelli di base di dopamina siano inferiori rispetto all'età adulta, portando così gli adolescenti a sentirsi spesso "annoati". Tuttavia, il rilascio di dopamina in risposta alle esperienze è maggiore in adolescenza e porta l'individuo a impegnarsi più frequentemente in comportamenti di *novelty seeking* o in attività stimolanti. (Siegel, 2013). La novità stessa è gratificante e attiva il rilascio di dopamina. Un aspetto dell'utilizzo di sostanze affonda le radici nel provare qualcosa di nuovo, mentre un'altra dimensione è quella di ampliare la comprensione della realtà alterando i soliti modelli di percezione che modellano le visioni comuni della realtà. Alcuni farmaci usati allo scopo di alterare la coscienza non coinvolgono la dopamina e per questo possono influenzare la vita di una persona senza creare dipendenza. Per alcuni può verificarsi l'emergere di un intenso interesse per l'alcol nella propria vita sociale. Nel contesto del consumo di alcol di gruppo la tendenza a fare *binge drinking* consumando grandi quantità di alcol in un breve lasso di tempo, è un comportamento particolarmente rischioso per gli adolescenti (*ibid.*). Dal punto di vista sociale si tratta di un'attività di gruppo svolta con un senso di cameratismo e di realizzazione, mentre dal punto di vista dello sviluppo cerebrale l'alcol sopprime le cellule cerebrali e le loro connessioni specialmente nelle regioni che controllano l'attenzione e la memoria. Il *binge drinking* di gruppo rivela la seconda ragione principale per cui gli adolescenti fanno uso di droghe: far parte di una rete sociale comune, di un'esperienza condivisa. In alcuni circoli e contesti sociali (come feste o concerti), bere alcolici o assumere sostanze è un comportamento atteso in quanto l'abbassamento dell'ansia e delle difese fanno sentire molti individui maggiormente a loro agio in tali contesti, per questa ragione queste sostanze vengono definite "lubrificanti sociali". Una terza spinta all'assunzione di sostanze è l'automedicazione per una condizione psichiatrica primaria o una situazione dolorosa. Secondo Lingiardi (2014) l'abuso di sostanze rappresenta una via di fuga da un disagio e da una sofferenza psichica preesistente. Il PDM (Lingiardi & McWilliam, 2018) individua la radice di questi comportamenti in un disagio psichico molto profondo e riconosce il ruolo delle sostanze come forma di automedicazione tesa ad attenuare le esperienze affettive

che sarebbero altrimenti troppo intense; il ruolo dei disturbi di personalità è decisivo per lo sviluppo e lo stabilizzarsi di disturbi da sostanze. In linea con questa lettura tutte le sostanze e tutte le azioni messe in atto per alleviare il dolore potrebbero essere fonte di dipendenza e in questo senso la psicopatologia costituisce uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di un disturbo da sostanze (Lingiardi & Gazzillo, 2014). La presenza di disturbi di personalità influenza inoltre la dipendenza in tutti i suoi aspetti e la comorbilità con i disturbi di personalità varia a seconda della sostanza d'abuso. Inoltre i disturbi del cluster B sembrano capaci di aumentare il rischio di sviluppare una dipendenza più precocemente, in particolare i disturbi borderline e antisociale. I tratti di personalità influenzano inoltre le motivazioni che comportano la scelta di una sostanza, a tal proposito è stata rilevata una significativa correlazione tra disturbo borderline e molecole capaci di provvedere una risposta rapida, come ad esempio la cocaina (*ibid.*). La dipendenza da sostanze negli individui con BPD può anche essere letta alla luce dell'analisi della struttura temporale del paziente che aderisce a una regola generale di “*immersione nel qui e ora*” (Kimura, 1992 e Pazzagli & Rossi Monti, 2000). Il paziente borderline si lega affettivamente agli oggetti presenti nel qui e ora senza però cercare di stabilire una vera connessione e relazione con l'altro. La ricerca dell'altro è tesa a un'unione “frettolosa” con l'altro, senza alcun tentativo di andare oltre. Nella percezione del tempo della persona borderline il presente non è un momento o un punto distinto lungo la linea del tempo che separa il passato dal futuro, al contrario ogni momento appare come uno di stato infinito. In questo modo di vivere il tempo sono visibili delle similitudini con la tossicodipendenza, quali: la ripetizione, la perdita di continuità nella propria storia interiore e il vivere in funzione del momento. Essere legati al presente e cercare di riempire i sentimenti cronici di vuoto attraverso estasi momentanee sono comportamenti tesi a ricreare continuamente un “mondo illusorio di festa” e per questo motivo il senso del tempo concepito da un individuo con BPD è stato definito come *'intra-festum'* (*ibid.*). Questa immersione nel presente da un lato mostra l'incapacità dell'individuo di collocare gli eventi in una sequenza emotiva coerente e lineare e il rischio di sovrapporre o sostituire un evento con un altro; l'individuo borderline infatti si concentra sugli eventi uno per uno e non come disposti su una linea temporale, sempre alla ricerca di qualcosa che possa riempire il vuoto anche se solo temporaneamente (*ibid.*). È ad ogni modo importante precisare che l'uso di sostanze è causato da molteplici fattori e non è sufficiente ricondurne la causa ad una sola motivazione.

In generale i pazienti con BPD ricorrono spesso all'uso di sostanze nel tentativo di moderare le emozioni percepite come negative o per sostituirle con uno stato piacevole e sono spesso assunte con l'intenzione di produrre uno stato simile alla dissociazione (Kienast et al., 2014).



Uno studio di Zanarini e collaboratori (2004) ha rilevato che quasi il 50% delle persone con BPD presenta un disturbo da uso di alcol (AUD) nel corso della malattia. Il tratto dell'impulsività è associato sia a BPD che a AUD ed è quindi considerato come un attributo neurocomportamentale alla base di entrambi i disturbi. Tale studio ha dimostrato che gli individui con comorbidità di BPD e AUD sono più impulsivi di entrambi i gruppi diagnostici valutati separatamente e presentano tassi più elevati di comportamento suicidario (*ibid.*). Tuttavia mentre diversi studi hanno rilevato l'influenza dell'uso di sostanze e del BPD nel suicidio giovanile (Runeson, 1990), non ci sono stati studi che abbiano esaminato in modo specifico la relazione tra impulsività e comportamento suicidario nei pazienti con BPD adolescenti con e senza AUD. La ricerca di Zanarini (2004) era volta a determinare se gli adolescenti con BPD e AUD mostrassero una maggiore impulsività rispetto al gruppo BPD senza una storia di uso di sostanze e se i due gruppi differissero nel numero di tentativi di suicidio. Coerentemente con l'ipotesi e con studi precedenti (Links et al., 1995) i giovani adulti con BPD e AUD sono risultati *più* impulsivi di quelli con BPD senza disturbi da uso di sostanze. È bene tenere a mente che, oltre alle differenze nei livelli dell'impulsività di tratto, l'AUD cronico può avere un impatto negativo anche sulla neurocognizione e sulla neurobiologia portando potenzialmente ad un aumento dell'impulsività nel tempo. L'impulsività è quindi un tratto che distingue gli individui con BPD e AUD da quelli senza storia di consumo di alcol. Nel BPD l'impulsività è il più forte predittore di non remissione negli studi longitudinali e per tale motivo la prognosi degli adolescenti con entrambi i disturbi può essere aggravata (Wilson et al., 2006).

Riassumendo, la disregolazione emotiva è il nucleo del disturbo borderline di personalità soprattutto durante l'adolescenza in cui il rilascio dopaminergico accentuato può portare l'adolescente a ricercare solo ricompense positive e in cui una maggiore impulsività può portare alla messa in atto di comportamenti rischiosi. Fra questi, la dipendenza ha un posto centrale e sempre crescente e si mostra come un tentativo di automedicazione da un dolore profondo o come un tentativo per colmare i sentimenti cronici di vuoto che caratterizzano l'esperienza di un soggetto borderline. Una volta fuoriusciti dagli stretti margini della finestra di tolleranza, che sia verso la rabbia o verso la noia, gli individui tentano di rientrare adottando strategie che non sempre sono funzionali e sicure (Siegel 2001 e 2013).

## Conclusioni

Il disturbo borderline di personalità è caratterizzato da un pattern di instabilità pervasiva nella regolazione degli affetti, nel controllo degli impulsi, nelle relazioni interpersonali e nell'immagine di sé. La disregolazione emotiva, l'aggressività impulsiva, l'autolesionismo ripetuto e la dipendenza da sostanze causano un frequente accesso dei soggetti con BPD nei servizi di salute mentale (Lieb et al., 2004). Le ipotesi sull'eziopatogenesi del disturbo sono molteplici e le cause sono note solo in parte; sicuramente fattori genetici, eventi avversi durante l'infanzia come l'abuso fisico e sessuale, la trascuratezza e l'abbandono contribuiscono allo sviluppo del disturbo. Le attuali strategie di intervento si stanno concentrando sullo sviluppo di trattamenti migliori e più efficaci e sull'approfondimento delle basi neurobiologiche del disturbo (iperreattività dell'amigdala e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene) (Lieb et al., 2004). La diagnosi di disturbo borderline di personalità è ora riconosciuta anche in adolescenza rendendo la diagnosi precoce un obiettivo primario per i sistemi sanitari al fine di una miglior prognosi (Kaess et al., 2014). Frequenti scatti d'ira, crisi pantoclastiche, costanti problemi interpersonali, relazioni instabili, bassa autostima, identità diffusa e mancanza di obiettivi sono solo alcuni fra i sintomi e fattori di rischio da tenere in considerazione in un soggetto adolescente che potrebbe sviluppare BPD (Kaess et al., 2014). Il disturbo borderline è considerato il "disturbo della disregolazione" con diverse aree implicate (Ibraheim et al., 2017). Un tentativo di spiegazione della disregolazione emotiva e dei comportamenti messi in atto per modularla è proposto da Siegel (2001) con il concetto di *finestre di tolleranza*. Tutti gli individui possiedono una finestra di tolleranza all'interno della quale i livelli di *arousal* possono "fluttuare" e variare avvicinandosi all'*hyperarousal* (oltre la soglia superiore della finestra di tolleranza) che corrisponde alla rabbia per i pazienti borderline, oppure possono diminuire e avvicinarsi all'*hypoarousal* e dunque ai sentimenti di vuoto. I soggetti con BPD possono mettere in atto comportamenti rischiosi per modulare la rabbia o il vuoto come ad esempio attraverso l'uso di sostanze (in particolare sostanze con molecole a risposta rapida) (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Siegel chiarisce che durante l'adolescenza la sperimentazione, la connessione sociale e l'automedicazione giocano come spinte quasi incontrollabili verso l'uso di sostanze soprattutto se le fondamenta alla base portano con sé tratti di disturbo borderline di personalità la cui modalità di esperire il tempo unicamente nell'immersione del momento presente spinge alla ricerca della sostanza in grado di riempire il vuoto o modulare la rabbia, come in un momento infinito e senza dolore (Kimura, 1992). Il legame tra disturbo borderline e dipendenza è spiegato anche dalla comune emotività negativa, instabilità affettiva e impulsività comuni a entrambi i

disturbi (Trull et al., 2018). Il BPD trova il culmine della sua disregolazione in adolescenza, vale a dire in un periodo in cui il cervello subisce cambiamenti morfologici drastici come la perdita di materia grigia in tutta la corteccia cerebrale e soprattutto in porzioni del lobo temporale e della corteccia prefrontale dorsolaterale (Sturman & Moghaddam, 2011). In questo periodo si assiste a un processo di eliminazione delle sinapsi e infine l'attività spontanea dei neuroni della dopamina del mesencefalo raggiunge l'apice per poi diminuire in età adulta. In un soggetto adolescente il minor livello di dopamina può portare ad esperire "noia", ma il rilascio del neurotrasmettitore in risposta all'esperienza è significativamente maggiore e quindi potenzialmente rischioso per lo sviluppo di una dipendenza (Siegel, 2013). È quindi fondamentale la diffusione di una profonda conoscenza del disturbo borderline di personalità e della sua sintomatologia in adolescenza in modo da poter attuare maggiori interventi di prevenzione che risultino più efficaci. La *prevenzione universale* (riferita all'intera popolazione) per il BPD non è ad oggi giustificata o realizzabile poiché la condizione non è sufficientemente diffusa e non è chiaro quale forma di intervento sarebbe più opportuna (Kaess et al., 2014). Allo stesso modo la *prevenzione selettiva* (mirata a coloro che presentano fattori di rischio significativi) è attualmente impraticabile a causa della mancanza di specificità della maggior parte dei fattori di rischio (in particolare fattori ambientali, come le avversità infantili) associati a BPD. Entrambi gli approcci sono scientificamente impraticabili perché non possono essere convenientemente potenziati per rilevare in modo attendibile i risultati del trattamento. La *prevenzione indicata* è attualmente l'unica forma di prevenzione per il disturbo borderline. Questo approccio si rivolge a quegli individui che mostrano segni e sintomi riconducibili ad aspetti del fenotipo di BPD e che presagiscono la sua successiva comparsa nell'adolescenza o nell'età adulta. Certe caratteristiche temperamentali e di personalità precoci, disturbi interiorizzanti ed esternalizzanti e specifici criteri per il BPD sono tutti segni e sintomi precursori e necessari di attenzione e valutazione clinica. Gli esempi includono caratteristiche di disturbi da comportamento dirompente, autolesionismo, uso di sostanze o disturbi depressivi (*ibid.*). La psicoterapia è una componente chiave dell'intervento precoce per il BPD in aggiunta al servizio di base. Ad oggi, sono disponibili diverse metodologie di trattamento psicoterapico specifiche per il BPD in un soggetto adolescente come ad esempio la terapia basata sulla mentalizzazione (*Mentalization-based therapy*), sviluppata in accordo con la teoria dell'attaccamento e la ricerca empirica sulla psicoterapia. Si tratta di un approccio psicodinamico che mira a migliorare la capacità di utilizzare rappresentazioni mentali degli stati emotivi propri e altrui. Non vi sono prove attuali per una farmacoterapia specifica per questo disturbo in quanto una farmacoterapia focalizzata sui sintomi è risultata problematica negli

adulti e, considerata la sua mancanza di efficacia, non può essere applicata agli adolescenti. Uno studio (Amminger et al., 2013) ha constatato l'efficacia della somministrazione di acidi grassi omega-3 per adolescenti con BPD e ad alto rischio di psicosi; tuttavia, non esistono prove di un'efficace farmacoterapia come trattamento di prima linea del BPD in adolescenza (*ibid.*). Nonostante ciò, gli adolescenti con BPD traggono beneficio da una diagnosi precoce e da un adeguato intervento per ridirezionare la traiettoria evolutiva del disturbo riducendo le conseguenze avverse a lungo termine come ad esempio uno scarso funzionamento psicosociale e/o un'elevata mortalità. Pertanto, un primo passo importante è quello di aumentare la conoscenza del disturbo in adolescenza tra gli operatori nel campo della salute (non solo) mentale al fine di ridurre lo stigma e favorire il benessere.

## Bibliografia

- Adler, G. (1994). *Borderline Psychopathology and Its Treatment*. Northvale, Aronson.
- Ahmed, S. P., Bittencourt-Hewitt, A., & Sebastian, C. L. (2015). Neurocognitive Bases of Emotion Regulation Development in Adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*.
- Ainsworth, M. D. S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Erlbaum Association.
- Ainsworth, M. D. S. (1982). The place of Attachment in Human Behaviour, *Attachment: Retrospect and prospect*, 3–30.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *La mentalizzazione nella pratica clinica* (ed. 2010). Raffaello Cortina Editore.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*.
- American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.
- Amminger, G., Chanen, A., & Ohmann, S. (2013). Omega-3 fatty acid supplementation in adolescents with borderline personality disorder and ultra-high-risk criteria for psychosis: a post hoc subgroup analysis of a double-blind, randomized controlled trial. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 402–408.
- Anestis, M., Gratz, K., Bagge, C., & Tull, M. (2012). The interactive role of distress tolerance and borderline personality disorder in suicide attempts among substance users in residential treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 1208–1216.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249–256.
- Barone, L. (1995). Il problema della diagnosi e dell'indicazione al trattamento nel paziente borderline. *Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 565–586.
- Barone, L., & Maffei, C. (1997). *Emozione e conoscenza nei disturbi di personalità*. FrancoAngeli.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2006). *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione per il disturbo borderline di personalità* (ed 2010). Raffaello Cortina Editore.
- Beck, A. T. (1984). *Principi di terapia cognitiva*. Roma: Astrolabio.
- Beebe, B., & Lachmann, F. (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self-object representation. *Psychoanalytic Psychology*, 305–337.
- Bion, W. (1962). *Apprendere dall'esperienza* (ed. 1972). Armando.
- Blasco-Fontecilla, H., de León-Martínez, V., Delgado-Gomez, D., Giner, L., Guillaume, S., & Courtet, P. (2013). Emptiness and suicidal behavior: an exploratory review. *Suicidol Online*, 4(4), 21–32.
- Bowlby, J. (1953). *Child Care and the Growth of Maternal Love*. Versione ridotta di *Maternal Care and Mental Health*. Penguin Books.
- Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita, vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Bollati Boringhieri.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Volume II Separation: Anxiety and anger* (Vol. 2). The international psychoanalytical library.
- Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. *Current Psychiatry Reports*, 15(335).
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111–126.
- Cavazzi, T., & Becerra, R. (2014). Psychophysiological Research of Borderline Personality Disorder: Review and Implications for Biosocial Theory. *Europe's Journal of Psychology*, 20(1), 185–203.
- Caviglia, G., Iuliano, C., & Perrella, R. (2014). *Il disturbo borderline di personalità*. Roma: Carocci Editore.
- Chanen, A. M., & McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 54, 24–29.
- Cicchetti, D., & Beeghly, M. (1987). Symbolic development in maltreated youngsters: An organizational perspective. *Atypical symbolic development. New directions for child development*, 36, 5–29.
- Dahl, R. (2004). Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1–22, 1021.
- Damasio, A. R. (1998). Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews*, 26, 83–86.
- Dawson, G. (1994). *Development of emotional expression and emotion regulation in infancy. Contributions of the frontal lobe*. Brain Research Reviews. In: DAWSON, G., FISHER, K.W. (a cura di) *Human Behavior and the Developing Brain*. Guilford Press.
- Donegan, N. H., Blumberg, H. P., & Sanislow, C. A. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implication for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, 1284-1293.
- Drevets, W. C. (1998). Functional neuroimaging studies of depression: The anatomy of melancholia. *Annual Review of Medicine*, 49, 341–361.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the Life Cycle*. New York, NY: WW Norton.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639–656.
- Fonagy, P. (1998). An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bulletin of Menninger Clinic*, 62(2), 147–169.
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva* (ed. 2001). Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 32(1), 47–69.
- Gabbard, G. O. (1995a). *Psichiatria psicodinamica. Quinta edizione basata sul DSM-5* (ed. 2015). Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Gabbard, G. O. (1995b). *Psichiatria psicodinamica. Nuova edizione basata sul DSM-IV*. Raffaello Cortina Editore.
- Geis, F., & Christie, R. (1970). *Studies in machiavellianism*. New York: Academic Press.
- Gergely, G., & Watson, J. (1996). The social biofeedback mode of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 1181–1212.
- Gonzalez, A. (2021). *EMDR ed Elaborazione Emotiva. Lavorando con pazienti con grave disregolazione*. Mimesis.
- Hazen, E., Schlozman, S., & Beresin, E. (2008). Adolescent Psychological Development: A Review. *Pediatrics Review*, 29, 161.
- Herman, J. L., & van Der Kolk, B. (1987). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. *Psychological trauma*, 111–126.
- Herpertz S.C., Dietrich T.M, & Wenning B. (2001). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biological Psychiatry*, 50, 292–298.
- Holmes, J. (1994). *La teoria dell'attaccamento: John Bowlby e la sua scuola*. Raffaello Cortina Editore.
- Hughes, A. E., Crowell, S. E., Uyeji, L., & Coan, J. A. (2011). A Developmental Neuroscience of Borderline Pathology: Emotion Dysregulation and Social Baseline Theory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(21).
- Ibraheim, M., Kalpakci, A., & Sharp, C. (2017). The specificity of emotion dysregulation in adolescents with borderline personality disorder: comparison with psychiatric and healthy controls. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1).
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E., & Oldham, J. M. (2008). Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(5), 410–413.
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics*, 134, 782–793.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641–685.
- Kernberg, O. F. (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico* (ed. 1978). Torino: Bollati Boringhieri.
- Kernberg, O. F. (1980). *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica* (ed. or. 1976). Torino: Bollati Boringhieri.
- Kernberg, O. F. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1994). Aggression, trauma and hatred in the treatment of borderline patients. *Psychiatric Clinic of North America*, 17, 710–714.
- Kienast, T., Stoffers, J., Bempohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline Personality Disorder and Comorbid Addiction. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(16), 280–286.
- Kimura, B. (1992). *Écrits de psychopathologie phénoménologique*. Presses Universitaires de France.
- Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27.

- Klonsky, E. D. (2008). What is Emptiness? Clarifying the 7th Criterion for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 418–426.
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
- LeDoux, J. E. (1996). *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*. Tr. it. Baldini & Castoldi.
- Linehan, M. (1993). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline di personalità* (ed. 2001). Raffaello Cortina Editore.
- Linehan, M. (2015). *DBT skills training manual*. New York, New York: Guilford Press.
- Lingiardi, V., Madeddu, F., & Maffei, C. (1995). *Il disturbo borderline di personalità ovvero empiria e clinica della complessità*. In *Il disturbo borderline di personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Links, P., Heslegrave, R., Mitton, J., van Reekum, R., & Patrick, J. (1995). Borderline personality disorder and substance abuse: Consequences of comorbidity. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 9–14.
- Luxenberg, T., Van der Kolk, B., & Spinazzola, J. (2001). Complex trauma and the Disorders of Extreme Stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 11.
- Lyra, M. C. D. P., & Winegar, L. T. (1997). *Dynamics and Indeterminism in Developmental and Social Processes*. Erlbaum Association.
- Maffei, C. (1993). *Il disturbo borderline di personalità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Malatesta-Magai, C. (1991). Development of emotion expression in infancy: General course and patterns of individual difference. In: GARBE J., DODGE, K.A. (a cura di). *The development of emotion regulation and dysregulation* (Cambridge University Press).
- Mandal, E., & Kocur, D. (2013). The Machiavellianism and manipulation tactics used by patients with borderline personality disorder in everyday life and in therapy. *Psychiatria Polska*, 47(4), 667–678.
- Matusiewicz, A., Weaverling, G., & Lejuez, C. W. (2014a). Emotion Dysregulation Among Adolescents with Borderline Personality Disorder. In: Sharp C, Tackett JL, editors. *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*. New York: Academic, 177.
- Matusiewicz, A., Weaverling, G., & Lejuez, C. W. (2014b). Emotion Dysregulation Among Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*.
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N., & Muller, N. (2019). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione per i bambini. Un approccio time-limited*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Miller, C. E., Townsend, M. L., Day, N. J. S., & Grenyer, B. F. S. (2020). Measuring the shadows: A systematic review of chronic emptiness in borderline personality disorder. *PLoS ONE*, 15(7).
- Miller, C. E., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. S. (2021). Understanding chronic feelings of emptiness in borderline personality disorder: a qualitative study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(24).



- Miller, J. D., Morse, J. Q., Nolf, K., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2012). Can DSM-IV borderline personality disorder be diagnosed via dimensional personality traits? Implications for the DSM-5 personality disorder proposal. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4).
- Millon, T. (1987). On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder: A social learning thesis. *Journal of Personality Disorders*, 1, pp. 354-72.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (2009). *Family environment scale manual: Development, applications and research*. Mind Garden Inc.
- Mosquera, D., Gonzalez, A., & Leeds, A. (2014). Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(15).
- Nathanson, D. (1994). Shame, compassion, and the «borderline» personality. *Psychiatric Clinic of North America*, 17(4), 785–810.
- Paris, J. (1992). Social Risk Factors for Borderline Personality Disorder: A Review and Hypothesis\*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 37(7), 510–515.
- Paris, J. (1995). *Il disturbo borderline di personalità* (ed 2011). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994). Risk factors for borderline personality in male outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(7), 375–380.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1–10.
- Pazzagli, A., & Rossi Monti, M. (2000). Dysphoria and Aloneness in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 33, 220–226.
- PDM Task Force (2006). *Manuale Diagnostico Psicodinamico – PDM*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2008.
- Perry, J. C., & Klerman, G. L. (1980). Clinical Features of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 137, 165–173.
- Pinto, A., Grapentine, L. W., Francis, G., & Picariello, C. M. (1996). Borderline Personality Disorder in Adolescents: Affective and Cognitive Features. *American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 34(10).
- Rosse, I. C. (1890). Clinical evidences of borderline insanity. *The Journal of nervous and mental disease*, 17, 669–683.
- Rossi Monti, M., & Princigalli, V. (2009). Psicopatologia borderline: il posto della Vergona. *Psichiatria di Comunità*, 8(3), 129–141.
- Runeson, B. (1990). Psychoactive substance use disorder in youth suicide. *Alcohol Alcohol*, 25, 561–568.
- Schneider-Rosen, K., & Cicchetti, D. (1991). Early self-knowledge and emotional development: Visual self-recognition and affective reactions to mirror self-image in maltreated and non-maltreated toddlers. *Developmental Psychology*, 27, 481–488.
- Segal, H. (1957). *Note sulla formazione del simbolo*. In *Scritti psicoanalitici: Un approccio kleiniano alla pratica clinica* (ed. 1987). Roma: Astrolabio.

- Sharp, C., Pane, H., Venta, A., Patel, A. B., & Sturek, J. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(6), 563–573.
- Sharp, C., & Romero, C. (2007). Borderline personality disorder: A comparison between children and adults. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(2), 85–114.
- Siegel, D. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Raffaello Cortina Editore.
- Silvers, J. A., McRae, K., Gabrieli, J. D. E., Gross, J. J., Remy, K. A., & Ochsner, K. N. (2012). Age-Related Differences in Emotional Reactivity, Regulation, and Rejection Sensitivity in Adolescence. *Emotion*.
- Singer, M. (1977). The experience of emptiness in narcissistic and borderline states: II. The struggle for a sense of self and the potential for suicide. *International Review of Psychoanalysis*, 4(4), 471–479.
- Siegel, D. (2013). *Brainstorm*. A Penguin Random House Company.
- Steinberg, L. (2002). Clinical Adolescent Psychology: What It Is, and What It Needs to Be. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 124–128.
- Stern, D. (1992). *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri.
- Sturman, A. D., & Moghaddam, B. (2011). The neurobiology of adolescence: Changes in brain architecture, functional dynamics, and behavioral tendencies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 1704–1712.
- Suvak, M., Litz, B., & Sloan, D. M. (2011). Emotional granularity and borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(414–426).
- Swenson, C. (1993). *Il disturbo borderline di personalità. Prospettive sulla diagnosi*. A cura di Cesare Maffei. Bollati Boringhieri.
- Teasdale, J. D., Howard, R. J., Cox, S. G., Ha, Y., & Williams, S. C. R. (1999). Functional MRI study of the cognitive generation of affect. *American Journal of Psychiatry*, 156.
- Trull, T. J., Freeman, L., Vebares, T., Choate, A., Helle, A., & Wyckoff, A. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline Personal Disorder and Emotion Dysregulation*.
- Van Der Kolk, B., Hostetler, A., Herron, N., & Fisler, R. E. (1994). Trauma and the Development of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(4), 715–730.
- Wagner, A. W., & Linehan, M. (1999). Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: implications for emotion regulation? *Journal of Personality Disorders*, 13, 329–344.
- Westen, D., Nakash, O., & Thomas, C. (2006). Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1065–1085.
- Wilson, S. T., Fertuck, E. A., Kwitel, A., Stanley, M. C., & Stanley, B. (2006). Impulsivity, suicidality and alcohol use disorders in adolescents and young adults with borderline personality disorder. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18(1), 189–196.
- Winnicott, D. (1974). *Sviluppo affettivo e ambiente: Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Armando.

Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11, 93–104.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-Year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2108–2114.

## Sitografia

Gilardi, P. (2021, aprile 20). Le sintonizzazioni affettive: Un concetto base per la musicoterapia. Disponibile in: <https://www.odon.it/sintonizzazioni-affettive-concetto-base-musicoterapia-relazionale/> [2 marzo 2023]

Gill, L. (2017). Understanding and working with the Window of Tolerance. *Attachment and trauma treatment centre for healing*. Disponibile in: <https://www.attachment-and-trauma-treatment-centre-for-healing.com/blogs/understanding-and-working-with-the-window-of-tolerance> [10 giugno 2023]

Lifrieri, A. (2021, giugno 18). Il disturbo borderline di personalità. – *Istituto Santa Chiara*. Disponibile in: <https://istitutosantachiara.it/disturbo-borderline-di-personalita/> [17 maggio 2023]

Montano, A., & Borzi, R. (2017, agosto 11). Disturbo Borderline di Personalità – *Istituto A.T. Beck*. Disponibile in: <https://www.istitutobeck.com/terapia-cognitivo-comportamentale/disturbi-di-personalita> [2 novembre 2023]

Ruggero, C. J., Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2010). Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 44(6), 405–408. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19889426/> [30 ottobre 2022]

Sottocorno, S. (2019). Disturbo Borderline di Personalità. Disponibile in: <https://www.youtube.com/watch?v=6v-2LvYCvq8> [23 maggio 2023]

World Health Organization (2007). International statistical classification of disease and health related problems. ICD-10. Ginevra. Disponibile in: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> [4 dicembre 2022]