



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA  
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE  
ANNO ACCADEMICO 2021/2022

TESI DI LAUREA

I risvolti clinici del cervello traumatizzato:  
il disturbo di personalità borderline

DOCENTE RELATORE: Stefania Cristofanelli

STUDENTE: Carola Giorchino Ghio  
Matricola: 19D03121

<b>INTRODUZIONE</b> .....	5
<b>CAPITOLO 1: IL TRAUMA</b> .....	9
1.1. Il trauma come filo conduttore della tela.....	9
1.2 Concettualizzazione del trauma.....	10
1.3 Excursus storico .....	11
1.3.1 Il trauma secondo Charcot.....	12
1.3.2 Il trauma secondo Freud.....	13
1.3.3 Il trauma secondo Janet .....	15
1.3.4 Il trauma secondo Ferenczi.....	15
1.4 Trauma e ricordo .....	17
1.5 Trauma e attaccamento.....	18
1.6 Trauma ed organismo.....	19
1.7 Trauma e senso di Sé.....	20
1.7.1 Trauma ed alessitimia.....	22
1.7.2 Trauma e depersonalizzazione .....	22
1.7.3 Trauma e dissociazione .....	23
1.8 Classificazione del trauma da parte del DSM-IV e DSM-5 .....	24
1.9 Tipologie di trauma .....	26
1.10 Trauma ed ambiente .....	27
1.11 Trauma ed effetti a lungo termine .....	28
1.12 Trauma tra mente e corpo.....	29
<b>CAPITOLO 2: IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ</b> .....	31
2.1 Definizione .....	31
2.2 Storia .....	31
2.2.1 I pionieri del disturbo borderline.....	31
2.3 Le prime formulazioni psicoanalitiche.....	34
2.3.1 Un modello strutturale.....	35
2.4 Dati neurobiologici.....	39
2.5 Eziopatogenesi ed eziologia multifattoriale .....	40
2.6 La ricerca empirica.....	41
2.7 Distinzione BPO e BDP .....	42
2.8 Criteri di classificazione del disturbo borderline di personalità .....	43
2.8.1 Criteri del DSM-5 per il disturbo borderline.....	43
2.8.1.1 Sezione III del DSM-5 .....	44
2.8.2 Criteri dell'ICD-10 per il disturbo di personalità emotivamente instabile .....	48
2.8.3 Criteri del PDM-2.....	48

2.8.4 Criteri SWAP-II .....	48
2.9 Modelli per il disturbo borderline di personalità.....	48
2.9.1 Modello bio-psico-sociale di Joel Paris.....	48
2.9.2 Modello dialettico comportamentale di Marsha Linehan.....	49
2.9.3 Modello di Peter Fonagy .....	50
2.10 Studi epidemiologici.....	50
2.11 Il quadro clinico.....	50
2.12 Relazione con il clinico e trattamento .....	51
<b>CAPITOLO 3: LE NEUROSCIENZE NELLO STUDIO DEL TRAUMA E DEL DISTURBO BORDERLINE .....</b>	<b>52</b>
3.1 Correlazione tra Disturbo di Personalità Borderline e traumi subiti durante l'infanzia .....	52
3.2 Relazione tra dimensione psichica e processi neurofisiologici .....	56
3.3 Trauma e funzionamento cerebrale .....	57
3.3.1 Area limbica e corteccia visiva .....	57
3.3.2 Amigdala .....	58
3.4 Configurazione neurobiologica del cervello di un soggetto borderline .....	59
3.4.1 Amigdala ed ippocampo.....	59
3.4.2 Asse Ipotalamo-Pituale-Adrenale.....	60
3.4.3 Ridotta connettività prefrontale.....	60
3.4.4 Ormone adrenocorticotropo (ACTH).....	61
3.4.5 Oppioidi endogeni .....	62
3.5 Studi neuroscientifici relativi al disturbo borderline .....	62
3.5.1 Uno studio di stimolazione a corrente diretta.....	62
3.5.2 Due studi di risonanza magnetica funzionale.....	63
3.5.2.1 Detection delle espressioni facciali .....	63
3.5.2.2 Correlati neurali della disregolazione emotiva.....	64
3.6 Modelli per il trattamento del trauma.....	65
3.6.1 Il modello 4-D di Frewene e Roth.....	65
3.6.1.1 Prima dimensione del modello 4-D: il tempo dilatato.....	65
3.6.1.2 Seconda dimensione del modello 4-D: la coscienza del pensiero. ....	66
3.6.1.3 Terza dimensione del modello 4-D: la coscienza del corpo alterata. ....	66
3.6.1.4 Quarta dimensione del modello 4-D: le emozioni esasperate o assenti.....	66
3.6.2 Modello EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).....	67
3.7 Modelli di intervento per il trattamento del disturbo borderline .....	73
3.7.1 Trattamento cognitivo-comportamentale-dinamico .....	73
3.7.2 Trattamento psicoanalitico centrato sul transfert.....	73

3.7.3	Trattamento cognitivo-analitico .....	74
3.7.4	DBT .....	74
3.7.5	MBT .....	75
3.7.5.1	Un tipico programma MBT .....	76
3.7.5.2	La struttura del trattamento MBT .....	76
3.7.5.3	Scopi del trattamento MBT .....	76
<b>CONCLUSIONI</b>	.....	<b>78</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	.....	<b>82</b>
<b>SITOGRAFIA</b>	.....	<b>86</b>
<b>RINGRAZIAMENTI</b>	.....	<b>90</b>

## **INTRODUZIONE**

L'elaborato è stato scritto con l'intenzione di tracciare un filo conduttore tra l'origine del trauma, l'insorgenza del disturbo di personalità borderline e i recenti studi delle neuroscienze sul cervello e la mente in relazione ad essi.

La struttura dell'elaborato prevede un'articolazione in tre capitoli che hanno l'obiettivo di costruire un percorso lineare, partendo dal vissuto traumatico che il soggetto può sperimentare durante l'infanzia, fino ad arrivare alla relazione ipotizzata da recenti scoperte delle neuroscienze tra il disturbo borderline di personalità e il trauma stesso. Tale relazione è spiegata nel dettaglio sia dal punto di vista storico che sintomatologico nel primo e nel secondo capitolo, mentre nel terzo sono state esplorate le caratteristiche di funzionamento cerebrale sia dei soggetti che hanno subito un trauma, sia dei soggetti a cui è stato diagnosticato il disturbo borderline di personalità. Nell'ultima parte dell'elaborato è presente un accenno riguardo alle terapie maggiormente utilizzate ed efficaci per trattare sia il trauma che il disturbo di personalità borderline, con un approfondimento su due modelli di trattamento.

Il primo capitolo si apre con un excursus storico sulla psicoanalisi che fin dalle sue origini ha considerato il trauma come uno tra i principali attivatori di patologia. A tal proposito sono state analizzate nel dettaglio le concettualizzazioni di trauma di Charcot, Freud, Janet e Ferenczi. Gli approcci più attuali che integrano le neuroscienze, la psicopatologia e la traumatologia, confermano l'evento traumatico come una delle cause di psicopatologia che produce effetti tipici e riconoscibili. Per questo motivo si è pensato di inserire all'interno dell'elaborato la classificazione del trauma che è stata stilata dal DSM-IV e dal DSM-5. La stesura riguardante il primo capitolo ha inoltre preso spunto dalle considerazioni argomentate da van der Kolk nel libro "Il corpo accusa il colpo" (2015), in cui l'autore sottolinea come l'esposizione precoce al trauma influenzi diversi aspetti relativi al funzionamento del cervello e di conseguenza del suo sviluppo, con conseguenti cambiamenti nell'organizzazione percettiva dell'esperienza e quindi, del senso di Sé. Successivamente sono stati inseriti alcuni paragrafi riguardo la correlazione tra trauma e memoria, attaccamento, alessitimia, depersonalizzazione e dissociazione.

Vi sono numerose tipologie di trauma che l'individuo può vivere e sperimentare e a seconda dell'impatto e dei vissuti del soggetto, il trauma può comportare o meno effetti a lungo termine. Per questo motivo il primo capitolo si sofferma su come, a partire dalle relazioni precoci di attaccamento, sia possibile ipotizzare che rimanga un'impronta indelebile nel cervello dell'individuo e che questa sia legata alla sofferenza vissuta, comportando diverse difficoltà in particolare nelle relazioni interpersonali. Oltre a ciò, viene trattato come nei soggetti borderline

sia presente una disregolazione emotiva e quindi del sistema limbico, che in condizioni normali regola le emozioni e permette al soggetto la costruzione di un senso di fiducia e sicurezza, fondamentale per esplorare il mondo (Schoore, 2001). Queste considerazioni verranno riprese facendo riferimento al concetto di Modelli Operativi Interni (MOI) elaborato da Bowlby, che si riferisce alla modalità relazionali che il bambino ha sviluppato a partire dalla prima relazione con il genitore. Questi modelli sono essenziali per comprendere come il bambino interpreta le diverse esperienze di vita, le interazioni con l'ambiente esterno e le strategie utilizzate per affrontare le difficoltà, ma anche per osservare come le situazioni traumatiche vengono vissute ed elaborate dal soggetto e come questa elaborazione plasmi il cervello (Mariscalcolo, 2022). Le considerazioni ampiamente discusse nel primo capitolo verranno in parte riprese nel terzo capitolo per l'argomentazione degli studi a carattere neuroscientifico e per il trattamento. Le numerose scoperte di carattere neurobiologico sul trauma da parte della ricerca scientifica hanno evidenziato quali sono gli effetti neurobiologici del trauma psicologico sull'individuo e hanno ispirato la prosecuzione dell'elaborato con il capitolo sul disturbo di personalità borderline.

Nel secondo capitolo viene appunto trattato il disturbo di personalità borderline, definizione che ha acquisito verso la metà del Novecento una dignità nosografica precisa e non una mera descrizione di un quadro clinico che presenta solo caratteristiche comuni alla dimensione psicopatologica delle nevrosi e delle psicosi (Hughes, 1884, Rosse 1890). Per questo motivo c'è un paragrafo dedicato ai pionieri della concettualizzazione e definizione del disturbo borderline, oltre che alle prime formulazioni psicoanalitiche.

Nel capitolo è presente una digressione sulle caratteristiche comuni che Grinker (1968) individuò nei pazienti borderline quali la rabbia come emozione predominante, la presenza di difficoltà interpersonali, l'assenza di un'immagine di sé stabile e sentimenti di depressione e vuoto. Il DSM-5 prenderà spunto da tale descrizione per i criteri di classificazione e per la categorizzazione dei sintomi del disturbo borderline di personalità. I soggetti borderline sono eccessivamente impulsivi e vulnerabili a tutto ciò che accade intorno a loro ed alternano fasi di sopravvalutazione e di sottovalutazione della propria immagine e della propria persona. Nel corso del capitolo si può osservare come essi tentino in tutti i modi di evitare sensazioni di abbandono e mostrino la loro impulsività mediante gesti estremi e pericolosi. Per questo motivo nell'elaborato sono stati inseriti, a partire dal DSM-5 con una digressione sulla sezione III, i diversi criteri di classificazione del disturbo di personalità borderline di alcuni manuali

diagnostici. I manuali di riferimento sono stati l'ICD-10 che lo ha definito come un disturbo di personalità emotivamente instabile, il PDM-2 ed infine i criteri della SWAP-II.

Diversi studi sono concordi nel ritenere i traumi subiti nell'infanzia (Herman e colleghi, 1989, Ball e Links, 2009, Venta e colleghi, 2012, Belsky e colleghi, 2012) e un atteggiamento genitoriale ambivalente che genera relazioni di attaccamento disfunzionali (Ensink e colleghi., 2015), come i principali fattori di rischio per lo sviluppo di una personalità borderline. Questi studi insieme ai dati neurobiologici vanno a sostegno dell'eziopatogenesi e dell'eziologia multifattoriale del disturbo. Per questo motivo a partire dal primo modello strutturale di Kernberg, nell'elaborato c'è un approfondimento sul modello bio-psico-sociale di Joel Paris, sul modello dialettico comportamentale di Marsha Linehan e infine sul modello di Peter Fonagy.

Il secondo capitolo si conclude con alcuni riferimenti a studi epidemiologici, alla concettualizzazione del quadro clinico di un paziente borderline e la conseguente relazione che il soggetto borderline ha con il clinico e il trattamento proposto.

Nel terzo capitolo è stato approfondito come la struttura del cervello rispecchi ciò che è successo nella vita dell'individuo e come lo stress estremo e protratto per lunghi periodi di tempo causi problematiche anche a livello di funzionamento cerebrale.

In questo capitolo, il disturbo borderline di personalità viene affrontato dal punto di vista della relazione tra dimensione psichica e processi neurofisiologici. Uno degli approfondimenti presenti riguarda gli studi di neuroimmagine condotti con l'fMRI che hanno rilevato variazioni nella densità della materia grigia nell'amigdala e nella corteccia prefrontale anteriore, nonché una riduzione dell'integrità della sostanza bianca a livello della corteccia prefrontale inferiore (ridotta connettività prefrontale) (Tebartz e colleghi, 2007, Minzenberget e colleghi, 2008 e Grant e colleghi, 2007).

Nell'elaborato sono riportati studi che hanno evidenziato come, nei soggetti borderline, ridotti livelli di ossitocina siano correlati con un'iperattività dell'amigdala e della parte mediale della corteccia prefrontale, deputate all'elaborazione emotiva e cognitiva degli stimoli. L'iperattivazione emozionale influisce anche sul recupero delle informazioni sui propri vissuti inibendo il loro recupero, che provoca un senso di "frammentazione del Sé" e frequenti episodi dissociativi che caratterizzano la personalità borderline (Fertuk et al, 2006). Per questa ragione sono state approfondite le funzioni dell'ippocampo, degli oppioidi endogeni, dell'ormone adrenocorticotropo e dell'asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene.

L'elaborato si concentra sulla configurazione del cervello durante l'attivazione di un trauma, osservando come si modificano sia l'area limbica che la corteccia visiva e l'amigdala. Nel capitolo, inoltre, si è approfondito come lavorare sul trauma attraverso il modello 4-D di Frewene e Roth può contribuire al trattamento del disturbo borderline, in particolare nell'implemento della DBT (*Dialectical Behavior Therapy*) e della MBT (*Mentalization Based Therapy*) alle quali verranno dedicati due paragrafi distinti.

Nella seconda parte del capitolo è presente un approfondimento relativo alla strumentazione per lo studio del cervello del BPD e viene presentato uno studio EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) eseguito da Dolores Mosquera e Anabel González-Vázquez nel 2011. L'argomentazione si conclude con la presentazione di quattro modelli di terapie differenti che sono risultate efficaci nel trattamento di pazienti borderline: la terapia dialettico-comportamentale, la schema focused therapy, la terapia centrata sul transfert e la terapia cognitivo analitica.

Le neuroscienze hanno contribuito allo studio del disturbo borderline attraverso alcuni studi che sono stati ritenuti un utile approfondimento: uno studio di stimolazione a corrente diretta di Stefanini e De Panfilis (2020) che ha l'obiettivo di indagare come la stimolazione a corrente diretta applicata sulla corteccia ventro-laterale prefrontale destra in pazienti con DBP (disturbo borderline di personalità) possa modulare reazioni emotive in risposta a contesti di esclusione, inclusione e iperinclusione, simulati tramite il paradigma Cyberball; e uno studio di risonanza magnetica funzionale eseguito da Marchesi e Benci (2019) che ha l'obiettivo di valutare se, durante il processo di riconoscimento delle emozioni facciali (*detection*), soggetti con DBP abbiano già nel primo stadio (riflesso automatico) una maggiore tendenza ad attribuire una valenza emotiva negativa ad espressioni facciali neutre e chiarire gli eventuali meccanismi di difesa di base.

In relazione agli studi presi in analisi si vuole analizzare se il disturbo borderline di personalità si configuri come la convergenza di diversi fattori di natura biologica, psicologica e ambientale, che sono interdipendenti, e che, in determinate condizioni, possono influenzarsi tra loro.

## **CAPITOLO 1: IL TRAUMA**

L'obiettivo di questo primo capitolo è di sviluppare il significato che il trauma assume nella sfumatura di "ferita" dell'organismo psichico, ovvero un blocco, una frattura, una profonda lacerazione che avviene nell'interiorità dell'anima.

Il trauma è una ferita prodotta da una serie di eventi che hanno fatto irruzione in modo improvviso nella vita dell'individuo, ma soprattutto in modo distruttivo (Marinello, 2018).

*“La violenza d’impatto dell’evento esterno è tale da causare una lacerazione di quella barriera protettiva che di norma respinge efficacemente gli stimoli dannosi”.*

Sigmund Freud (1926)

### 1.1. Il trauma come filo conduttore della tela

La parola "trauma" deriva dal greco antico e significa ferita: Tràuma s. m. [dal gr. τραῦμα (-ατος) «ferita»] (pl. -i). La parola ferita assume un significato differente in base al contesto e al ramo di studi in cui viene citata. Può trattarsi di una ferita dell'organismo psichico, di una ferita da trauma così come lo intende la medicina somatica (lesione prodotta nell'organismo da un qualsiasi agente capace di azione improvvisa, rapida e violenta: trauma cranico) o di ferita nel contesto della neuropsichiatria (Vocabolario Treccani, Istituto della Enciclopedia Italiana, anno).

In psicologia e in psicoanalisi si parla soprattutto di trauma psichico come turbamento dello stato psichico prodotto da un avvenimento dotato di notevole carica emotiva. Per questa ragione il trauma è definibile come una grave alterazione del normale stato psichico di un individuo, conseguente ad esperienze ed eventi tristi, dolorosi, negativi, che turbano e disorientano (Dizionario Treccani, Istituto della Enciclopedia Italiana).

Le questioni riguardanti il trauma, uno dei pilastri su cui si è fondato l'intero edificio psicoanalitico, sono al centro del dibattito fin dagli esordi della psicoanalisi e dunque fin dalla "teoria della seduzione" che inizialmente identificava il trauma come esito di un processo di seduzione concreta. Tale teoria definiva infatti la sessualità come la concettualizzazione del fatto che alcuni aspetti legati allo sviluppo sessuale infantile spesso si legavano a traumi ed abusi infantili.

All'interno di questa cornice teorica il bambino con un'im maturità sessuale, intesa nell'ottica dello sviluppo psichico, subisce una stimolazione sessuale in senso lato e pertanto non

necessariamente abusante. Per questo motivo si reputa che la condizione traumatica si sviluppi all'interno di una dinamica relazionale, meglio inquadrata come una relazione interpersonale precoce di tipo fallimentare.

## 1.2 Concettualizzazione del trauma

Il trauma era stato concettualizzato come un episodio unico, isolato, ma soverchiante; un evento improvviso e potente che supera le capacità dell'individuo di fronteggiarlo. Il "trauma ferroviario" è un'espressione di Balint (1949) che rende bene il concetto proprio perché fa riferimento all'immagine di qualcosa che colpisce e travolge.

*“Può agire come un trauma qualsiasi esperienza provochi gli affetti penosi del terrore, dell'angoscia, della vergogna, del dolore psichico, e dipende ovviamente dalla sensibilità della persona colpita se l'esperienza stessa agisce come trauma”*

Breuer e Freud (1892)

L'accento è posto dunque, non tanto sull'avvenimento traumatizzante in sé, ma su una sua particolare rappresentazione che, rimossa, funziona come un corpo estraneo all'interno della struttura psichica, producendovi un effetto patogeno duraturo.

Il trauma è un tema su cui si confrontano e si integrano il pensiero psicoanalitico e le più recenti scoperte delle neuroscienze proprio perché è un evento che sconvolge la continuità del Sé. Può trattarsi di un evento cumulativo (Khan, 1963), ossia un insieme di eventi stressanti che si prolungano nel tempo (piccoli microtraumi silenziosi legati maggiormente alla mancanza di alcuni degli elementi indispensabili per lo sviluppo della psiche e dell'emotività che può fallire in modo specifico), oppure coincidere con un unico fatto dirompente nella vita di una persona, sia essa un bambino oppure un adulto (Khan, 1963).

In conclusione, sono definibili traumatici quegli eventi ai quali il soggetto non è stato in grado di reagire o che non ha potuto dimenticare (nel senso buono del termine), ma anche eventi rispetto ai quali il soggetto può non aver percepito la piena intensità e di conseguenza rispetto ai quali ha utilizzato reazioni di negazione, spesso in modo inconsapevole, per proteggersi dall'impatto emotivo. In seguito a situazioni di carattere traumatico le persone rispondono in modi differenti, talvolta possono non esserci segni visibili, ma possono presentarsi serie reazioni emotive come lo Shock e la negazione o il rifiuto che sono spesso usati per proteggersi

dall'impatto a livello emotivo. Il soggetto potrebbe anche sentirsi intorpidito o distaccato e non sentire immediatamente la piena intensità dell'evento.

### 1.3 Excursus storico

Per Freud la spiegazione del trauma come qualcosa che nasce all'interno di una relazione interpersonale ha a che vedere con una seduzione, più o meno esplicita, da parte di un adulto nei confronti di un bambino in quanto lo eccita. Avendo il bambino un sistema sessuale e psichico immaturo, non può decifrare la connotazione sessuale di questa sollecitazione, e di conseguenza, quando sarà grande e vivrà un'altra sollecitazione sessuale di questo tipo, svilupperà alcuni specifici sintomi (Freud, 1979)).

Freud elabora così il concetto di "azione differita" di un elemento traumatico che si sviluppa a posteriori. Il tema del trauma è determinato dal ruolo che la memoria ha nell'elaborazione del trauma stesso, ovvero nell'organizzazione delle difese e nell'integrazione delle esperienze umane nel loro complesso (Nardelli e Lingiardi, 2014).

Nei primi del Novecento, l'accento si è spostato sulla condizione intrapsichica e sugli aspetti di conflittualità. Ferenczi e gli studi post-bellici di Bowlby e Winnicott hanno ripreso maggiormente in considerazione i traumi reali che derivano da vissuti di perdita e di quelle che sono le condizioni dei microtraumi cumulativi. Con il passare del tempo, c'è stato un aumento di interesse per le conseguenze del trauma, soprattutto grazie all'attenzione rivolta alla dimensione culturale e sociale delle esperienze traumatiche con un interesse verso la prevenzione del maltrattamento e dell'abuso sessuale dei bambini, ma anche la denuncia di quelli subiti dalle donne (Shengold, 1989).

*“il motivo per cui il trauma non termina mai per il cervello è che esso lascia un residuo di affetto non elaborato, dissociato, che il cervello non è in grado di regolare”.*

Philip Bromberg (2011)

La teoria e la pratica psicoanalitica furono condizionate, fin dalla loro nascita, dalla nozione di trauma ereditata da Charcot, anche se in seguito tale teoria traumatica venne abbandonata come eziologia unica delle nevrosi, per dare spazio ad una formulazione teorica che privilegiava in larga misura la fantasia inconscia. Il concetto di trauma derivante dalla psicoanalisi rimane comunque molto importante perché legato ad eventi esterni che, agendo sul soggetto lo feriscono.

### 1.3.1 Il trauma secondo Charcot

A partire dal 1876 Jean-Martin Charcot aveva cominciato a legare i sintomi, che dopo gli incidenti insorgevano nei soggetti interessati, in un unico quadro post-traumatico di nevrosi denominato “isteria traumatica”. Charcot, infatti, non identificava l’isteria come una malattia femminile, in quanto i sintomi post-traumatici erano più frequenti negli uomini. L’isteria veniva descritta come la conseguenza di incidenti lavorativi, in particolare incidenti ferroviari. Questo tipo di infortuni era molto frequente all’epoca e spesso provocava le paralisi, causate dalle lesioni organiche del sistema nervoso. Interessante, tuttavia, è il fatto che a volte si verificasse una paralisi nonostante l’assenza di un trauma organico.

Come sopra accennato, Charcot sosteneva che un incidente potesse suscitare nell’individuo infortunato l’idea che si stesse verificando un grave danno. L’elaborazione di questo pensiero avrebbe potuto a sua volta divenire patogena e produrre una paralisi, che avrebbe condotto nel soggetto stati mentali di obnubilamento e dissociazione della coscienza. Per questa ragione il disturbo nervoso veniva concepito come una “lesione dinamica” e l’idea patogena era considerata come un parassita insediatosi nella corteccia motoria. L’ideogenesi diventa dunque un nuovo paradigma che consente di guardare con una diversa prospettiva quei fenomeni che precedentemente erano ascritti al paradigma nervoso.

Charcot inoltre, estese le riflessioni elaborate rispetto alla paralisi traumatica anche ad altri sintomi, come i sintomi isterici in apparenza del tutto diversi. Prima di Charcot le pazienti isteriche, pazienti che soffrivano di disturbi fisici in assenza di lesioni organiche, erano considerate simulatrici, inaffidabili e bugiarde oppure vittime di un sistema nervoso complessivamente indebolito, che produceva disturbi funzionali casuali e privi di significato. Lavorando con le pazienti isteriche ricoverate all’interno del suo reparto Charcot avanzò l’ipotesi che l’isteria avesse una base traumatica in senso psichico e secondo le sue ricerche vi era un’idea rimasta latente nella persona che si sarebbe potuta manifestare in occasione di un successivo evento traumatico. Charcot ipotizzava queste pazienti non sviluppassero i sintomi a causa delle conseguenze fisiche portate dal trauma, ma a causa dell’idea che avevano sviluppato intorno ad esso. Si iniziava dunque a pensare che le isteriche soffrissero di un disturbo della mente e non del cervello. In altri termini, era l’idea che provocava la paralisi e quindi l’isteria traumatica.

*“L’influenza del traumatismo sulla produzione delle paralisi e delle contratture è ben nota. Non vi è nessun rapporto fra la violenza del traumatismo e il grado del disturbo motorio che gli tiene dietro. Il fattore essenziale è l’emozione, lo shock morale che accompagna la violenza. La paralisi che compare dopo i traumatismi non compare immediatamente dopo lo shock, ma soltanto dopo un tempo più o meno lungo, dopo un periodo di incubazione o di meditazione, di auto-suggestione, durante il quale l’idea di impotenza dell’arto ferito, ingigantisce e si impone alla mente dell’ammalato”*

Charcot (1897, p. 517)

Tutti i sintomi isterici erano provocati da una componente emotiva, ovvero da una sensazione di spavento, che causava un’idea fissa, inconsapevole al soggetto e questo permetteva di spiegare parzialmente il meccanismo del trauma, mettendo in evidenza che i pensieri e i ricordi non consapevoli erano in grado di influenzare il comportamento.

### 1.3.2 Il trauma secondo Freud

Sigmund Freud (1926) con il termine trauma si riferisce a quelle situazioni provocate da una violenza d’impatto tale da causare una rottura o uno sfilacciamento della barriera protettiva che ha il compito di respingere gli stimoli dannosi. Per questo motivo abbandonò la teoria della seduzione a favore della “teoria della fantasia inconscia”. Secondo questa teoria sono le fantasie sessuali inconscie del bambino che generano il trauma e il disturbo mentale. La fantasia è un’attività mentale alla base della realizzazione del desiderio e si sviluppa quando un desiderio istintuale viene frustrato.

Le prime fantasie non nascono da una strutturata conoscenza del mondo esterno perché la loro fonte di vita è interna e risiede negli impulsi istintuali; esprimendo una conoscenza che è radicata negli impulsi corporei. Successivamente queste fantasie vengono lentamente modificate grazie allo sviluppo degli organi per la percezione della realtà esterna e grazie ad un’immersione nel mondo simbolico della cultura (Hinshelwood, 1989). Questa modalità di pensiero della fantasia si scinde dall’esame di realtà che avviene attraverso il principio di realtà, rimanendo subordinata al principio del piacere, ma a causa di stimolazioni esterne al soggetto si possono ripresentare i fantasmi del genere originario.

Laplanche e Pontalis nel 1967 sostengono che le strutture fantasmatiche tipiche: la vita intrauterina, la scena originaria, la castrazione e la seduzione, individuate dalla psicoanalisi, organizzino la vita fantasmatica qualunque siano le esperienze personali dei soggetti. Tra questi

fantasmi è presente anche la costellazione edipica, che è costituita dagli impulsi di rivalità e quindi da un'attrazione in senso lato, che il bambino ha provato nei confronti del partner della relazione genitoriale di sesso opposto al suo (bambina per il padre, bambino per la madre). Freud intuisce che le fissazioni e i conflitti legati a questo sono connessi al trauma e suggerisce che la cura non debba limitarsi a raccogliere informazioni relative ai fatti, ma piuttosto comprendere il vissuto interiore associato all'evento stressante.

Nei primi anni del Novecento (1915–1917) Freud elaborò la “teoria psicoanalitica del trauma”, in cui mise in evidenza come l'intensità di un evento potesse apportare alla vita psichica di un individuo una quantità di stimoli tali per cui quest'ultimo non sarebbe stato in grado, né di scaricare, né di sfogare attraverso un pianto liberatorio il suo dolore, tanto meno di elaborarlo. “I disturbi permanenti nell'economia energetica della psiche” sono stati sviluppati proprio a partire da quest'ultimo concetto (Marinello, 2019).

Si può affermare dunque, che ciò che produce un trauma è un evento estremo, violento e lesivo, che intacca il senso di integrità del Sé e mette in scacco i meccanismi di difesa e quindi la capacità stessa di fronteggiare la situazione, lasciando dietro di sé un senso di vulnerabilità e di sconfitta (Balocco, 2013).

“Inibizione, sintomo e angoscia” (Freud, 1926) segna il momento della definitiva elaborazione freudiana della teoria del trauma: il destino del trauma è strettamente associato a quello dell'angoscia, che si manifesta come affetto dell'Io, sia in maniera automatica e immediata in conseguenza della rottura della barriera protettiva contro gli stimoli, sia come segnale di allarme difensivo nei confronti di nuovi potenziali pericoli traumatici.

Si conclude così il lungo percorso dell'elaborazione teorica destinata a differenziare il concetto psicoanalitico di trauma da quello ereditato da Charcot: dalla nozione iniziale di trauma unico ed esterno si arriva a quella, elaborata in questo lavoro, di “situazioni traumatiche ubiquitarie”, che hanno la tendenza a manifestarsi in momenti particolari dello sviluppo infantile, di passaggio da una fase maturativa all'altra (lo svezzamento, l'apprendimento del controllo degli sfinteri, ecc) e viene sottolineato il ruolo importante della “perdita”, cioè di una condizione di mancanza e di assenza, rispetto a quella di una presenza (aggressiva, violenta, seduttiva, ecc.), che fino a quel momento aveva sempre rappresentato l'elemento scatenante del trauma. La perdita, uno dei concetti chiave di questo lavoro insieme a quello di impotenza (*Hilflosigkeit*), si riferisce sia a oggetti esterni (madre, seno, pene, ecc.) che a situazioni interne (amore del

Super-Io, ecc.). Freud sottolinea soprattutto il possibile ruolo patogeno e traumatizzante, dell'oggetto assente.

“Analisi terminabile ed interminabile” (1937) è l'occasione per Freud di rivedere tutta la sua teoria e rimeditarla. Freud riafferma l'etiologia mista dei sintomi nevrotici, che deriverebbero dall'esistenza di pulsioni troppo forti, difficilmente controllabili dall'Io, o dall'effetto di traumi antichi non padroneggiati dall'Io troppo immaturo del soggetto e da alterazioni dell'Io provocate da esperienze difensive precoci.

### 1.3.3 Il trauma secondo Janet

Pierre Janet nel 1893 riassunse perfettamente il concetto di trauma psicologico, sostenendo il ruolo patogeno del trauma reale, senza una sfumatura necessariamente sessuale. Secondo Janet il trauma è il risultato dell'esposizione dell'individuo ad un evento stressante che va oltre i meccanismi di coping della persona. Il trauma ha un ruolo frammentante e disorganizzante sulle attività psichiche dell'individuo, che, separate dalla coscienza, ne alterano il suo funzionamento (Lingiardi e Nardelli, 2014).

Nel momento in cui l'individuo si sente sopraffatto dalle sue emozioni, i ricordi non possono essere trasformati in esperienze narrative neutrali, mentre il terrore impedisce l'integrazione dell'evento traumatico e rende frammentari i ricordi traumatici, separandoli dalla coscienza ordinaria, lasciandoli organizzati in percezioni visive, preoccupazioni somatiche e reazioni comportamentali. Per quanto riguarda la terapia del trauma è stato evidenziato da van der Kolk, (2015) come i pazienti, quando iniziano fisicamente a percepire quella che sarebbe potuta essere l'azione attacco-fuga, riescono finalmente a rilassarsi e a manifestare la loro completezza.

### 1.3.4 Il trauma secondo Ferenczi

Sándor Ferenczi intende il trauma come un processo che ha luogo nell'individuo che subisce un'aggressione da parte di una forza schiacciante (Vitale, 2014). Il trauma viene inteso come un fattore di grave disturbo psichico, in quanto è una violenta rottura della continuità psichica, che influisce sul lavoro della memoria traumatica “congelata come se non fosse soggetta ad un processo di ritrascrizione” (Modell A., H., 1997, pag.30), e a causa della quale vengono modificate le funzioni mentali ed emotive del bambino.

Con il concetto di "trapianti estranei e scissi" che vegetano lungo tutta la vita, Ferenczi ha messo in piena evidenza per la prima volta nella storia della psicoanalisi clinica, il concetto di

"identificazioni patologiche" che producono in una persona effetti di scissione e dissociazione nell'Io, con conseguente alterazione della consapevolezza.

Per Ferenczi quando si parla di trauma ci si riferisce ad una configurazione particolare nella quale i bisogni dell'adulto prevalgono su quelli del bambino che si trova così misconosciuto, cioè denegato. Il diniego grava essenzialmente sia sui vissuti affettivi, che sui processi di pensiero. La squalifica da parte dell'oggetto (la madre o l'ambiente) assume allora il valore di una vera violazione psichica che comporta il rifiuto e il diniego dell'Io o l'agonia della vita psichica (Bowlby, 1988).

Un'esperienza dolorosa negativizzante comporta una "auto-lacerazione" (una scissione) e la storia di abuso fisico e sessuale nell'infanzia possono essere considerati un fattore predittivo di atti autolesivi e tentativi di suicidio (van der Kolk e colleghi, 1991). Quando i bambini si sentono in colpa oppure arrabbiati, sono spaventati e hanno paura di essere abbandonati e spesso questa percezione è dovuta ad esperienze passate di rifiuto o durezza (Roth e colleghi, 1997). Una delle traduzioni cliniche di questo paradigma è quella del *wise baby* (un bambino intellettualmente ipermaturo, ma affettivamente immaturo) che, per far fronte al travalicamento delle difese, si ritira dalla sfera psichica e diviene osservatore sapiente dell'evento traumatico per mezzo di una scissione autonarcisistica (Bokanowski, 2001).

Questa scissione comporta un'evacuazione/espulsione/proiezione di una parte dell'Io. La parte dell'Io lasciata vuota è rimpiazzata da un'identificazione con l'aggressore con i suoi affetti del tipo "terrorismo della sofferenza"; la parte espulsa/proiettata dell'Io diviene allora onnisciente, onnipotente, disaffettivizzata. Come scrive Ferenczi (1933), il soggetto scinde la "propria persona in una parte indolenzita e brutalmente distruttiva, e in un'altra parte onnisciente e insensibile". Di conseguenza il trauma è legato alla confusione delle lingue (una "seduzione" del bambino da parte dell'adulto per la confusione del "linguaggio della tenerezza" con il "linguaggio della passione"), vale a dire legato sia alle risposte inadeguate dell'oggetto di fronte all'angoscia del bambino, sia a quelle che sono state date per soddisfare i desideri dell'adulto. Il trauma traduce così un'assenza di risposta adeguata da parte dell'oggetto di fronte a una situazione di impotenza, assenza che mutila per sempre l'Io, mantenendo uno stato traumatico permanente e una sensazione di impotenza primaria (*Hilflosigkeit*) che, durante tutta la vita, si riattiva alla minima occasione, quindi compresa quella provocata dalla situazione analitica (Ferenczi, 1933).

Il concetto di trauma comincia ad includere non solo comportamenti o fatti eclatanti che colpiscono il bambino, bensì anche non riconoscimenti o misconoscimenti, incomprensioni, fraintendimenti e attribuzioni. Per uscire da questo stato egli finisce col sottometersi alla più

forte volontà dell'adulto e a identificarsi con lui attraverso un processo di “identificazione con l'aggressore”: l'evento da extrapsichico si trasforma in intrapsichico.

Si mettono in moto dei processi di scissione che portano ad una frammentazione della personalità del soggetto, che si ripercuoterà ed avrà conseguenze durevoli sulle capacità del paziente di intraprendere relazioni future significative (Bonfiglio, 1996).

Per questi autori rimane cruciale il concetto freudiano dei due tempi del trauma, poiché la situazione traumatica all'interno dell'apparato psichico si genera non tanto per l'evento in sé, quanto per la sua inelaborabilità. Il trauma resta così separato da un possibile processo di storicizzazione fondato sulla rielaborazione (*Nachträglichkeit*).

#### 1.4 Trauma e ricordo

Verso la fine del 1900 l'accento di questo filone di teorie viene posto su una rappresentazione dell'avvenimento traumatizzante che, rimossa, funziona come un corpo estraneo all'interno della struttura psichica, producendovi un effetto patogeno duraturo (Kluzer, 1996).

Durante il percorso dello sviluppo emotivo, se si trova nelle condizioni di poter fare un'esperienza psichica, l'individuo “soffre il piacere”, che implica che è in grado di vivere situazioni tristi e felici e di affrontare una situazione di stress poiché possiede gli strumenti di  *coping*  necessari. Il soffrire è un'esperienza psichica che permette di sviluppare una mente che è in grado di tollerare ed elaborare quello che stiamo vivendo senza lasciarsi sovrastare.

Quanto appena affermato può trovare seguito nella patogenesi del sintomo nevrotico che avviene in due tempi: c'è un primo momento che dovrebbe essere considerato traumatico e che invece non risulta tale, e un secondo momento, apparentemente emotivamente neutro, che viene trasformato in traumatico da un processo soggettivo di rielaborazione fantasmatica e rappresentativa (Freud 1895).

Secondo Baranger e colleghi non si tratterebbe quindi di un'azione differita, quanto piuttosto di una causalità retroattiva del presente sul passato. Ciò significa che la traccia mnestica viene continuamente trasformata nelle mappe neurali e di conseguenza l'evento e l'emozione vissuti nel passato possono assumere con il tempo un significato differente nel presente (lavoro retroattivo). La memoria traumatica, infatti, differisce dal ricordo e coinvolge diversi livelli della mente e del cervello ed inoltre può riaffiorare in forma di flashback contenenti frammenti di esperienza, immagini, suoni e sensazioni fisiche, che spesso non hanno un contenuto diverso da paura e panico (van der Kolk, 2015).

I ricordi traumatici sono spesso disorganizzati perché le sensazioni che sono registrate nel cervello nel momento in cui si verifica il trauma non si assemblano insieme formando una storia coerente. Come avevano sostenuto Freud e Breuer nel 1893, il ricordare un trauma nella sua interezza non comporta necessariamente la sua risoluzione (van der Kolk, 2015).

## 1.5 Trauma e attaccamento

Bowlby ha definito l'attaccamento come una base sicura, da cui il bambino si può muovere per andare ad esplorare il mondo. La letteratura clinica e scientifica ha verificato che avere una base sicura favorisce lo sviluppo di un senso di autonomia nell'individuo e di compassione verso coloro che soffrono (van der Kolk, 2015). Per lo sviluppo di un attaccamento sicuro è necessaria la sintonizzazione emotiva del caregiver: bambini e genitori sincronizzati a livello emotivo, lo sono di conseguenza anche a livello fisico (Tronick, 1989).

Un attaccamento sicuro contribuisce in maniera significativa alla costruzione di un *locus of control* interno, che è fondamentale affinché il bambino possa gestire in modo sano le difficoltà riscontrabili nel percorso di vita (Main, 1996).

La teoria formulata da Bowlby sulla disorganizzazione dell'attaccamento e le risposte ai traumi prevede che nel corso della vita le risposte meno disfunzionali alla separazione, alla perdita, all'abbandono e in generale agli eventi traumatici siano legate alla precedente esperienza di (almeno un) attaccamento sicuro, e dunque all'esistenza di un MOI (modello operativo interno) sicuro al momento della separazione, della perdita o del trauma (Bowlby, 1969, 1973, 1980).

Sebbene i dati di ricerca finora disponibili solo in parte avvalorino e confermino questa previsione, uno studio in particolare suggerisce che la dimensione organizzazione-disorganizzazione sia più importante della dimensione sicurezza-insicurezza per permettere di osservare, in funzione dell'attaccamento, risposte negative a traumi di separazione e perdita (Adams, Keller e West, 1995). Sarebbe dunque la disorganizzazione dell'attaccamento, molto più che la semplice insicurezza, a permettere di prevedere risposte francamente patologiche ad eventi traumatici o di perdita. Le nostre mappe neurali sono implicite e radicate all'interno del cervello emotivo (van der Kolk, 2015).

L'attenzione alle dimensioni intrapsichiche e agli aspetti di perdita permettono una digressione sulla disorganizzazione dell'attaccamento. Uno dei principali effetti che il trauma esercita nello sviluppo individuale è la formazione di particolari stili di attaccamento. Questo disturbo, infatti, è associato all'interiorizzazione di stili di attaccamento insicuro, spesso di tipo disorganizzato, dove l'abuso è inteso sia come trascuratezza che come maltrattamento.

A tal proposito, sul piano eziopatogenetico e sul piano diagnostico, sarebbe interessante utilizzare modelli di intervento che integrano modelli riguardanti l'attaccamento e modelli relativi al disturbo borderline di personalità (Liotti e Farina, 2011). I bambini che non si possono sentire sicuri durante l'infanzia avranno maggiori difficoltà nella regolazione dell'umore e nelle risposte di tipo emotivo. Inoltre, senza un senso di sicurezza interno, sarà per loro molto complesso distinguere la sicurezza dal pericolo (Finkelhor, Ormond e Turner, 2007). I pattern precoci di attaccamento, quindi, creano mappe interne che nel corso della vita dell'individuo, tracciano le sue relazioni, ovvero ciò che ci si può aspettare dagli altri, ma anche se si riesce a sperimentare conforto o piacere in loro presenza. Essere in sincronia con l'altro richiede che vi sia una complessa integrazione dei sensi (vista, udito, tatto ed equilibrio) (van der Kolk, 2015). Come afferma Bowlby (1988), i genitori devono cercare di essere elastici e comprensivi, ma anche solidi e capaci di mantenere la "barra dritta" per far sì che un bambino cresca e far sì che attraverso l'adulto si veicoli un'accettazione affettiva di quanto il bambino prova offrendo una specie di "diritto di cittadinanza". Il diniego da parte dell'ambiente rende più traumatico e patogeno l'evento stesso, poiché viene negata e misconosciuta la percezione della realtà che l'individuo vive. Nei pazienti traumatizzati vi è un collasso delle "identificazioni normali" (l'interiorizzazione di relazioni intersoggettive, consentono uno sviluppo psichico tipico) e l'insorgenza di "identificazioni patologiche" (non integrandosi nel processo evolutivo, si insediano nella mente e restano scisse come corpi estranei al resto del funzionamento psichico). L'evoluzione psichica viene così del tutto o in parte impedita e bloccata; il bambino risulta espropriato di qualcosa di suo e di specifico, trovandosi depositario internamente di qualcosa di estraneo, che proviene dai genitori (Borgogno, 1999).

Sono quindi da considerarsi traumatiche proprio quelle vicende che non sono suscettibili di elaborazione psichica rappresentativa e quegli accadimenti esterni o interni che non possono essere integrati nella realtà psichica, perché non vengono reperiti mezzi adeguati a esprimere "rappresentazioni" significative di tali "dati" dell'esperienza (Giaconia e Racialbuto, 1997).

## 1.6 Trauma ed organismo

Janet (1929). riteneva che l'evento traumatico provocasse un eccesso di attivazione neurologica, tale da superare la capacità di adattamento emotivo e cognitivo dell'individuo, che produce un insieme di fenomeni come la dissociazione della coscienza, l'ottundimento emotivo, e una possibile riattivazione dell'esperienza traumatica, che spesso possono essere alla base del disturbo borderline di personalità.

Ferenczi riportava un'attenzione costante ai vissuti e ai punti di vista del paziente, attribuendo alle sue affermazioni un grande valore. Le nevrosi traumatiche della Prima Guerra Mondiale (1916), ritenute spesso delle invenzioni dei soldati, secondo Ferenczi evidenziavano quanto i dettagli e l'esperienza psichica del paziente fossero fondamentali per l'elaborazione del trauma. Nei soldati che erano ritornati dal fronte illesi dal punto di vista fisico, erano presenti una serie di sintomi come mal di testa, vertigini, amnesia, tremori, difficoltà di concentrazione che si presentavano spesso in un individuo che aveva assistito ad un evento catastrofico senza esserne stato fisicamente coinvolto. In altre parole, come ha sostenuto Abram Kardiner (1941), lo stress post traumatico non ha luogo interamente soltanto nella testa del soldato, ma ha anche una base fisiologica, perché i sintomi nascono dalla risposta che il corpo fornisce al trauma originario "il nucleo della nevrosi è una fisionevrosi" (Kardiner, 1941, p.7).

Aron e Harris sottolineano che Ferenczi non torna alla primitiva teoria della seduzione (come tendeva a pensare invece Freud), ma apre l'orizzonte su una terza possibilità tra quella del ricordo accurato di fatti storici e quello delle bugie, ovvero il fatto che i pazienti ricordino eventi simbolicamente accaduti.

A livello corporeo il trauma produce vistosi cambiamenti nel sistema neurovegetativo, neuro endocrino, muscolo-scheletrico e immunitario:

- Maggior secrezione di adrenalina, endorfine, cortisolo, serotonina
- Maggiore forza muscolare
- Attività cardiaca e respiratoria accelerata
- Anestesia somatica: la reazione al dolore diminuisce, non si sentono più la fame e la sete

A livello della psiche:

- L'attenzione e la concentrazione sono focalizzate all'esterno e conducono ad azioni concrete
- L'individuo si allontana con la mente da ciò che sta succedendo (insensibilità)
- Le sue emozioni sono alterate (anestesia psicologica)

## 1.7 Trauma e senso di Sé

Un individuo per sentirsi presente ha innanzitutto bisogno di sapere dov'è ed essere consapevole di ciò che sta avvenendo. Questo risulta impossibile se il sistema del senso di Sé è danneggiato, per cui se è danneggiato è necessario provare a riattivarlo (van der Kolk, 2015).

Come afferma Damasio “talvolta usiamo la mente non per scoprire i fatti, ma per nasconderli. Usiamo una parte della nostra mente come schermo per impedire ad un'altra sua parte di sentire quel che accade altrove” (Damasio, 1999, p.45). Le sensazioni fisiche però permettono agli stati interni del corpo di raggiungere un'autoconsapevolezza rispetto a ciò che sta avvenendo (Damasio, 1999). Ciò che accade intorno al soggetto influisce sulle sue sensazioni fisiche, di conseguenza si può facilmente comprendere che il ruolo del cervello è quello di monitorare e dare giudizi su ciò che accade. Le valutazioni stesse di questo processo sono trasmesse attraverso messaggi chimici del circolo ematico e gli impulsi elettrici situati all'interno dei nervi, i quali provocano deboli o intensi mutamenti nel corpo e nel cervello. I ricercatori scientifici hanno trovato riscontro di quanto appena spiegato nell'evidenza delle problematiche che le persone traumatizzate riportano a livello fisico (van der Kolk, 2015).

Inoltre, le strutture con specifiche funzioni di registrazione dei vissuti di fondo sono situate vicino alle aree adibite al controllo delle funzioni della gestione di base, quali respiro, appetito, ritmo sonno-veglia e controllo sfinterico. Damasio definisce queste aree del cervello “proto-Sé”, dal momento che creano “la conoscenza non verbale” che si trova al di sotto del senso di Sé cosciente di ciascun individuo (van der Kolk, 2015).

Rivivere emozioni negative provoca di conseguenza cambiamenti significativi nelle aree cerebrali che si occupano della ricezione dei segnali nervosi dai muscoli, dall'intestino alla pelle; ciascuna emozione genera uno specifico e caratteristico schema all'interno del cervello, che viene gestito dal sistema limbico, il quale è tradizionalmente connesso alle emozioni (Damasio, 2000). Questo accade perché le emozioni costituiscono un insieme di risposte chimiche e neurali, che unite formano uno schema (*pattern*) (Damasio, 1994); di conseguenza sentire un'emozione consiste nel possedere immagini mentali che nascono dagli schemi neurali, i quali rappresentano le variazioni nel corpo e nel cervello, che costituiscono un'emozione.

La mente necessita di essere rieducata a sentire le sensazioni fisiche, mentre il corpo ha bisogno di essere supportato nel tollerare e beneficiare del contatto con l'altro (van der Kolk, 2015). Una buona regolazione del Sé dipende dalla presenza di una buona relazione con il proprio corpo. Se questa relazione non è presente si deve per forza fare affidamento ad una regolazione esterna che può sfociare nell'abuso di farmaci, droghe, rassicurazione costante o accondiscendenza compulsiva. Queste modalità appena elencate vengono utilizzate dall'individuo nel tentativo di silenziare le richieste d'aiuto interne, ma non impediscono comunque agli ormoni dello stress di mobilitare il corpo. Tali richieste di aiuto interne (ormoni dello stress) si manifestano in particolare attraverso sintomi somatici, nei soggetti traumatizzati anche in assenza di cause fisiche (van der Kolk, 2015).

### 1.7.1 Trauma ed alessitimia

Il termine alessitimia si riferisce all'impossibilità di tradurre le emozioni in parole ed è un disturbo che compromette la consapevolezza e la capacità descrittiva degli stati emotivi esperiti, rendendo sterile e incolore lo stile comunicativo (Dizionario Treccani, Istituto della Enciclopedia Italiana).

I soggetti traumatizzati non riescono ad identificare il motivo delle loro sensazioni fisiche e questo impedisce loro di descrivere ciò che sentono. L'incapacità di descrivere ciò che si percepisce si traduce in una conseguente difficoltà a prendersi cura di sé e questo induce il soggetto che registra le emozioni come problematicità fisica a non cogliere i segnali ponendovi la giusta attenzione (van der Kolk, 2015). Il cervello non sente e una maggiore mancanza di contatto e vicinanza con i propri sentimenti porta ad una minore attività delle aree del cervello che sono connesse al Sé (Frewen e Ruth, 2008).

### 1.7.2 Trauma e depersonalizzazione

Durante le esperienze traumatiche è molto frequente che si inneschi un processo di depersonalizzazione, che porta le persone traumatizzate a sentirsi separate dal loro corpo con una conseguente scissione del Sé da esso, vivendo un'esperienza fantasma a sé stante. Con questo termine si intende un'esperienza soggettiva di irrealtà, di estraneità dai propri pensieri e della proprie emozioni che inoltre subiscono una grave alterazione. Il soggetto si percepisce come un osservatore esterno di se stesso (Sierra, 2009). La depersonalizzazione è spesso correlata ad una diminuzione o perdita di reattività emotiva, come una sorta di intorpidimento fisico ed emotivo (APA, 2013). L'ottundimento emotivo comporta una conseguente disconnessione dal proprio corpo che viene spesso descritta come un'esperienza extracorporea (Bulli, 2018).

La mente ha bisogno di essere rieducata a percepire le sensazioni fisiche del corpo e a tollerare il contatto fisico. La persona traumatizzata ha bisogno di superare la paura che si prova a vivere in un corpo sempre in allerta per uscire, infine, dalla prigione del passato e poter accedere ad un presente (van der Kolk, 2015).

### 1.7.3 Trauma e dissociazione

La persona che subisce un trauma avverte un acuto senso di impotenza e per proteggersi da questo vissuto di annichilimento, si attiva in essa il meccanismo difensivo inconscio della dissociazione. La dissociazione è una potente difesa che ha il fine di mantenere il controllo mentale soprattutto quando si avverte di perdere il dominio sul proprio corpo e può determinare vissuti di depersonalizzazione. La depersonalizzazione è una sorta di isolamento interno, di separazione tra il corpo, le emozioni, i pensieri, la memoria e la realtà, fino alla sensazione ultima di non abitare più il proprio corpo, di essere sospesi e lontani dalla realtà, quasi osservatori esterni. Può anche avvenire il contrario: si può andare verso la derealizzazione: sensazione che il mondo non sia reale, una sorta di sogno senza vita, distorto (Antinori, 2018). Da un punto di vista neurobiologico, la dissociazione riflette l'incapacità del sistema corticale-sottocorticale destro del Sé implicito di elaborare la percezione degli stimoli esterni e compiere un processo di integrazione momento per momento, sia degli stimoli interni che degli stimoli esterni (Shore, 2011).

Il trauma, a seconda del grado di intensità e della capacità di tenuta della vittima, "dissocia" aspetti diversi del Sé. La dissociazione è l'essenza del trauma: i frammenti sensoriali del ricordo vengono sistematicamente vissuti un'altra volta nel presente. Questo significa che i flashback della situazione traumatica e il rivivere i sintomi di quel momento, in qualche modo peggiorano il trauma stesso. Se gli elementi del trauma vengono continuamente rievocati, anche l'ormone dello stress che lo accompagna influisce sul ricordo impresso nella mente, via via in modo sempre più profondo. In aggiunta il trauma, per via della sua stessa natura, porta l'individuo al limite della comprensione che induce un'incapacità a comunicare attraverso un linguaggio condiviso e avere un passato "immaginabile" (van der Kolk, 2015). Dunque, determinate sensazioni possono innescare spesso un flashback che ritorna alla coscienza in un modo apparentemente identico anche dopo il trascorrere del tempo.

Questo meccanismo appena delineato riesce a dare un senso anche al fatto che alcune persone traumatizzate sperimentano un blocco, che comporta l'arresto della crescita, dovuto dall'incapacità di integrazione di nuove esperienze nella vita attuale del qui ed ora. Il trauma subito porta spesso l'individuo ad organizzare la propria vita come se l'evento traumatico stesse ancora accadendo e ciò comporta la contaminazione da parte del passato di qualsiasi nuovo fatto o incontro: il mondo viene percepito con un sistema nervoso differente. Per quanto riguarda la cura, quanto appena affermato sottolinea l'importanza di coinvolgere tutto l'organismo, dunque corpo, mente e cervello (van der Kolk, 2015). Nei trattamenti sul trauma,

infatti, è necessario che si tenga conto delle funzioni corporee e occorre tenere a mente che qualsiasi cosa succede nel corso della vita di un bambino influisce e contribuisce alla mappa emotiva e percettiva del mondo, che si costruisce grazie al cervello in via di sviluppo. Infine, se ci si sente amati e al sicuro, il cervello riesce a specializzarsi nell'esplorazione, nel gioco e nella cooperazione, al contrario se ci si sente indesiderati e si ha timore dell'altro allora il cervello si specializzerà nella gestione dei sentimenti quali la paura e l'abbandono, poiché il trauma ha a che fare con il "non essere visti" e il "non essere rispecchiati" (van der Kolk, 2015).

Il trauma, dunque, dissocia il corpo dalla mente e dissocia il Sé osservante dal Sé esperiente, attraverso la depersonalizzazione e la derealizzazione. Il trauma dissocia la coscienza e gli stati di coscienza, sino alla trance e alle personalità multiple, la memoria e gli affetti collegati con le memorie traumatiche (Panizza, 2008).

La rimozione opera in senso orizzontale e topico, facendo slittare i vissuti che non vanno nel preconscious e nell'inconscio dinamico. La dissociazione opera in senso verticale: la personalità multipla appare come uno spaccato verticale della personalità, non come una stratificazione geologica sepolta dalla rimozione (Panizza, 2008).

McDougall (1995) ha mostrato un particolare interesse clinico per le microdissociazioni, che ha definito come gli elementi del Sé dissociati dall'esperienza, confinati in una zona della mente in cui galleggiano conservando vita propria. Recentemente ella ha riaffermato la natura per sua essenza traumatica anche della sessualità, in entrambe le evenienze: mantenimento di un nucleo di *Hilflosigkeit* (impotenza) e azione traumatica della sessualità. L'autrice sostiene che, alla base degli aspetti clinici propri delle "esperienze traumatiche", può essere rintracciata una difficoltà nel rappresentare nella mente dell'individuo l'impatto degli eventi esterni e le domande che provengono dal mondo interno.

## 1.8 Classificazione del trauma da parte del DSM-IV e DSM-5

Il DSM IV definisce il trauma come: "un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte, lesioni gravi o altre minacce all'integrità fisica" (American Psychiatric Association, 1994).

Le vittime di un trauma psicologico, nella maggior parte dei casi, riescono a controllare le reazioni allo stress in modo naturale attraverso un processo di integrazione delle informazioni relative a quell'evento con le reti mnestiche del cervello, ricollocando l'evento in modo

costruttivo e adattivo nel passato e sviluppando un'adeguata capacità di narrare l'evento accaduto. In alcune situazioni invece le reazioni al trauma non si risolvono in modo così "spontaneo" e si può sviluppare un quadro sintomatologico sempre più grave e complesso fino alla diagnosi di "disturbo post-traumatico da stress" in cui l'evento traumatico è costantemente rivissuto e si continuano a provare tutte le emozioni, sensazioni e pensieri negativi esperiti in quel momento (Maniscalco, 2022).

Il DSM-5 definisce il trauma come un "evento che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi, o altre minacce all'integrità fisica; o la presenza ad un evento che comporta morte, lesioni o altre minacce all'integrità fisica di un'altra persona; o il venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altra persona con cui è in stretta relazione. La sofferenza psicologica che segue l'esposizione ad un evento traumatico o stressante è molto variabile. È chiaro, tuttavia, che molti individui che sono stati esposti ad esso mostrano un fenotipo in cui, piuttosto che sintomi basati sull'ansia o sulla paura, le caratteristiche cliniche più evidenti sono: sintomi anedonici e disforici, sintomi di rabbia e aggressività esternalizzate o sintomi dissociativi." (DSM-5).

Il quadro sintomatologico individuale è una dimensione necessaria, ma non sufficiente, così come necessaria ma non sufficiente è la valutazione delle caratteristiche dell'evento, per questo occorre che vengano considerate entrambe. Un evento sconvolgente comporta alcune conseguenze a livello mentale; queste rendono il soggetto temporaneamente impotente e bloccano le ordinarie operazioni di *coping* e di difesa (Terr, 1994).

È importante, infatti, considerare tra i primi fattori dell'evento traumatico l'età della vittima, perché tanto è più giovane la vittima, tanto più il trauma avrà un forte impatto sul suo mondo interno. Inoltre, le situazioni a livello prognostico meno favorevoli sono quelle associate a gravi abusi e per di più di lunga durata (*dose-response relationship*) che implicano una penetrazione, la paura di essere feriti o addirittura uccisi e la violenza che viene inflitta al bambino da parte di un genitore o della persona che si prende cura del bambino (Nardelli e Lingiardi 2014).

Sempre rimanendo all'interno della descrizione dei traumi, si può evidenziare quanto alcuni traumi abbiano ruoli patogeni preminenti, mentre altri facilitanti. Generalmente l'abuso è sempre associato a gravi variabili patologiche. Ci sono due tipologie di abuso familiare, quello extrafamiliare e quello intrafamiliare, rispetto a cui è sempre fondamentale osservare che ruolo assume la madre (ambiente materno), nonostante l'abusante sia quasi sempre un uomo.

I fattori traumatici focali e i fattori cumulativi relazionali sono fortemente intrecciati e si può osservare come nelle famiglie a più alto rischio di maltrattamento o violenza, è più possibile

riscontrare gravi disturbi dell'attaccamento. Inoltre, se la violenza inflitta al bambino avviene all'interno del contesto familiare, in cui il bambino si trova ad avere una relazione di dipendenza con il suo *caregiver* abusante, il trauma rifletterà questo abuso riportando conseguenze maggiori rispetto ad un abuso inflitto da un soggetto sconosciuto, proprio perché la relazione di attaccamento composta da fiducia e dipendenza viene lesa.

I traumi complessi, diversamente dai traumi singoli, si ripetono nel tempo e sono di natura interpersonale, ed il loro impatto è grave e pervasivo in quanto avvengono in età evolutiva, poiché contribuiscono alla formazione della personalità e causano un'alterazione dell'identità e una dissociazione tra gli stati dell'Io. Per queste ragioni il disturbo post traumatico da stress complesso potrebbe essere inserito all'interno dei disturbi dissociativi o essere definito disturbo post traumatico di personalità. Questa specifica permetterebbe di sottolineare l'esistenza di una maggiore somiglianza in generale con i disturbi di personalità, in particolare con il disturbo borderline, sebbene tuttavia occorra tenere presente che i sintomi dissociativi sono maggiori e le storie traumatiche possono assumere una maggior rilevanza in fase amnestica (Classen, 2006).

Un limite del DSM-5 è che non prende in considerazione in modo sufficientemente adeguato le conseguenze che il trauma può avere sul soggetto in particolare per ciò che concerne le influenze delle risposte ambientali e l'eventuale presenza di fattori protettivi. Le esperienze traumatiche, infatti, producono anche emozioni violente che determinano un cedimento di tipo strutturale, che a sua volta comporta una vera e propria divisione tra sistemi di idee e funzioni che costituiscono la personalità (Janet, 1907). Per questo motivo è importante tenere in considerazione che un soggetto che ha vissuto un'esperienza traumatica avrà difficoltà anche sul piano relazionale e di integrazione all'ambiente sociale.

## 1.9 Tipologie di trauma

Per quanto riguarda i traumi è importante fare una distinzione in due macrocategorie:

1. I traumi di tipo I, definibili anche come Traumi con la T maiuscola:

Un singolo evento eclatante, *il single blow* (uno stupro, un terremoto, un incidente, esiti di atti criminali, catastrofi naturali). Sono eventi estremi che hanno sia un inizio che una fine ben determinati. I soggetti che subiscono questo tipo di trauma ricevono un maggiore sostegno da parte della famiglia e tendono a ricordarsi l'evento traumatico vissuto.

2. I traumi di tipo II, definibili anche come traumi con la t minuscola:

Un insieme di traumi ripetuti, eventi spesso meno eclatanti rispetto ai Traumi, ma che si ripetono più volte (minacce permanenti, croniche) che si sedimentano nel tempo. Questo tipo di trauma si verifica spesso in situazioni di abusi sessuali o nelle violenze familiari quotidiane oppure ancora nelle esperienze di chi esercita professioni d'aiuto.

Questo tipo di trauma è definito di tipo II perché tende a produrre traumi difensivi e di *coping* primitivi, per la maggior parte di tipo dissociativo; i soggetti con questo tipo di trauma sviluppano più facilmente gravi patologie post-traumatiche e personalità dissociate. Spesso il trauma di tipo II è tenuto nascosto ed è difficile che il soggetto possa trovare aiuti nell'ambiente che lo circonda (Terr, 1991).

### 1.10 Trauma ed ambiente

Nel processo di formazione della coscienza e nella formazione del Sé, l'ambiente è fondamentale per la costruzione delle rappresentazioni simboliche e mnestiche ed è anche un fattore importante nell'ambito dei disturbi di personalità, all'interno dei quali spesso si verificano fallimenti dell'interazione bambino-ambiente con conseguenze sulla personalità stessa.

Questo tipo di osservazione è rilevante perché l'integrazione tra ambiente e autoregolazione è un'area di convergenza tra le neuroscienze ed alcune ipotesi psicoanalitiche vedono la costruzione dell'apparato psichico infantile come il prodotto del trasferimento dall'ambiente intrapsichico di funzioni che hanno primariamente operato nell'ambiente relazionale (Lingiardi e Nardelli, 2014).

In conclusione, le risposte al trauma dipendono anche dal terreno in cui esso avviene, dall'intreccio di fattori protettivi e dal sistema operante di difesa-attaccamento (Spaccarelli, 1994). L'esperienza del trauma, comunque, indebolisce la funzione riflessiva perché nel momento in cui si riconosce lo stato mentale dell'altro lo sviluppo del Sé è messo in pericolo. Gli eventi con caratteristiche di maggiore traumaticità sono quelli causati intenzionalmente da un altro essere umano, ripetuti nel tempo, di natura sessuale e/o incestuosa (Dancu, 1996; van der Kolk, 1996; Labbate, 1998; Freyd, 2001).

Khan pone una particolare attenzione all'ambiente in quanto "contesto dell'evento" e al ruolo svolto dalla madre nella sua co-costruzione, ma anche delle possibili interferenze patologiche materne che si traducono in alterazioni della strutturazione del Sé del bambino (Gazzillo e Lingiardi, 2014). Inoltre, alcuni traumi cronici nel rapporto tra madre e bambino possono essere

considerati facenti parte della “atmosfera traumatica” per la quale episodi traumatici distinti ed isolati possono produrre risposte biologiche e comportamentali discrete, senza necessariamente coinvolgere la totalità dell’identità della persona. Sul lungo periodo la perdita della base sicura può produrre effetti più devastanti, perché il sostegno esterno appare una condizione necessaria per imparare come regolare gli stati affettivi interni e modulare le risposte comportamentali agli stressor esterni (van der Kolk, 1987).

È importante sottolineare che l’accumularsi di esperienze traumatiche genera un senso di impotenza nell’individuo che le sperimenta. Quando è presente una struttura psichica coerente, che è sia determinata che responsabile e disposta di un senso di identità e di appartenenza alla comunità, si hanno maggiori possibilità di fronteggiare gli eventi stressanti e traumatici. Nel caso in cui ciò non fosse possibile, si può andare incontro a quello che viene definito trauma cumulativo (Khan, 1963).

Il trauma esercita un effetto frammentante e disorganizzante sulle attività psichiche dell’individuo, creando idee subconscie fisse che alterano il funzionamento della coscienza. È importante quindi considerare anche il ruolo della realtà esterna e dei contesti relazionali precoci nella genesi di gran parte delle patologie gravi della personalità. Il valore traumatico viene attribuito non solo agli abusi, ma anche alle forme precoci di perdita e ai fallimenti del *caregiver* nel contenere e sostenere i propri figli. Si pone l’accento sul ruolo traumatico del singolo evento, ma anche dell’incapacità del genitore di appagare i bisogni fondamentali dei figli e si comincia a parlare di trauma cumulativo, che il bambino sperimenta in tenerissima età nel contesto della dipendenza del suo Io dalla madre, in quando scudo protettivo ed Io ausiliario (Khan, 1963).

### 1.11 Trauma ed effetti a lungo termine

Secondo van der Kolk (2015), il trauma può avere conseguenze permanenti sui soggetti che lo sperimentano. Innanzitutto, un’iperattivazione generalizzata e difficoltà nel modulare l’attivazione, che si traduce in aggressione contro sé e altri, mancanza di controllo sugli impulsi sessuali oppure problemi legati all’attaccamento: eccessiva dipendenza o isolamento.

Successivamente si verificano alterazioni nei processi neurobiologici legati alla discriminazione dello stimolo, quali problemi di attenzione e concentrazione, dissociazione e somatizzazione. Inoltre, il trauma provoca risposte condizionate di paura agli stimoli legati ad esso perché altera le facoltà di attribuzione di significato e induce una perdita di fiducia e

speranza, ma anche una perdita del "pensiero come azione sperimentale" (van der Kolk, 2015). A livello sociale il trauma può indurre ad un evitamento sociale che sfocia nella perdita delle relazioni d'attaccamento significative e in una scarsa partecipazione nella progettazione del futuro.

In questo contesto il confine tra psicoanalisi e neuroscienze può essere individuato nell'identificazione del processo della dissociazione come una forma di difesa estrema conseguente ad un trauma. Nel DSM-5 "l'instabilità delle relazioni interpersonali, nell'immagine di sé e nello sviluppo degli affetti associata a intense angosce abbandoniche e spesso segnata da marcata impulsività" (DSM-5), è identificata come appartenente al disturbo di personalità borderline. Questo disturbo si può considerare come un ponte che unisce due sponde apparentemente distanti come la psicoanalisi e le neuroscienze. Inoltre, la disorganizzazione relativa all'attaccamento potrebbe essere associabile ai principali modelli teorici del disturbo borderline di personalità e dunque, potrebbe costituire la base per un'integrazione dei modelli sia sul piano diagnostico, sia sul piano eziopatogenico.

#### 1.12 Trauma tra mente e corpo

"Il trauma è il risultato di una rottura nella sincronia della sintonizzazione fisica" (van der Kolk, 2015, p.244). Le emozioni e le sensazioni fisiche che rimangono impresse nell'individuo nel momento del trauma, sono rivissute dallo stesso non come ricordi, ma proprio come sensazioni fisiche, spesso devastanti (van der Kolk, 2015). L'obiettivo principale della terapia su questo tipo di soggetti è quello di trovare il modo di trattare i vissuti che sono intrisi inevitabilmente di sensazioni ed emozioni connesse al passato. "Il motore della reazione traumatica è situato nel cervello emotivo, che si manifesta attraverso reazioni fisiche" (van der Kolk, 2015, p.235). Secondo Katie Canon (1988) il corpo è simile ad un testo su cui è iscritta la nostra memoria e dunque ricordare significa reincarnarsi.

*"Una memoria iscritta simultaneamente nella mente, attraverso immagini e parole, nel corpo".*

Young (1977, p.84)

L'emozione non è contrapposta alla ragione, poiché sono proprio le emozioni che assegnano un valore a ciò che si esperisce e pertanto possono essere considerate alla base della ragione. Il prodotto dell'equilibrio tra il cervello emotivo e quello razionale è l'esperienza di sé (van der

Kolk, 2015). Inoltre, i problemi psicologici non sono quasi mai il risultato di difetti di comprensione, anzi un gran numero di problemi sorge proprio dalle pressioni che derivano dalle regioni più profonde del cervello, quali quelle deputate alla percezione e all'attenzione. Per questo la mente ha bisogno di essere rieducata a sentire le sensazioni fisiche, mentre il corpo a tollerare il contatto (van der Kolk, 2015). Per i bambini abusati il mondo interno è ricco di *trigger*.

*Le radici della resilienza sono da ricercarsi in quella sensazione di essere compresi e presenti nella mente e nel cuore di un altro che ci ama, che è sintonizzato e che è padrone di sé.*

Diana Fosha

## CAPITOLO 2: IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

### 2.1 Definizione

Il Dizionario Treccani spiega il termine inglese *borderline* come una “linea di confine” (*border*: confine e *line*: linea). Il nome del disturbo racchiude la complessità di questo tipo di funzionamento e della psicopatologia che ne consegue.

Storicamente questa patologia ha avuto uno sviluppo progressivo, che è iniziato a partire dal 1900 quando alcuni clinici avevano riscontrato come diversi sintomi presentavano in parte le caratteristiche nevrotiche ed in parte le caratteristiche psicotiche che conducevano alla cosiddetta “terra di nessuno” (Vitale, 2014)).

### 2.2 Storia

Il primo paradigma della psicoanalisi si è focalizzato sul quadro clinico dell'isteria, mentre quello del disturbo borderline può essere considerato il secondo (Vitale, 2014).

Le due principali sindromi cliniche, anche in epoca prepsicoanalitica, erano la schizofrenia e la psicosi maniaco depressiva, anche se era possibile identificare i “casi limite”, che erano i casi che si trovavano nell'intervallo esistente tra “la normalità e la follia”, ovvero i casi definiti *border insanity*. Il concetto di *border insanity* (Huges, 1884; Rosse, 1890) si riferisce alle persone che oscillavano alternativamente tra la ragione e la follia, passaggio che implica non soltanto frequenti e repentini cambiamenti dell'umore, ma anche un'elevata difficoltà a gestire le proprie emozioni e i propri vissuti. Quanto appena spiegato è ciò che porta il soggetto a passare da momenti di serenità e calma a momenti di forte irrequietezza o rabbia e viceversa.

#### 2.2.1 I pionieri del disturbo borderline

Il ruolo di pionieri dell'inquadramento clinico del disturbo borderline può essere ricoperto da cinque importanti clinici: Adolph Stern, Robert Knight, Hoch e Polatin ed infine Grinker.

Nel 1938 Adolph Stern sottolineò che i soggetti borderline sono persone ipersensibili e narcisiste, che alternativamente svalutano e idealizzano il terapeuta, provano un senso di inferiorità rispetto agli altri ed usano spesso meccanismi proiettivi.

Successivamente, nel 1949 Hoch e Polatin definirono il disturbo borderline come una “schizofrenia pseudonevrotica” (pannevrosi, panansietà, pansessualità) termine che evidenziava un disagio psichico articolato e ricco di sfumature, situato nell'interfaccia tra disturbo nevrotico e disturbo psicotico, all'interno del quale vengono utilizzati in maniera disfunzionale sia alcuni meccanismi difensivi più evoluti (nevrotici) che meccanismi difensivi più primitivi (che rimandano ad un funzionamento psicotico) (Manucci, 2022).

Verso la metà del 1900, divenne comune il termine *borderline* per connotare sia disturbi non manifestamente psicotici e a prima vista analizzabili, ma in seguito trovati refrattari alla psicoanalisi, che disturbi in un qualche modo collegati con la schizofrenia. Il disturbo *borderline* è una sindrome “caotica” (Hoch e Polatin, 1949):

Nel 1954 Robert Knight sottolineò una severa debolezza dell’Io dei pazienti *borderline* che dietro ad un apparente funzionamento nevrotico nascondono una regressione a stadi precedenti. Tale regressione comporta una serie di alterazioni nel funzionamento che impediscono al soggetto di fare programmi realistici e concreti ed avere obiettivi ben definiti per via dei cambiamenti dell’umore, di pensieri incongrui o assurdi e dell’ansia, ma soprattutto per via del comportamento impulsivo che ne consegue. Inoltre, è evidente un’incapacità a difendersi dai propri impulsi primitivi e la predominanza dei processi di pensiero primario sui processi di pensiero secondario, che confluiscono in una tendenza ad agire gli impulsi, piuttosto che rappresentare simbolicamente le proprie emozioni.

Riprendendo il concetto di pensiero primario è utile fare riferimento alla distinzione che ha pensato Freud tra pensiero primario e pensiero secondario, successivamente descritta da due importanti teorici della mentalizzazione: Peter e Allen Fonagy. I due autori hanno affermato che i pazienti *borderline* sono caratterizzati da un deficit di mentalizzazione.

Robert Knight invece, era incline a vedere i pazienti *borderline* nell’ombra della schizofrenia poiché aventi un tipo di funzionamento simile, ma, nonostante ciò, a livello nosografico li considerava come entità relativamente autonome. Questa distinzione ha permesso la nascita della attuale classificazione nosografica del disturbo *borderline*.

Nel 1968, infine, Grinker e colleghi introdussero un certo rigore diagnostico nell’inquadramento di tale disturbo, applicando una *cluster analysis* su 60 pazienti ospedalizzati a Chicago, al termine della quale classificarono quattro sottogruppi di pazienti:

1. Pazienti al bordo delle psicosi, con lacune nell’esame di realtà e comportamento inappropriato (i più gravi e più frequentemente ricoverabili).
2. Pazienti *borderline* veri e propri, con identità diffusa, ovvero senza un senso coerente e stabile del Sé (vivono una sorta di senso di frammentazione, sono presenti *acting* aggressivi conseguenti ad una vulnerabilità temperamentale unita alle difese primitive, alla diffusione dell’identità e a relazioni oggettuali povere).
3. Pazienti con personalità “come se” (*as if*): sono pazienti inautentici, privi di affettività, apparentemente adattati, ma con personalità poco genuine e spontanee. Winnicott le avrebbe definite persone con Falso Sé, descrivendo soggetti che mancano di un Super

Io ben integrato e della capacità di sentirsi in colpa. L'autolesionismo sembrerebbe subentrare perché i pazienti borderline non riescono a riflettere in modo anticipatorio sulle conseguenze che le loro azioni possono avere sugli altri e di conseguenza agiscono spesso fisicamente su loro stesse per esprimere la loro rabbia. Sovente questa convinzione disfunzionale sfocia nell'atto autolesivo maggiore che è il comportamento suicidario (Kernberg, 2001).

4. Pazienti al bordo delle nevrosi, con depressioni anaclitiche (definita anche abbandonica, con deficit di perdita) e tratti narcisistici, con un senso dunque di inadeguatezza più che di perdita.

A partire da tali distinzioni si evince che la sindrome borderline va chiaramente distinta dalla schizofrenia e per questo motivo Grinker (1968) conclude classificando i seguenti denominatori comuni della sindrome borderline che prendono in considerazione caratteristiche sintomatologiche e di funzionamento. Queste caratteristiche verranno successivamente riprese ed analizzate in modo più approfondito nel DSM-5:

- Rabbia come affetto principale o esclusivo, non inteso come affettività (odio e amore), ma come caratteristica clinica: il paziente borderline ha un approccio verso il mondo che è il frutto di un pattern inconsapevole e di una prospettiva persecutoria connotata da un atteggiamento recriminatorio, rabbioso e insoddisfatto, ovvero la convinzione di essere sempre sostanzialmente in credito con il mondo. Questi aspetti presentano parzialmente caratteristiche in comune con la personalità narcisistica, ma in questo quadro clinico costituiscono aspetti più invasivi (Vitale, 2014)).
- Difficoltà nelle relazioni interpersonali. Percepiscono se stessi e gli altri in modo incoerente, con oscillazioni altalenanti tra idealizzazioni e svalutazioni. Questo passaggio è maggiormente repentino se le rappresentazioni coerenti di sé sono quasi del tutto assenti. L'immagine che il soggetto borderline ha di sé risulta instabile nel tempo poiché varia in base alla situazione e alle persone con cui è in relazione. Un mancato sviluppo dell'identità è indice di rappresentazioni frammentate che impediscono al soggetto di integrare le parti del Sé in modo coerente. Se l'atmosfera emozionale della famiglia è turbolenta ed incoerente (una sorta di *on-off*), l'ambiente in cui il bambino cresce non gli permette di costruire una rappresentazione stabile di sé e neanche quella degli altri.

Il paziente borderline si relaziona all'altro mosso da un desiderio di ricevere protezione e accudimento, sebbene nel profondo nutra la convinzione di non essere meritevole delle cure e delle attenzioni dell'altro. È persistente l'idea che ci sia in lui qualcosa di sbagliato, ripugnante

o mostruoso: un Sé indegno che provoca sentimenti di rabbia verso se stesso. Per tale ragione il paziente borderline ha una percezione di sé (Sé vulnerabile), che lo porta a temere di essere ferito, aggredito o abbandonato dall'altro, che lo porta a vivere con paura ed ansia le relazioni e a sviluppare sintomi di tipo dissociativo per non entrare in contatto con tali nuclei dolorosi. Tuttavia, il desiderio di accudimento porta il soggetto borderline alla costante ricerca dell'altro, portandolo a rivivere nuovamente lo stesso circolo vizioso. Nonostante nel DBP coesistano differenti stati della mente, quello centrale sembra essere rappresentato dal timore di essere abbandonato e dalla conseguente rabbia che ne deriva (Carlucci, 2017).

- Assenza di un'immagine di sé coerente: il paziente con funzionamento borderline presenta un'identità diffusa, ovvero non ha rappresentazioni sufficientemente stabili di sé.

- Depressione pervasiva. Ci sono varie tipologie di funzionamento del paziente borderline, come si è evinto anche nella classificazione di Grinker (1968) in cui sono stati delineati diversi sottotipi di paziente borderline con differenti sfumature di gravità. I soggetti border-psicotici presentano una forma di ambivalenza relazionale importante (iperidealizzazione-svalutazione), che non permette la costruzione di una realtà unitaria, che determina una tendenza alla frammentazione psicotica. Nel border nucleare o psicopatico la caratteristica principale è la presenza di un comportamento impulsivo, come ad esempio l'assunzione di sostanze. Nel border adattivo o dipendente si riscontra il livello minore di gravità del DBP, poiché il comportamento e le difese utilizzate sono meno arcaiche e la caratteristica nucleare principale è la dipendenza da una relazione affettiva. Infine, il border nevrotico è caratterizzato dalla presenza di ansia (Grinker, 1968).

Nonostante tali tentativi classificatori, il concetto di personalità borderline rimane abbastanza indefinito.

### 2.3 Le prime formulazioni psicoanalitiche.

Nel 1975 Otto Kernberg ha ipotizzato un modello strutturale in cui veniva affrontata l'eziologia del disturbo di personalità borderline. All'interno del suo modello gli aspetti temperamentali e cognitivi dello sviluppo assumono un ruolo guida nella spiegazione dell'organizzazione del disturbo. La personalità rappresenta l'integrazione degli schemi emotivi, cognitivi e comportamentali derivati dal temperamento e l'organizzazione di personalità è intesa secondo differenze psico-strutturali, caratteristiche di una modalità di funzionamento intrapsichico stabile del soggetto (Kernberg, 1975, 1976, 1987, 1992, 2005).

Kernberg propone una classificazione dei disturbi di personalità basata sugli stadi di sviluppo della personalità e sul livello di gravità progressivamente minore di tre diverse organizzazioni di personalità: psicotica, borderline ed infine nevrotica (Gazzillo e Lingiardi, 2012).

### 2.3.1 Un modello strutturale

Kernberg ha collegato l'eziologia e la patogenesi del BPD (disturbo borderline di personalità) allo schema evolutivo di Margaret Mahler, psichiatra psicoanalista americana che ha studiato i bambini autistici e simbiotici. Negli anni Settanta la Mahler ha teorizzato un modello di sviluppo che partiva da una "fase autistica normale", veniva seguito da una fase simbiotica di diffusione con l'oggetto e infine si concludeva con una fase di individuazione e separazione. L'autrice attraverso l'osservazione di coppie madre-bambino aveva l'obiettivo di spiegare lo sviluppo dei bambini normali e il processo evolutivo di costruzione dell'identità.

Secondo la cornice teoria della Mahler, la normale identità dell'Io è il risultato di un processo evolutivo sintetizzabile in 4 fasi. In particolare, la prima fase, simbiotica insieme alla sottofase di differenziazione, quando l'attivazione emotiva è bassa sono caratterizzate dall'interiorizzazione di rappresentazioni realistiche dell'oggetto e di Sé. Tali relazioni, di tipo oggettuale saranno interiorizzate e costituiranno il modello di interazione dell'individuo. In condizioni emotive estreme avviene un'interiorizzazione di rappresentazioni del Sé fuse con quelle dell'oggetto e definibili come *tutte buone* o *tutte cattive*. In questa fase è presente "il rifiuto di narcisismo primario", ridefinito da Kernberg come lo stato di indifferenziazione tra madre e bambino. In questa fase il bambino, per via delle relazioni oggettuali interiorizzate, non riesce a vedere la mamma come "altro da Sé" e si identificherebbe in lei totalmente (Gazzillo e Lingiardi, 2014). Il narcisismo secondo questa intuizione corrisponderebbe ai primi due stadi dello sviluppo del bambino (autismo normale e simbiosi normale), mentre il fine dello sviluppo sarebbe il raggiungimento e la costruzione di un Sé autonomo e separato dall'oggetto primario che è la madre.

*“Le rappresentazioni buone e cattive del Sé e degli altri continuano ad unirsi in concetti integrati di sé e degli altri, con conseguente visione realistica del Sé come potenzialmente motivato da impulsi di amore e odio, e degli altri come oggetti completi ed investiti in modo ambivalente, non più idealizzati o persecutori” (Gazzillo e Lingiardi, 2014, p.385)*

Secondo la Mahler, infatti, la nascita biologica del bambino non corrisponde alla sua nascita psicologica, che è un lungo processo intra e inter-psichico che avviene all'interno della relazione con la madre ed è continuo per l'intero arco di vita (Mahler, 1978).

Ad oggi, l'ipotesi è che non esista una fase autistica normale, ma che queste prime fasi dello sviluppo siano comunque molto importanti per lo sviluppo successivo di una rappresentazione mentale primaria del proprio corpo e della presa di coscienza del Sé come scisso dalla madre.

La fase simbiotica è definita quindi dalla Mahler come una fase pre-oggettuale in cui due esseri sono "racchiusi da una membrana" (Mahler, 1978). In seguito, grazie alla maturazione fisiologica aumenta la sensibilità agli stimoli perché il bambino attraverso il suo sviluppo acquisisce una consapevolezza del mondo, anche se ancora confusa e in cui la madre funge da Io ausiliario: il bambino percepisce la madre come "altro da Sé", ma spesso la confonde ancora con Sé. Successivamente, grazie allo sviluppo delle funzioni dell'Io, in particolare la memoria, inizia l'organizzazione dell'esperienza.

Kernberg ha individuato la sottofase del riavvicinamento, tra il sedicesimo e il ventiquattresimo mese, come un periodo critico per i possibili pazienti borderline proprio per i processi di individuazione e separazione. Il bambino con l'aumento delle capacità di locomozione, riesce ad esplorare e ad allontanarsi dalla madre (distacco fisico), ma non sentendosi ancora capace di affrontare il mondo esterno da solo, prova un senso di angoscia da separazione che lo porta a riavvicinarsi molto frequentemente alla madre per essere certo di non averla persa. Secondo Kernberg la sottofase del riavvicinamento è in relazione ad un disturbo della disponibilità emozionale e relazionale della madre, che porta il bambino a sviluppare un eccessivo stato di aggressività costituzionale, oppure è legato a problematiche materne riguardo alle funzioni genitoriali; molto probabile è la combinazione di entrambi i fattori. Dunque, se da un lato il bambino vuole condividere le proprie esperienze di esplorazione, nello stesso tempo ha paura di ritrovarsi intrappolato nella simbiosi (Corona, 2018).

Ciò che caratterizza la difficoltà del paziente borderline è un vero e proprio nucleo centrale di introietti negativi: la paura dell'abbandono reale o fantasticato. Il paziente ha talmente e costantemente paura di essere abbandonato che evoca nell'altro questo abbandono, facendo una pressione relazionale sull'altro, che non lo fa sentire abbastanza. Tali meccanismi possono essere spiegati come la persistenza di un funzionamento infantile che non riesce ad evolvere. Questo periodo è il periodo in cui il bambino nella fase dell'asilo, ad esempio, teme che la madre scompaia, è il momento cruciale di una crisi evolutiva. Tale condizione è caratterizzata

dalla predominanza di introietti negativi e da rappresentazioni del sé e dell'oggetto che sono scisse in *completamente buone* e *completamente cattive*, per evitare che i sentimenti positivi di amore vengano annientati dalle forze dell'odio e della distruttività. Queste rappresentazioni scisse in un paziente borderline non riescono mai ad integrarsi, perché a causa di una mancanza della "costanza d'oggetto", viene impedita l'integrazione degli aspetti buoni con quelli cattivi. Dunque, tali aspetti vengono tenuti separati per mezzo del meccanismo della scissione che lascia invariati gli aspetti del Sé e della madre come *completamente buoni* o *completamente cattivi* (Matteucci, 2003). Il paziente borderline ha rappresentazioni instabili e incoerenti di sé e dell'altro, che possono cambiare da un momento all'altro, e che li fa stare molto male anche con una sollecitazione minima.

Il Sé del paziente borderline è un Sé frammentato, scisso, poco coeso e molto instabile, che rispecchia le sue relazioni interpersonali. In un soggetto borderline non si è sviluppata la capacità di contenimento degli stati mentali, che permette al paziente borderline in situazioni di risposte inadeguate ai bisogni, il mantenimento della propria autostima e dell'umore senza fluttuazioni rapide accompagnate da cambiamenti nella visione dell'immagine di Sé.

Nella fase di riavvicinamento, quando il bambino sente di aver bisogno di tornare dalla madre, quest'ultima non è in grado di gestire i suoi sentimenti di abbandono, aggressività accumulata e rabbia. Alcuni genitori senza saperlo veicolano un messaggio di simbiosi, che porta il bambino a non esplorare il mondo esterno, ma a stare loro vicino. Spesso questa paura di esplorare si trasforma in un sentimento di cattiveria ed ostilità nei confronti del genitore, spesso della mamma, che non è stata capace di accogliere e contenere i suoi sentimenti. Frequentemente questa mancanza di accoglienza porta i bambini ad ignorare la mamma e a provare un sentimento di rifiuto nei suoi confronti. Tale reazione è presente soltanto nei bambini maggiormente in contatto con i propri sentimenti perché hanno acquisito la capacità che gli consente di distaccarsi dalla madre e a provare verso di lei un sentimento coerente con il loro vissuto. Proprio in quel momento la mamma deve avere quella capacità di *rêverie* di cui parla Bion e dire "sì è vero sono stata proprio cattiva, ti ho lasciato solo tutto il giorno".

Se, l'unica modalità stereotipata di risposta della famiglia del bambino, in seguito al suo sentimento di rifiuto, è invece quella di non essere presente e di non accogliere la sua frustrazione, il bambino sarà destabilizzato e proverà sentimenti di angoscia. L'angoscia successivamente si può trasformare in ostilità nei confronti della famiglia e in paura di essere stato abbandonato. Questo tipo di funzionamento reattivo del bambino (aggressività e paura

abbandonica) in risposta a situazioni di non accoglienza dei bisogni o mancanza di cura da parte del genitore è quello che attua un paziente borderline.

Anche in terapia si presentano alcune difficoltà relazionali perchè il paziente, nel corso del periodo della terapia, accumula una serie di esperienze positive, quali quella di essere compreso dal terapeuta, accolto e ascoltato, ma può bastare un ritardo, una seduta disdetta o un'incomprensione che cancella questi vissuti, mettendo in crisi la relazione. Le esperienze positive non vengono sedimentate, per cui le esperienze di abbandono e trascuratezza sostituiscono e prevalgono sulle altre. Evidenziare e riflettere su ciò che sta accadendo al paziente è una tra le cose più difficili da fare per il consolidamento dei progressi di una relazione con un paziente borderline (Vitale, 2014))

Kernberg (1975) afferma che gli adulti borderline sono incapaci di tollerare periodi di solitudine e hanno costantemente paura di essere abbandonati dagli altri. Inoltre, come precedentemente affermato, a cause della mancanza di “costanza dell’oggetto”, sono soggetti incapaci di integrare gli aspetti buoni e cattivi dell’immagine di sé stessi e degli altri. La gestione della solitudine e dell’angoscia di essere abbandonati è complicata e attiva una sensazione di vuoto interiore e l’ossessione che l’altro li possa trascurare e abbandonare.

Secondo Adler (1985), il DBP si basa su un modello di deficit o d’insufficienza da un punto di vista psicodinamico. Il bambino, se la “funzione materna” è incoerente ed inconsistente, può non svilupparsi un “senso interno contenente e confortante” a cui il bambino può fare riferimento nei momenti di difficoltà. Nel bambino c’è “una mancanza di memoria evocativa” (Fraiberg, 1969), che nel bambino normale si sviluppa intorno al diciottesimo mese e che permette la costruzione di un’immagine interna della figura materna, che è recuperabile anche se fisicamente la mamma è assente (Matteucci, 2003). Rifacendosi alla psicologia del Sé di Kohut, Adler considera l’individuo borderline come un soggetto alla continua ricerca di funzioni “oggetto-sé” provenienti da figure esterne e sostiene che questa costante ricerca è dovuta all’assenza di introietti supportivi. Questo meccanismo ha una contro base neurale, anch’essa legata ad un iniziale deficit relazionale, che sfocia in un’inadeguata organizzazione della corteccia orbito-frontale. Questa organizzazione inadeguata non permette la costruzione di una memoria evocativa a livello neurofisiologico. Il soggetto borderline infatti, ha un funzionamento prevalente di tipo amigdaloideo, dovuto ad un’aumentata attivazione dell’amigdala verso gli stimoli. La parte sinistra dell’amigdala secondo Shulze e colleghi (2016), essendo iperattivata, contribuisce alla formazione di un disturbo nella regolazione

emotiva, che è tipico nei soggetti borderline. Il ruolo dell'amigdala è importante nel processamento, ma anche nella gestione delle emozioni, per questo motivo un'iperattività dell'amigdala può contribuire alle difficoltà relazionali e all'ipervigilanza del soggetto rispetto agli stimoli (Santuari, 2021).

Masterson e Rinsley nel 1975 si focalizzano sulla sottofase del riavvicinamento della separazione-individuazione. Secondo i due autori, la psicogenesi del DBP è causata da un'interferenza relazionale materna rispetto ai bisogni dei propri figli. Le madri cioè impediscono ai figli di raggiungere uno stato di autonomia emotiva e di individuazione. La separazione del bambino dalla madre nel momento del processo di individuazione provoca "la perdita dell'amore materno", determinando nel bambino un vissuto depressivo di tipo abbandonico (V. Manna, M.T. Daniele, M. Pinto, 2004). In particolare, se il bambino è abituato ad una modalità relazionale da parte del *caregiver* spesso incoerente rispetto ai suoi vissuti, sarà confuso e si sentirà poco accolto dalla figura che in realtà dovrebbe essere la sua "base sicura", quindi il suo punto di riferimento e contenimento. Queste modalità di accoglienza dei bisogni del bambino portano allo sviluppo di uno stile di attaccamento insicuro, che è strettamente correlato ad un'insufficiente capacità del bambino di mentalizzare. La capacità del bambino di mentalizzare è un aspetto della memoria procedurale implicita che può formarsi in un contesto di attaccamento sicuro verso un caregiver, il quale riconosce che il bambino possiede stati mentali propri e di conseguenza lo tratta come un soggetto dotato di capacità autonome. Questo tipo di atteggiamento nei confronti del bambino gli permette di sviluppare dei modelli operativi interni sufficientemente stabili (MOI). Nel paziente borderline si riscontra un'insufficiente capacità di mentalizzazione e di conseguenza manca la capacità di attribuire all'altro stati mentali (Vitale, 2013).

#### 2.4 Dati neurobiologici

Dati neurobiologici ricavati da studi empirici confermano la presenza di un assetto ipervigilante come caratteristica principale dei pazienti borderline dimostrando:

- una possibile iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene;
- un'aumentata attività dell'amigdala;
- una riduzione volumetrica nel lobo frontale e orbito frontale.

Si ipotizza che negli individui borderline la corteccia percettiva possa essere modulata dall'amigdala con conseguente aumento dell'attenzione verso stimoli ambientali emozionalmente rilevanti portando anche ad una erronea lettura di stimoli neutri o benigni. Queste osservazioni possono trovare la loro spiegazione nell'indebolimento dei circuiti di

controllo inibitori a livello della corteccia prefrontale che potrebbe contribuire all'iperattività dell'amigdala.

Sul piano neurobiologico si riscontra un'iper-funzionamento dell'amigdala che prevale sul controllo inibitorio prefrontale. L'iperattività dell'amigdala, infatti, implica il funzionamento di un circuito più primitivo legato alla sopravvivenza, mentre è presente un deficit dei circuiti inibitori più razionali della corteccia prefrontale che permettono di fare un esame di realtà tenendo in considerazione le singole esperienze dell'individuo.

## 2.5 Eziopatogenesi ed eziologia multifattoriale

Il disturbo borderline è uno dei disturbi che sono caratterizzati da un'eziologia multifattoriale e da un'importante componente biopsicosociale.

Zanarini e Frankenburg (1997) hanno ipotizzato che un'eziologia multifattoriale che tiene conto sia di una vulnerabilità genetica-temperamentale, ma anche in generale di esperienze traumatiche nell'infanzia, possa essere il catalizzatore della sintomatologia borderline. I due autori hanno postulato tre fattori eziopatologici principali, sebbene ciascun paziente possa presentare differenti traiettorie evolutive:

1. Un ambiente familiare traumatico e caotico, che determina separazioni precoci, disaccordo emozionale, comportamenti di rifiuto e trascuratezza nei confronti del bambino. Questo ambiente è provocato da un'insensibilità rispetto ai suoi sentimenti e ai suoi bisogni e traumi di entità diversa. Il clima emozionale tipico di un paziente borderline si è formato dalle situazioni appena descritte, rispetto a cui possono essere presenti differenti aggregazioni. Questo tipo di ambiente sembra essere un fattore importante nella costruzione della personalità borderline, definibile come una costruzione del bambino in risposta all'ambiente in cui cresce.
2. Un temperamento costituzionalmente vulnerabile, il cui sviluppo dipende prevalentemente dall'ambiente familiare in cui il bambino cresce, in cui è possibile che si siano riscontrate molteplici situazioni di carenza affettiva che hanno portato il bambino ad essere insicuro e vulnerabile.
3. Una presenza di eventi scatenanti, come il tentativo di stabilire una relazione intima, andare a vivere da soli, abusi sessuali ed altre esperienze traumatiche. L'evento trigger può riattivare la componente traumatica precedentemente ed illusoriamente tenuta a bada.

I fattori neurobiologici come l'iperattività dell'amigdala e la riduzione volumetrica dell'ippocampo, com'è stato accennato, non sono gli unici fattori rilevanti nell'eziologia del disturbo. La letteratura clinica e diagnostica segnala quando la presenza in anamnesi di abusi

sessuali nell'infanzia, contribuiscono alla formazione del disturbo. (Gabbard, 2005). Inoltre, evidenze empiriche hanno sottolineato la presenza di un'alterazione a carico del sistema serotonergico alla base dei sintomi impulsivi ed aggressivi (Parise, 2022).

Gunderson e Lyons-Ruth (2008) hanno formulato un modello basato su un endofenotipo di ipersensibilità personale che è alla base del modello di interazione gene-ambiente. Dunque, a livello biologico la compromissione coinvolgerebbe il sistema serotonergico e quello dopaminergico, che spesso caratterizzano un attaccamento disorganizzato e conseguenti strategie dissociative. Tale predisposizione genetica potrebbe manifestarsi attraverso tre fenotipi diversi: l'ipersensibilità interpersonale, l'instabilità affettiva ed infine l'impulsività.

## 2.6 La ricerca empirica

La letteratura ha raccolto numerosi dati da cui si evince che la trascuratezza nell'infanzia può rappresentare il fattore eziologico più significativo per l'iper-coinvolgimento relazionale che il bambino, una volta adulto, avrà nei confronti dell'altro con cui si trova in relazione.

Il soggetto borderline non essendo dotato di una precisa identità personale, cerca di trovarla nel rispecchiamento degli altri e di conseguenza ha la tendenza di volere sempre la loro attenzione. Nel momento in cui questa attenzione viene ottenuta, deve mantenersi continua e costante nel tempo. Ciò instaura la formazione di rapporti interpersonali molto stretti e regolati esclusivamente da rigide norme imposte dal soggetto borderline.

Questo conferma le teorie psicodinamiche che enfatizzano il significato della separazione e dell'abbandono. C'è un ampio supporto empirico rispetto al fatto che l'abuso subito durante l'infanzia costituisce uno dei fattori più rilevanti nell'eziologia del disturbo (presente in circa il 60% dei pazienti borderline).

La caratteristica principale alla base dello sviluppo della patologia borderline sembra essere l'incapacità di risoluzione dei traumi esperiti. Nei pazienti con disturbo borderline per permettere l'elaborazione di un trauma è necessario un passaggio ostico, che consiste nel far passare la mente del soggetto dal vissuto a livello psichico ad una modalità immaginativa. Questo significa che tutto ciò che sono le sensazioni, le emozioni e i vissuti del trauma (modalità di equivalenza psichica) possa essere pensato attraverso una modalità immaginativa del momento traumatico.

I pazienti borderline possono presentare un costante stato di ipervigilanza e questo è come se favorisse lo sviluppo di impulsi paranoidi, dovuti alla loro costante attenzione rivolta al

controllo dell'intenzione dell'altro. I pazienti borderline non sono capaci di leggere, comprendere e decodificare quello che proviene dall'altro, come ad esempio i suoi segnali comunicativi.

## 2.7 Distinzione BPO e BDP

Per completezza è necessario fare una distinzione basilare tra “organizzazione borderline di personalità” (BPO) e “disturbo borderline di personalità” (BDP).

Secondo Otto Kernberg la categoria BPO è una concettualizzazione psicodinamica maggiormente inclusiva che permette di comprendere al suo interno pazienti diversi tra loro, ma tuttavia accomunati da un'organizzazione di personalità condivisa che può essere di basso oppure di alto livello (Gazzillo, 2012).

Per quanto riguarda il BPD invece, si può affermare che corrisponde alla categoria diagnostica di tipo descrittivo proposta dal DSM, che presenta un approccio descrittivo-oggettivante. Il termine descrittivo si riferisce alle evidenze direttamente osservabili o autoriferite dai pazienti, mentre il termine oggettivante è utilizzato per sottolineare che l'esperienza soggettiva del clinico nella relazione con il paziente non viene considerata.

Il DSM nasce come sistema categoriale (presenza/assenza dei sintomi) di descrizione dei disturbi, successivamente però subentra un orientamento diretto verso una logica dimensionale mista, perché avente una base dimensionale (descrizione del sintomo) che lascia comunque spazio alla categorialità. L'introduzione della prospettiva dimensionale è collegata al concetto di spettro di disturbi perché, sebbene alcuni disturbi mentali possano avere confini maggiormente definiti da cluster di sintomi, possono avere sintomi e fattori di rischio genetico-ambientali strettamente correlati.

L'evidenza scientifica supporta l'ipotesi che i disturbi appartenenti allo stesso spettro potrebbero condividere anche alcuni substrati neurali. Basandosi sulla covariazione di sintomi è quindi possibile ricavare le sindromi e dalla covariazione delle sindromi trovare gli spettri di più ampio livello (Kotov e colleghi, 2017; Kotov, 2016). Lo scopo di queste ricerche è di trovare dimensioni sovraordinate sempre più generali ed utilizzabili per identificare la struttura della psicopatologia, che viene descritta attraverso più livelli a cascata: quelli più alti sono quelli più generali e proseguendo verso quelli inferiori si va verso un'ulteriore specificità. L'organizzazione gerarchica è una caratteristica dell'approccio multilivello (sintomi, tratti, sindromi, sotto fattori e spettri) e permette di descrivere il paziente, utilizzando, a seconda delle

esigenze cliniche, diversi livelli di specificità (Kotov e colleghi, 2017). Il paziente, in questo modo, non riceve un'etichetta diagnostica, ma una descrizione dei suoi sintomi.

Il DBP è un disturbo con origine e manifestazione complessa e sovente non viene diagnosticato. Il disturbo borderline di personalità, infatti, si manifesta spesso in concomitanza con altre condizioni cliniche come l'abuso di sostanze, la depressione, il disturbo bipolare e i disturbi d'ansia o dell'alimentazione che possono mascherarne la presenza (Gunderson, 2016).

## 2.8 Criteri di classificazione del disturbo borderline di personalità

### 2.8.1 Criteri del DSM-5 per il disturbo borderline

Il DSM-5 descrive un unico disturbo di personalità borderline, mentre l'ICD-10 spiega il disturbo borderline come un disturbo di personalità emotivamente instabile, che può essere classificato in due diversi sottotipi: uno impulsivo in modo marcato e uno borderline nello specifico.

Kernberg con il termine borderline definisce una fascia di organizzazione di personalità che racchiude un'intera famiglia di disturbi, definiti da tre principali criteri strutturali:

- i meccanismi di difesa: per lo più scissione e difese di basso livello come l'idealizzazione primitiva, l'identificazione proiettiva, l'onnipotenza, il diniego e la svalutazione,
- l'esame di realtà (inteso come capacità di differenziare il Sé dal non Sé): si verificano alterazioni nei rapporti con la realtà e nei sentimenti verso i vissuti,
- l'integrazione dell'identità: dispersione dell'identità in cui gli aspetti contraddittori del Sé e degli altri sono integrati in modo incompleto e tenuti separati.

Per quanto riguarda il disturbo di personalità borderline vi sono altri tre criteri aggiuntivi che permettono di descrivere tale disturbo in modo più approfondito e preciso:

- il livello di integrazione del Super-Io,
- la presenza di manifestazioni aspecifiche di debolezza dell'Io,
- la presenza di manifestazioni di aggressività primitiva.

Nello specifico il DSM-5 definisce il disturbo di personalità borderline come un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di Sé e dell'umore ed una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come viene indicato da cinque o più dei seguenti criteri:

1. Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono.
2. Un pattern di relazioni interpersonali instabili ed intense, caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di idealizzazione e svalutazione.

3. Alterazione dell'identità: immagini di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile.
4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto.
5. Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automodellante.
6. instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore.
7. Sentimenti cronici di vuoto.
8. Rabbia inappropriata, intensa o difficoltà a controllare la rabbia.
9. Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.

Il disturbo borderline rientra all'interno della categoria di disturbi caratterizzati da modalità di pensiero e comportamento disadattivi. Le manifestazioni sono pervasive, rigide e apparentemente permanenti. Per diagnosticare il disturbo borderline di personalità, dunque, ci dev'essere un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore, con una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in diversi contesti (DSM-5).

La diagnosi politetica di disturbo borderline implica che, per diagnosticare questo disturbo, è presente un set di criteri diagnostici propri dell'approccio politetico a cui fare riferimento ed è necessario che vengano soddisfatti soltanto in un numero soglia (*cut-off*). In questo approccio il disturbo è inteso come un'entità con un insieme di caratteristiche specifiche, ma suscettibile a più di una presentazione clinica, indice del fatto che non tutti gli individui (borderline) presentano le stesse caratteristiche (Gazzillo e Lingiardi, 2014). Dal DSM-III in poi, infatti, è stato adottato un sistema di tipo politetico, in cui i pazienti con una determinata diagnosi hanno in comune alcuni criteri diagnostici aventi uno stesso valore ponderale, cioè senza che uno di essi in particolare debba per forza essere presente (Gazzillo, Genova, Lingiardi, 2014). Come osservarono Frances e colleghi (1990), secondo il DSM-III vi sono ben 93 modi differenti di soddisfare i criteri diagnostici della personalità borderline indice che l'approccio dimensionale è complesso e che concepisce le malattie come distribuite lungo un *continuum* di determinate variabili. Nell'attuale versione del DSM-5, l'approccio dimensionale è servito, per introdurre il concetto di "spettro" che ha favorito un ampliamento dei confini delle malattie (Migone, 2013).

#### 2.8.1.1 Sezione III del DSM-5

Nella Sezione III del DSM-5 viene presentato il modello sperimentale, da sottoporre ad ulteriore ricerca, proposto per la diagnosi dei disturbi di personalità e la concettualizzazione di Disturbo di Personalità sviluppato dal Personality and Personality Disorders Work Group del DSM-5 (APA 2014, pp. 883-886), che ha l'intento di transitare da una diagnosi di tipo categoriale di presenza/assenza del sintomo, ad una diagnosi di tipo dimensionale volta ad inquadrare il

funzionamento dell'individuo lungo un *continuum* (normalità vs patologia). In questa sezione la diagnosi di disturbo di personalità proposta è definibile come ibrida perché unisce la diagnosi dimensionale del criterio A che valuta il funzionamento, con la diagnosi categoriale del criterio B che valuta la presenza di tratti patologici specifici.

**Il criterio A** valuta il livello di compromissione del funzionamento del Sé e del funzionamento interpersonale, che può essere adattivo oppure può presentare una compromissione che varia da lieve, moderata, grave ed estrema.

Per formulare una diagnosi di Disturbo di Personalità la compromissione del funzionamento e i tratti di personalità patologici devono essere relativamente inflessibili e pervasivi, interessare la maggior parte delle situazioni sociali e personali ed essere relativamente stabili nel tempo, con un esordio nella tarda adolescenza o nella prima età adulta (DSM-5).

Per quanto riguarda i disturbi del Sé, si effettua una valutazione su due elementi: l'identità e l'autodirezionalità. L'identità viene intesa come la capacità dell'individuo di percepire se stesso come soggetto, capace di fare valutazioni di sé accurate e stabili nel tempo (autostima) e di regolazione emotiva; mentre l'autodirezionalità corrisponde alla capacità di perseguire obiettivi a breve termine, avere scopi di vita coerenti e punti di riferimento di comportamento costruttivi e prosociali uniti alla capacità di riflettere in modo produttivo su di sé (Abbinante, 2019).

Per quanto riguarda il funzionamento interpersonale, invece, si tiene conto di due dimensioni: l'empatia e l'intimità. La prima è la capacità di comprendere le esperienze e le motivazioni altrui, ma anche di tollerare prospettive diverse dalla propria, con la consapevolezza che il proprio comportamento ha degli effetti sugli altri. L'intimità invece è valutata in base alla profondità e alla durata delle relazioni gratificanti e positive con gli altri (Abbinante, 2019).

**Il criterio B** valuta sia la presenza di uno o più tratti patologici della personalità, ma anche aspetti relativi al tratto. Secondo questo criterio i tratti patologici devono essere osservati in una prospettiva dimensionale (a vs b) vengono organizzati in domini patologici di personalità:

- affettività negativa vs stabilità emotiva. Si valuta la presenza di frequenti ed intense esperienze connotate da alti livelli di emozioni negative (come ad esempio colpa, ansia, vergogna) con conseguenti comportamenti (ad esempio relazioni di dipendenza oppure evitamento).
- distacco vs estroversione. Si valutano l'introversione e l'evitamento delle esperienze socio-emotive, attraverso il ritiro dalle relazioni interpersonali (come, ad esempio, la mancanza di relazioni affettive) e il ridotto riconoscimento dell'espressione delle emozioni e del piacere.

- antagonismo vs disponibilità. Si valutano la mancanza di una consapevolezza dei bisogni e dei sentimenti dell'altro e quanto è presente la tendenza ad usare gli altri per il perseguimento dei propri obiettivi/bisogni (ad esempio un esagerato senso di importanza di sé con un'aspettativa di trattamento speciale, oppure una mancanza di empatia).
- disinibizione vs coscienziosità. Si valutano impulsività, difficoltà a differire nel tempo la gratificazione, comportamenti mediati da stimoli, senza la capacità di tener conto delle esperienze passate o del futuro.
- psicoticismo vs lucidità mentale. Si valutano la presenza di pensieri e comportamenti non convenzionali, strani, eccentrici, non riconosciuti dalla cultura di appartenenza sia dal punto di vista dei processi (es. percezioni), che dei contenuti (es. convinzioni personali inusuali).

**Il criterio C** è relativo alla compromissione nel funzionamento della personalità e l'espressione del tratto della personalità dell'individuo, come relativamente stabile nel tempo e costante tra le situazioni. Invece **il criterio D** è relativo alla compromissione nel funzionamento della personalità e l'espressione del tratto della personalità dell'individuo. Queste due compromissioni sono considerate normative per la fase dello sviluppo individuale, ma anche per le relazioni nell'ambiente socioculturale. Infine, **il criterio E** fa riferimento al fatto che la compromissione nel funzionamento della personalità e l'espressione del tratto della personalità dell'individuo non siano dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o di una condizione medica generale.

I Disturbi di Personalità riconosciuti sulla base di questo modello sono: il disturbo di personalità antisociale, evitante, borderline, narcisistico, ossessivo-compulsivo e schizotipico.

Riassumendo quanto appena schematizzato, una volta stabilita la presenza di un disturbo di personalità sulla base dell'alterazione del funzionamento personale e interpersonale, sulla base della valutazione delle dimensioni di identità, autodirezionalità, intimità ed empatia, la definizione della tipologia di disturbo si basa su quanto stabilito dal criterio B, che definisce i tratti di personalità patologici. Questi, come enunciato dal Five Factor Model, si organizzano essenzialmente intorno a cinque domini costituiti da polarità opposte, che creano un continuum tra loro: affettività negativa vs stabilità emotiva, distacco vs estroversione, antagonismo vs disponibilità, disinibizione vs coscienziosità e psicoticismo vs lucidità mentale. All'interno dei cinque domini di tratto, possono essere individuate 25 sottodimensioni (facets) che combinano i vari aspetti dimensionali grazie ai quali è possibile formulare la diagnosi di uno specifico disturbo di personalità.

Ogni disturbo di personalità viene in tal senso definito dalla compromissione del funzionamento della personalità (criterio A), che si manifesta con caratteristiche specifiche relative alle quattro principali aree di funzionamento (il *core* psicopatologico del disturbo, i sintomi cardine), con connotati caratterizzanti a seconda della presenza o meno di alcuni tratti patologici specifici (criterio B). Questa costruzione del modello alternativo ha il fine di ottenere una distinzione in livelli sintomatologici. Nello specifico nel disturbo borderline di personalità le caratteristiche tipiche sono l'instabilità dell'immagine del sé, degli obiettivi personali, delle relazioni interpersonali e affettive, accompagnata da impulsività, tendenza a correre rischi e/o ostilità.

La commissione di vigilanza dell'APA ha preso la decisione di mantenere la classificazione categoriale del DSM-IV-TR, introducendo un modello dimensionale nella terza edizione. In altre parole, in aggiunta all'approccio categoriale della seconda edizione del manuale che mantiene immutati i criteri per la diagnosi dei dieci disturbi di personalità, il DSM-5 propone anche un modello alternativo (Mignone, 2013). La sezione III comprende scale di valutazione, un capitolo dedicato alle condizioni psicopatologiche di cui sono necessari approfondimenti, il *World Health Organization Disability Assessment Schedule* e l'Intervista per l'inquadramento culturale. Inoltre, la sezione III elimina quattro sezioni, a causa di inadeguati supporti da parte della letteratura scientifica, dalle dieci tipologie di disturbo di personalità presenti nella sezione II (invarianti rispetto al DSM IV-TR). In questa sezione dopo diverse critiche tra cui quella di Spitzer e Frances (2011), la metodologia ibrida mantiene sei tipi di disturbo di personalità: disturbo della personalità schizotipico, disturbo della personalità antisociale, disturbo di personalità borderline, disturbo di personalità narcisistico, disturbo di personalità evitante e disturbo di personalità ossessivo-compulsivo (Gazzillo, Genova, Lingiardi, 2014).

Oltre ai disturbi di personalità c'è la possibilità di formulare una diagnosi TS (Tratto-Specifica) sulla base della presenza di tratti di personalità, ovvero una tendenza a percepire, comportarsi e pensare in modi relativamente costanti nel tempo. La diagnosi DP-TS, quindi, è attuabile quando il funzionamento è compromesso e il soggetto presenta tratti di personalità patologici attribuibili a più categorie. In altre parole, se il profilo del paziente corrisponde a quello che il set di criteri definisce come uno dei sei disturbi di personalità considerati, allora il clinico effettuerà una diagnosi di disturbo di personalità specifico. Nel caso in cui invece, il soggetto presentasse un *pattern* compromesso a livello del funzionamento di personalità, ma in associazione ad alcuni tratti patologici non corrispondenti ad un profilo specifico, allora il clinico effettuerà una diagnosi di disturbo della personalità tratto-specifico (PD-TS) (Gazzillo, Genova, Lingiardi, 2014)

### 2.8.2 Criteri dell'ICD-10 per il disturbo di personalità emotivamente instabile

L'ICD-10 descrive il disturbo borderline di personalità come un disturbo di personalità emotivamente instabile. Il disturbo di personalità borderline è caratterizzato da una chiara tendenza ad agire impulsivamente, senza considerare le conseguenze. L'umore è imprevedibile e capriccioso. Vi è una tendenza alla manifestazione esagerata delle emozioni ed un'incapacità a controllare le esplosioni comportamentali, con una tendenza al comportamento rissoso e al conflitto con gli altri, specialmente quando le azioni impulsive sono ostacolate o censurate. Si possono distinguere due tipologie:

1. il *tipo impulsivo*, caratterizzato prevalentemente da instabilità emotiva e mancanza di controllo degli impulsi
2. il *tipo borderline*, caratterizzato da più disturbi dell'immagine di sé, delle intenzioni, un sentimento cronico di vuoto, intense e instabili relazioni interpersonali e tendenza ad un comportamento autodistruttivo, inclusi gesti e tentativi suicidari.

### 2.8.3 Criteri del PDM-2

All'interno del PDM-2, l'Asse P che segue il modello di Kernberg, individua un livello di organizzazione della personalità costituito da almeno cinque compromissioni delle funzioni mentali di base:

1. identità
2. relazioni oggettuali
3. tolleranza agli affetti
4. regolazione degli impulsi e degli affetti
5. integrazione del Super-Io

### 2.8.4 Criteri SWAP-II

La SWAP-II classifica lo spettro di personalità borderline-disregolato, individuando soggetti caratterizzati da una compromissione della capacità di regolazione delle proprie emozioni, portati ad agire secondo i loro impulsi (inclusi quelli autodistruttivi), con frequenti relazioni intense e caotiche dovute a percezioni instabili di sé e degli altri.

## 2.9 Modelli per il disturbo borderline di personalità

### 2.9.1 Modello bio-psico-sociale di Joel Paris

Il modello di Joel Paris ha un'idea di base che consiste nell'amplificazione dei tratti di personalità. I tratti vengono definiti come la diretta conseguenza che i fattori di rischio hanno

sull'individuo e non soltanto sulla predisposizione dell'individuo. Il modello bio-psico-sociale, infatti, è un modello che racchiude la personalità dell'individuo e i suoi disturbi.

Paris prende in considerazione tre fattori di rischio intervenienti nell'eziopatogenesi del disturbo borderline: il primo fattore è quello biologico, che è possibile attribuire ad un'ereditarietà comportamentale o ad un deficit neuropsicologico del soggetto; il secondo fattore è quello psicologico che è legato ad esperienze traumatiche e a stili comunicativi e comportamentali disfunzionali; infine il terzo fattore è quello sociale, correlato alla destrutturazione dei valori tradizionali (tipica della società occidentale attuale), con successiva svalutazione di alcuni modelli sociali.

Il disturbo borderline ha una fisionomia sfumata dovuta proprio all'incrocio e alla complessità dei sentieri eziopatogenetici, indice di comorbilità tra i vari disturbi di personalità. Come numerose ricerche hanno dimostrato, le esperienze traumatiche sono comuni nei soggetti con disturbi di personalità: esperienze precoci possono modellare e deformare la personalità (Gazzillo e Lingiardi, 2014). L'individuazione di un fattore di rischio precoce non determina necessariamente l'insorgenza della patologia, anche se i pazienti con disturbo borderline sembrano sovente appartenere a famiglie con una scarsa coesione interna e con situazioni relazionali interne alla famiglia poco accoglienti. La ricerca ha riportato riscontri rispetto alle esperienze traumatiche, ad esempio l'abuso sessuale o fisico, come vissuti comuni nei soggetti con disturbo di personalità borderline. Le esperienze che il bambino vive nell'infanzia possono essere fattori di rischio per lo sviluppo di una personalità patologica.

### 2.9.2 Modello dialettico comportamentale di Marsha Linehan

Il modello di Marsha Linehan sostiene che nel BPD sia presente un deficit del sistema di regolazione delle emozioni che implica diverse difficoltà. Prima tra tutte viene delineata la difficoltà di comprensione della natura relazionale e transitoria delle emozioni, seguita da una difficoltà a costruire una teoria efficace della relazione tra emozioni ed eventi ambientali ed infine, è presente una difficoltà ad identificare ciascuna emozione in modo appropriato. Si può concludere dicendo che il deficit del sistema di regolazione delle emozioni potrebbe essere ascritto a caratteristiche temperamentali che interagiscono con un ambiente che tende ad invalidare le esperienze emotive del soggetto (Gazzillo e Lingiardi, 2014). Marsha Linehan (1993) sostiene l'ipotesi che il disturbo di personalità borderline sia un disturbo da disregolazione, che si manifesta su tre livelli: affettivo, cognitivo ed interpersonale. L'individuo borderline è bloccato tra le due polarità presente nella realtà psichica, che è costituita da tesi ed

antitesi. Questo inadeguato processo di sintesi che il soggetto borderline compie tra le due tendenze opposte non comporta una loro conciliazione e di conseguenza essa sfocia nei cosiddetti “fallimenti dialettici”, quindi nel ricorso massivo alla scissione, ad un senso di alienazione e diffusione dell’identità.

### 2.9.3 Modello di Peter Fonagy

Il modello che Peter Fonagy e colleghi hanno elaborato è un modello che fa riferimento alle patologie presenti nei soggetti borderline e ha l’obiettivo di porre l’accento sull’inibizione del soggetto e sul fallimento dei suoi processi di mentalizzazione. Dunque, l’incapacità di comprendere che anche “l’altro” ha degli stati d’animo che sono differenti dai suoi, che si traduce nell’incapacità di fare inferenze sugli stati d’animo dell’altro (Gazzillo e Lingiardi, 2014).

### 2.10 Studi epidemiologici

Studi epidemiologici riportano nella popolazione mondiale un tasso di prevalenza del DBP tra l’1 e il 2% (stimata all’1,6%), che può tuttavia arrivare anche al 5,9%. Il DBP risulta tre volte più frequente nelle donne che negli uomini: il 75% dei soggetti con disturbo borderline è infatti di sesso femminile (DSM-5; Gunderson, 2008).

L’età media dei soggetti che ricevono una diagnosi di DBP è 18 anni e, solitamente, i sintomi clinici esordiscono alcuni anni prima che i soggetti arrivino all’attenzione dei clinici. Si può dunque ritenere che il DBD esordisca generalmente in adolescenza (Oldham, 2004).

Nelle popolazioni cliniche il 6% dei soggetti si trova all’interno di centri di assistenza primaria, il 10% è costituito da pazienti ambulatoriali, mentre il 20% costituisce la parte di soggetti ricoverati.

Nei soggetti con diagnosi di DBP è frequente la comorbilità con altri disturbi mentali, soprattutto sindromi cliniche (ex asse I), tra cui disturbi dell’umore, disturbi d’ansia e abuso di sostanze, in una minoranza di casi anche rispetto ad altri DP, soprattutto per esempio il disturbo antisociale di personalità (ex asse II).

### 2.11 Il quadro clinico

Il quadro clinico del DBP, nel DSM-5, viene inserito nel Gruppo B dei disturbi di personalità. Questo gruppo comprende anche il disturbo antisociale, il disturbo istrionico e il disturbo narcisistico, disturbi sono caratterizzati da alta emotività e marcata imprevedibilità.

Inoltre, possono manifestarsi diversi fenomeni psicopatologici nei soggetti con DBP, a livello:

- affettivo (disregolazione emotiva e rabbia intensa)

- cognitivo (ideazione paranoide, sintomi dissociativi e disturbo dell'identità)
- comportamentale (impulsività, auto-mutilazione e tentativi di suicidio)
- interpersonale (relazioni intense e instabili, paure irrealistiche di abbandono)

Il disturbo borderline di personalità può essere dunque ritenuta un'entità diagnostica molto controversa e può essere descritto fondamentalmente come un disturbo della relazione, che impedisce al soggetto di stabilire rapporti di amicizia, affetto o amore stabili nel corso del tempo. Le persone con disturbo di personalità borderline sono persone che trascorrono le loro vite in uno stato di estrema confusione; i loro rapporti risultano emotivamente distruttivi per gli altri, oppure falliscono (Marsigli, 2019).

Le persone affette da un disturbo borderline di personalità sperimentano emozioni devastanti e le manifestano in modo eclatante: esagerano molti aspetti della loro vita o i loro sentimenti, proiettano le loro inadempienze sugli altri e ne sembrano vittime quando spesso ne sono i carnefici; si comportano in modo diverso nel giro di qualche minuto o ora.

Il disturbo borderline di personalità è stato spesso associato ad eventi traumatici subiti nell'infanzia come abusi sessuali o fisici, sebbene non costituisca necessariamente una costante. La caratteristica più evidente e preoccupante del disturbo borderline è che presenta sintomi potenzialmente dannosi per la sopravvivenza del soggetto come abbuffate, uso e abuso di sostanze, guida spericolata, sessualità promiscua, autolesionismo, condotte antisociali e tentativi di suicidio, associate, inoltre, a scoppi improvvisi di rabbia intensi (Marsigli, 2019).

## 2.12 Relazione con il clinico e trattamento

Un trattamento efficace dei pazienti con disturbo borderline di personalità richiede l'instaurazione di una relazione terapeutica collaborativa promossa da interventi terapeutici focali per modificare il pattern disadattivo e mantenere il pattern più adattivo (Bordin, 1979).

I pazienti con disturbo borderline hanno notevoli difficoltà a concentrarsi sulla relazione paziente-clinico nella misura minima necessaria per lavorare all'interno di una modalità psicoterapeutica individuale tradizionale. Solo nel momento in cui sperimentano un certo grado di modulazione degli stili affettivi, comportamentali e cognitivi diventano suscettibili a modificare o cambiare la loro struttura caratteriale. Pertanto, un approccio integrato e combinato, che di solito include la farmacoterapia, può essere efficace nel trattamento di tali pazienti.

## **CAPITOLO 3: LE NEUROSCIENZE NELLO STUDIO DEL TRAUMA E DEL DISTURBO BORDERLINE**

### 3.1 Correlazione tra Disturbo di Personalità Borderline e traumi subiti durante l'infanzia

Recenti studi delle neuroscienze hanno fatto luce sui meccanismi del cervello che possono essere collegati ai traumi subiti nell'infanzia. La Personalità Borderline è una condizione psicologica complessa, caratterizzata da un'importante instabilità emotiva e psicologica. Coloro che soffrono di questo disturbo, sperimentano stati d'animo intensi, che mutano rapidamente e portano il soggetto ad avere difficoltà nella vita affettiva e sociale. L'instabilità nelle relazioni interpersonali ed affettive provocano grande insicurezza interiore e cambiamenti repentini dell'umore caratterizzati da forte impulsività, con profonde difficoltà alla base dell'organizzazione coerente dei propri pensieri.

Il Disturbo di Personalità Borderline con insorgenza nell'età adulta e i traumi infantili ripetuti durante l'infanzia sono strettamente in connessione, perchè il cervello sembra essere capace di custodire la memoria dei traumi, dei maltrattamenti e delle umiliazioni subite da bambini (Pisanello, 2018).

Il bambino che durante la sua infanzia è stato maltrattato ha dovuto crescere in uno stato costante di paura e vigilanza e questo sembra indurre nel cervello un'aumentata attivazione dell'amigdala. Sebbene la funzione principale dell'amigdala sia proprio quella di aumentare la vigilanza, per permettere al soggetto di proteggersi dal pericolo, in situazioni di maltrattamento svolge soprattutto un ruolo di regolarizzazione dello stress che ha condotto il soggetto ad un'iperattivazione (Maffei, 2008). Nel disturbo borderline, durante l'elaborazione delle emozioni negative, avviene una diminuzione dell'attività della corteccia prefrontale che non permette una loro regolazione. Per questo motivo i traumi sembrano ricoprire un ruolo importante nella genesi del disturbo borderline (Paris, 1996).

Bowlby ideò il concetto di Modelli Operativi Interni (MOI), che fa riferimento alla modalità relazionale che il bambino ha sviluppato a partire dalle relazioni primarie con il genitore. I MOI sono centrali, quindi, per comprendere come il bambino interpreta le diverse esperienze di vita, le interazioni con l'ambiente esterno e le possibili alternative selezionate per affrontare le difficoltà. L'attaccamento non soltanto va a rilevare il tipo di relazione che si è instaurata tra bambino e caregiver, ma dà anche delle indicazioni sui processi relazionali che il bambino metterà in atto lungo tutta la sua esperienza, dal momento che lo schema che si instaura si

manterrà per lo più costante nelle relazioni del corso della sua esistenza (Fonagy e colleghi, 2002).

Il concetto dei MOI (Modello Operativo Interno) è interessante per riflettere sulla complessità e la diversità delle reazioni che i soggetti mettono in atto in seguito ad esperienze traumatiche. Le risposte del soggetto sono condizionate dall'evento traumatico in sé (intensità, durata e modalità), ma soprattutto dal significato soggettivo che viene attribuito dal soggetto. Proprio per tale motivo è opportuno fare riferimento ai MOI (Mariscalcolo, 2022).

Nello specifico essere vittima di un evento psicologico potenzialmente traumatico comporta l'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento, ma anche del MOI che lo regola, delle aspettative sulla risposta che gli altri daranno alla propria richiesta di cura e del valore attribuito alle proprie emozioni di attaccamento (Liotti, 2006).

Il dolore fisico e psichico, unito alla percezione della propria vulnerabilità, costituiscono il più potente attivatore del bisogno umano innato di aiuto, conforto e protezione (attaccamento). Le aspettative di risposte positive dagli altri e il significato positivo attribuito alle proprie emozioni (aspettative veicolate dal MOI dell'attaccamento sicuro) riducono da un lato, sul piano intrapsichico, gli effetti dolorosi del trauma, mentre sul piano relazionale guidano efficacemente il comportamento del soggetto verso interazioni interpersonali realmente costruite e capaci di fornire aiuto e conforto nel momento necessario. Il MOI dell'attaccamento disorganizzato convoglia tuttavia in aspettative di rifiuto, di intrusività e di ulteriore pericolo connesso alle proprie richieste di attaccamento; quindi, non protegge dagli effetti psicologici degli eventi traumatici, ma può addirittura amplificarli (Liotti, 1999a, 1999b).

Una ricerca di Adams e colleghi (1995) ha evidenziato come un attaccamento disorganizzato sia un fattore di elevato rischio per lo sviluppo di DPTS (Disturbo Post Traumatico da Stress) e le famiglie in cui si verifica più facilmente questo tipo di attaccamento sono le stesse famiglie dove è presente un maggiore rischio di abuso, maltrattamento o di violenza (Carlson e colleghi, 1989). Il DA (attaccamento disorganizzato) e l'esposizione a traumi psicologici durante lo sviluppo possono essere considerati come i due fattori di rischio principali per lo sviluppo del Disturbo Borderline di Personalità, fattori tra loro spesso interconnessi nel concorrere alla dissociazione o alla scissione che caratterizza questo disturbo. Il DA è già di per sé un fattore di dissociazione nelle rappresentazioni di sé-con-l'altro, per questo motivo spesso i casi di Disturbo Borderline di Personalità sono caratterizzati da una storia di sviluppo in cui non si riscontrano esperienze traumatiche particolari.

Infine, il MOI di un soggetto con attaccamento sicuro ha un valore protettivo che può contribuire a spiegare come l'esposizione a traumi durante lo sviluppo non sempre sia seguita

dalla comparsa di patologie dissociative che evolvono in particolare in un quadro di DPB. Una deficitaria capacità metacognitiva, dovuta ad esempio a relazioni precoci disfunzionali con i caregiver, impedisce durante lo sviluppo del soggetto la riflessione critica sulla propria condotta e sui propri stati mentali che potrebbe avviare diversi tipi di condotte interpersonali ed aiutare ad esplorare diverse modalità di gestione delle emozioni dolorose.

Quindi, bambini che hanno genitori incapaci di riflettere in modo accogliente e comprensivo sulla propria esperienza interna vengono privati di un'esperienza psicologica essenziale per la costruzione di un senso di Sé coeso. La ricerca ha mostrato la presenza di una complessa interazione evolutiva tra la capacità di mentalizzazione e la sicurezza dell'attaccamento nella primissima infanzia. Infatti, l'esperienza di Sé e quindi quella di essere dotati di una mente (mentalizzazione), si evolve a partire dall'infanzia e il suo sviluppo dipende dall'interazione con le menti più mature (adulti e bambini più grandi), sempre che queste menti siano rispecchianti e sufficientemente sintonizzate (Nazzaro, 2014). La mentalizzazione in particolare è sostenuta da diverse abilità cognitive specifiche, come la comprensione degli stati emotivi, la capacità di controllo dell'attenzione e la capacità di esprimere un giudizio oppure un parere sugli stati soggettivi e pensare in modo esplicito agli stati mentali (Allen, Fonagy, Bateman, 2008).

Utilizzando tecniche di brainimaging si è evidenziato il legame tra attaccamento e sviluppo della mentalizzazione che attiva una rete di diverse aree cerebrali, tra cui l'area prefrontale orbitale, l'area prefrontale mediale (la parte che sembra essere più attiva), i neuroni specchio a partenza della corteccia premotoria, le strutture del lobo temporale (lobi temporali ed amigdala), le regioni temporo-parietali (solco temporale superiore, il giro fusiforme) e il cervelletto (Gazzillo e Lingiardi, 2014).

Attili (2007) e Ammaniti (2010) hanno osservato che nel caso di traumi durante l'infanzia, è possibile che il normale sviluppo della capacità di mentalizzazione possa risultare compromesso, producendo una importante difficoltà a considerare, riflettere e comprendere gli stati mentali propri e altrui, che può sfociare in un deficit della regolazione e dell'organizzazione delle emozioni. Gli studi che si sono occupati di approfondire le difficoltà di mentalizzazione e di regolazione delle emozioni in soggetti affetti da DCA (Disturbo del Comportamento Alimentare) hanno osservato, per esempio, che i soggetti che riportavano esperienze di abuso nell'infanzia, in particolare abuso emotivo, mostravano una più alta correlazione tra le difficoltà di mentalizzazione e la regolazione delle emozioni (Brewerton, 2007; Briere e Scott, 2007; Messman-Moore e Garrigus, 2007; Racine e Wildes, 2014).

L'attivarsi del sistema di attaccamento comporta l'attivazione di un circuito ricettivo della vasopressina e dell'ossitocina che sono collocati nell'ipotalamo anteriore, connessi a loro volta con l'area tegumentale ventrale e alla conchiglia del nucleo acumbens. Queste attivazioni sottolineano l'esistenza di un'influenza diretta delle esperienze di attaccamento precoci sullo sviluppo del cervello (Kraemer, 1992; Sigman, Siegel, 1992). Le relazioni di attaccamento rappresentano la fonte primaria delle interazioni che il bambino ha con il mondo esterno durante le fasi di massima crescita del cervello e, da un punto di vista neurobiologico, i fattori ambientali influiscono in modo significativo sulla formazione delle connessioni sinaptiche studiate tramite fMRI (Goldsmith e colleghi, 1997).

È stato ipotizzato inoltre, che trovarsi in uno stato intenso di attaccamento inibisca la mentalizzazione. All'interno di una relazione di attaccamento sicuro, si può esplorare la mente dell'altro e nello stesso tempo sentirsi relativamente sicuri di non trovare elementi ostili verso il Sé (Nazzaro, 2014). La psicopatologia borderline può essere considerata il riflesso dell'inibizione della mentalizzazione o anche di un fallimento originario del suo sviluppo. La disorganizzazione dell'attaccamento comporterebbe quindi, sia una rappresentazione molteplice e scissa della figura di attaccamento, sia un deficit metacognitivo che comporta una difficile regolazione delle emozioni (Liotti, 1999). In questo modo sarebbe più semplice spiegare l'associazione tra il trauma relazionale precoce, la disorganizzazione dell'attaccamento, il successivo sviluppo traumatico e infine le gravi difficoltà relazionali che caratterizzano il disturbo borderline di personalità (Choi-Kain, Fitzmaurice, Zanmarini e colleghi, 2009).

L'esperienza traumatica può sopraffare le capacità mentali, disturbare l'esperienza e l'espressione degli affetti ed interferire con la capacità di simbolizzazione e con la fantasia, contribuendo in questo modo all'incapacità di attribuire un significato agli eventi, che determinano cambiamenti importanti nel senso del Sé delle vittime e nella qualità delle loro relazioni interpersonali. Diversi fattori possono convergere con gli effetti di un attaccamento disorganizzato nel determinare il Disturbo Borderline di Personalità secondo un quadro di genesi multifattoriale bio-psico-sociale (Paris, 1996). Tratti di personalità determinati da variabili genetiche, temperamentali e quindi costituzionali (ad esempio, l'impulsività e la particolare reattività del sistema neuro-vegetativo agli stimoli emozionali), sono importanti fattori di rischio aggiuntivi (Linehan, 1993a, 1993b; Paris, 1996). Inoltre, anche le anomalie neuropsicologiche congenite o acquisite potrebbero sommarsi agli attaccamenti disorganizzati e agli effetti psicologici prodotti dai traumi nella patogenesi del Disturbo Borderline di Personalità (Van Reekum, Links e Boiago, 1993).

È importante, tuttavia, considerare anche il ruolo dei fattori protettivi che possono, nel corso dello sviluppo, neutralizzare o compensare parzialmente l'influenza di precedenti fattori di rischio, perché possono verificarsi esperienze successive di attaccamento sicuro, in grado di correggere le precedenti esperienze di disorganizzazione.

### 3.2 Relazione tra dimensione psichica e processi neurofisiologici

Le ricerche relative all'ipotesi di un'esistente relazione tra dimensione psichica e processi neurofisiologici cominciarono a partire dall'Ottocento.

Nel corso del Novecento, grazie allo sviluppo di strumenti di osservazione e misurazione dell'attività cerebrale e del sistema nervoso centrale, migliorarono sia l'efficacia che la precisione relativa allo studio del cervello (Galati, 2020). Tra gli strumenti pensati e messi a punto nel Novecento, la PET (Tomografia a Emissione di Positroni) e la fMRI (Risonanza Magnetica Funzionale) sono considerati i principali, perché hanno permesso l'attuazione di importanti studi di neuroimmagine; i modelli di intervento maggiormente sostenuti dalla letteratura di settore in questo ambito, sono invece la DBT (*Dialectical Behavior Therapy*), la MBT (Mentalization Behavior Therapy) e l'EMDR.

Negli anni Ottanta del Novecento in particolare si svilupparono studi relativi alla specializzazione funzionale dei neuroni, che furono resi possibili grazie all'introduzione di microelettrodi in grado di stimolare singole cellule nervose. Questi studi misero in evidenza come l'attività funzionale del cervello non dipenda solo da singole aree, ma anche dalla specializzazione dei neuroni che vengono attivati.

L'attività cerebrale secondo Lurija (1977) si struttura in tre macrosistemi. La formazione reticolare insieme alle strutture sottocorticali costituisce il primo macrosistema e la sua funzione è di regolare il tono del comportamento, le emozioni e l'alternanza sonno-veglia. I lobi occipitali, i lobi temporali e quelli parietali hanno il compito della gestione della ricezione e dell'immagazzinamento dell'informazione. Infine, il terzo macrosistema è adibito alla gestione della programmazione e il controllo del comportamento ed esercita un'attività di integrazione delle attività delle altre strutture (Galati, 2020). A tal proposito è stata interessante la scoperta dei "neuroni specchio", compiuta a metà degli anni Ottanta, nell'università di Parma dal gruppo di lavoro di Giacomo Rizzolatti (Galati, 2020). Nell'attività dei neuroni specchio si può rilevare una relazione di "risonanza intersoggettiva che potrebbe essere vista come il

fondamento neurofisiologico di quello che gli psicologi chiamano teoria della mente” (Galati, 2020, p.109).

Sempre legato al rapporto tra neurofisiologia e psicologia è interessante riprendere le considerazioni fatte da Wundt riguardo a come i fenomeni psicologici e l’attività di coscienza dipendano da come il sistema nervoso si attiva a causa di stimoli esterni o stimoli interni, ma anche a causa di processi di tipo neurofisiologico che portano gli stimoli, che sono iniziati dagli organi di senso, fino ai centri cerebrali. Si può dunque constatare come la nascita dell’esperienza psichica dipenda profondamente dai processi fisici e fisiologici, sebbene la sua organizzazione rimanga autonoma da essi. La psicologia, come le scienze della natura, parte dall’esperienza come punto di inizio nello studio dei processi cerebrali (Galati, 2020).

### 3.3 Trauma e funzionamento cerebrale

All’inizio degli anni Novanta, le recenti tecniche di brain imaging permisero di giungere ad una comprensione dettagliata e sofisticata delle modalità con cui il cervello elabora le informazioni. Per la prima volta nella storia, attualmente sono disponibili strumenti adeguati per osservare il cervello impegnato nell’elaborazione dei ricordi, delle sensazioni e delle emozioni. Tutto ciò ha permesso di iniziare una mappatura sia dei circuiti della mente che di quelli della coscienza (van der Kolk, 2015). Il neuroimaging ha radicalmente modificato il modo di conoscere e concepire il cervello, ma anche il trauma e il disturbo di personalità.

#### 3.3.1 Area limbica e corteccia visiva

Nel corso del Novecento il cervello è stato osservato all’interno di precisi *setting* sperimentali da alcuni ricercatori, attraverso tecniche di fMRI, che avevano lo scopo di evidenziare le mappe di attivazione (funzionali) che consentono di illustrare quali aree cerebrali sottendono specifiche funzioni cognitive durante un trauma. Le situazioni oggetto di studio e i compiti svolti dal soggetto all’interno dei *setting* variano a seconda dell’area cerebrale che si intende indagare. Alcune indagini con il preciso scopo di indagare la reattività cerebrale ad un trauma consistevano nella presentazione, a campioni di soggetti, di fotografie di volti di persone tristi, arrabbiate e successivamente felici. Altri hanno avuto riguardato l’esposizione di racconti traumatici o ancora la lettura del racconto dell’evento traumatico del soggetto in esame. Infine alcuni hanno osservato l’attivazione delle aree cerebrali durante la memoria dichiarativa verbale

del soggetto rispetto al suo vissuto traumatico al fine di verificare che cosa accadesse a livello cerebrale durante la riattivazione di tale evento.

Le sperimentazioni hanno mostrato che il cervello durante un vissuto traumatico si configura come caratterizzato da macchie luminose a livello del cervello limbico e della corteccia visiva, che indicano un'elevata attivazione di queste aree, mentre risulta disattivata l'area di Broca deputata al linguaggio. L'**area di Broca** è la regione della corteccia cerebrale nota per avere un ruolo chiave nella produzione e comprensione del linguaggio ed è connessa all'area di Wernicke sul lobo temporale (Griguolo, 2019). Inoltre, tale area è localizzata sul lobo frontale dell'emisfero cerebrale dominante, in una zona denominata circonvoluzione frontale inferiore e si spegne ogni volta in cui si sollecita un flashback. Attraverso le scansioni del cervello è stato evidenziato visivamente come gli effetti del trauma non siano per nulla distanti dalle lesioni fisiche, ma anzi possano addirittura sovrapporsi ad esse (van der Kolk, 2015). Per quanto riguarda le emozioni intense, si è osservato che attivano il sistema limbico, in particolare l'area dell'amigdala che si trova al suo interno; durante un trauma, infatti, l'area di maggiore attivazione è proprio l'area limbica, che si trova nella zona destra più bassa del cervello (van der Kolk, 2015).

### 3.3.2 Amigdala

L'amigdala, formata da nuclei del complesso basolaterale, un nucleo centrale e la stria terminale è la regione cerebrale maggiormente connessa alle emozioni. Tale struttura è collocata nei lobi temporali degli emisferi cerebrali, che sono connessi reciprocamente all'ipotalamo, all'ippocampo e al talamo.

Le afferenze sensoriali che raggiungono l'amigdala arrivano per lo più al complesso basolaterale (nuclei basolaterali) che riceve informazioni provenienti dai nuclei sensoriali del talamo e dalle aree sensoriali primarie della corteccia cerebrale (Galati, 2020).

Il neurobiologo Joseph LeDoux (1996) attraverso tecniche di neuroimaging, in grado di consentire uno studio approfondito dell'anatomia cerebrale, scoprì che il ruolo fondamentale svolto dall'amigdala era quello di "sistema di allarme" del cervello in grado di padroneggiare, nell'arco di una frazione di secondo, le attività del lobo prefrontale (in cui ha sede la razionalità) per fronteggiare un'emergenza. Secondo la teoria di LeDoux, i nostri organi di senso ricevono dall'ambiente informazioni che segnalano la presenza o la possibilità di un pericolo. Tali informazioni possono raggiungere l'amigdala attraverso percorsi diretti provenienti dal talamo

(strada bassa) alla corteccia e dalla corteccia all'amigdala (strada alta). La via talamo-amigdala è più breve e il sistema di trasmissione è più veloce, ma la strada bassa, non sfruttando l'elaborazione corticale, fornisce all'amigdala solo una rappresentazione imprecisa e approssimata dello stimolo, innescando una risposta di tipo emotivo e dando al cervello la possibilità di cominciare a rispondere nell'emergenza all'eventuale pericolo (Griguolo, 2019).

### 3.4 Configurazione neurobiologica del cervello di un soggetto borderline

Una conseguenza diretta delle precoci interazioni traumatiche che il paziente borderline ha avuto con genitori o *caregiver* e che ha plasmato un attaccamento di tipo insicuro o disorganizzato si può manifestare nel soggetto adulto attraverso uno stato di costante ipervigilanza, derivato dalla necessità di controllare l'ambiente perché sospetta la presenza di intenzioni malevole nei suoi confronti.

#### 3.4.1 Amigdala ed ippocampo

L'amigdala può essere definita come la parte primitiva del cervello che ha come funzione principale la regolazione delle emozioni e, come precedentemente accennato, anche quella di aumentare lo stato di vigilanza per preparare l'organismo a situazioni di potenziale pericolo. Nel Disturbo di Personalità Borderline, tuttavia, come rilevato dagli studi scientifici, l'amigdala presenta un'attività eccessiva, che contribuisce allo sviluppo di uno stato di vigilanza e reattività sopra la soglia che potrebbe essere indice delle espressioni emozionali sproporzionate, anche in situazioni neutre, nei soggetti borderline (Lauro, 2018).

L'amigdala riveste diverse funzioni, tra le quali quella di aumentare la vigilanza e di facilitare la valutazione di potenziali situazioni ambigue. Le conseguenze che si riscontrano in casi di trauma psicologico non fanno riferimento esclusivamente alle emozioni ma sono state riscontrate modifiche anche a livello anatomico, come un volume ridotto dell'ippocampo. Un'aumentata sensibilità alle emozioni, probabilmente correlata a un'iperreattività dell'amigdala e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene associata a esperienze traumatiche, può essere dunque ritenuta una caratteristica centrale del DBP. Per i pazienti con una storia di traumi infantili l'ipervigilanza può essere adattiva e protettiva, ma può avere ripercussioni successive durante lo sviluppo nell'interpretazione delle espressioni emotive proprie ed altrui (Lauro, 2018).

L'ippocampo è un organo di piccole dimensioni all'interno del lobo temporale mediale del cervello e costituisce una parte importante del sistema limbico. Nelle persone con Disturbo Borderline della Personalità sembra che l'ippocampo sia continuamente attivo (iperattivazione) e per questo motivo interpreta in modo incoerente ed errato le minacce, trasmettendo messaggi distorti all'amigdala.

### 3.4.2 Asse Ipotalamo-Pituale-Adrenale

L'ipotalamo, l'ipofisi e la ghiandola surrenale sono tre ghiandole interconnesse che interagiscono al fine di gestire le pressioni che un individuo subisce durante la vita quotidiana, tale sistema è il principale responsabile della produzione di cortisolo da parte dell'organismo. Il cortisolo è un ormone rilasciato dal nostro organismo durante i periodi di stress.

Alcuni studi hanno dimostrato che le persone con Disturbo di Personalità Borderline producono un'eccessiva quantità di cortisolo, indice che i livelli di stress nella vita quotidiana sono sempre sopra soglia, così che la mente e il corpo ne risultano sopraffatti (Lauro, 2018).

### 3.4.3 Ridotta connettività prefrontale

Un'altra modificazione a livello cerebrale nell'individuo con DBP è una ridotta connettività prefrontale, che non consente al soggetto una buona capacità di ritrovare la calma quando è agitato. Questa diminuzione della connettività prefrontale non è tanto legata alla percezione del pericolo, quanto riguarda l'interpretazione degli eventi, caratteristica centrale nel disturbo borderline di personalità. Dunque, l'aumentata sensibilità alle emozioni potrebbe essere collegata, con buona probabilità, all'iperreattività dell'amigdala. Questa, infatti, a causa delle esperienze traumatiche vissute, continua a inviare segnali di costante pericolo alla corteccia prefrontale, riducendone la connettività (Lauro, 2018).

La corteccia prefrontale è la parte più evoluta del cervello umano. Situata nell'area più vicina al viso, contiene le aree deputate ai processi mentali e cognitivi più complessi e, non solo è responsabile della ragione, della razionalità e del processo decisionale, ma è deputata anche alla gestione della nostra natura primaria, ossia gli istinti. Una storia di abusi ripetuti durante l'infanzia potrebbe temporaneamente disattivare le capacità della ragione. La corteccia prefrontale mediale ha connessioni di tipo inibitorio con l'amigdala; questo pattern potrebbe riflettere un'incapacità di porre termine alla generazione di emozioni negative da parte dell'amigdala. Nelle persone con Disturbo di Personalità Borderline la corteccia prefrontale è

parzialmente inattiva e inefficiente, a ciò potrebbero essere ascrivibili alcuni sintomi specifici, come per esempio l'impulsività. Inoltre, traumi precoci possono favorire fenomeni di lateralizzazione emisferica, che è un processo di natura genetica, e influenzare negativamente l'integrazione delle attività dei due emisferi cerebrali, che svolgono attività differenziate, ma fra loro funzionalmente integrate.

Il processo di lateralizzazione è un continuo processo evolutivo corticale, motorio e cognitivo, che sulla base del tipo di esperienze vissute dal soggetto, si modifica e apporta conseguenti modifiche nell'organizzazione spaziale, nelle modalità di attenzione e concentrazione visiva sia nella fase evolutiva che in quella adulta, in cui è ancora possibile una modifica organizzativa e funzionale della lateralità. La lateralizzazione è un processo complesso, a impronta genetica, che si realizza in modo esperienziale. Attraverso alcuni studi effettuati con la PET e la SPECT è stato riportato che i pazienti affetti da PTSD, durante il racconto delle loro esperienze traumatiche, mostrano un'aumentata attività unicamente nell'emisfero destro, in particolare nelle aree del sistema limbico collegate con l'amigdala inclusa. L'attivazione di queste strutture è accompagnata da un'aumentata funzionalità della corteccia visiva destra, che riflette l'esperienza visiva dei traumi riportati dai pazienti. (Rauch e colleghi, 1996; Shin e colleghi, 1999).

#### 3.4.4 Ormone adrenocorticotropo (ACTH)

Una storia di abusi ripetuti durante l'infanzia è associata alla tendenza ad un'eccessiva secrezione di ACTH. L'Ormone adrenocorticotropo (ACTH) o corticotropina è prodotto dall'adenoipofisi e ha la funzione di stimolare la secrezione degli ormoni glicocorticoidi e di mantenere attive le ghiandole surrenali. La secrezione degli ormoni glicocorticoidi presenta un andamento circadiano con un picco massimo che precede il risveglio ed una graduale diminuzione fino al livello minimo raggiungibile durante la notte. Per mantenere un equilibrio fisiologico, il cortisolo esercita sull'ACTH una regolazione negativa inibendo la sua secrezione e analogamente a quanto avviene per il cortisolo, la produzione di ACTH è influenzata da fattori specifici quali lo stress, l'attività fisica e l'ipoglicemia (Istituto Clinico Mater Domini). I sintomi dell'ACTH alto variano in base alla cause scatenanti, ad esempio, traumi gravi come gli abusi ripetuti durante l'infanzia, possono essere considerati cause secondarie dovute a forti emozioni che sono in grado di scatenare un aumento della secrezione di questo ormone (Ruggiero, 2022).

### 3.4.5 Oppioidi endogeni

Nel Disturbo Borderline di Personalità sembra essere implicato anche un deficit di oppioidi endogeni. Tale disfunzione potrebbe essere correlata ad alcuni sintomi del disturbo come i tagli autoinflitti, che inducono il rilascio di oppioidi endogeni, come possibile tentativo di automedicazione. Il sistema degli oppioidi è coinvolto nella regolazione delle emozioni e nei comportamenti sociali, quindi risulta possibile che una loro carenza sia correlata anche a problemi di funzionamento sociale tipici dei pazienti con DBP.

Alla luce delle difficoltà che gli individui con Disturbo Borderline di Personalità incontrano costantemente nelle relazioni interpersonali, a partire dalle relazioni precoci di attaccamento, si può ipotizzare che queste difficoltà siano legate, almeno in parte, a un deficit costituzionale degli oppioidi endogeni (Vitale, 2016).

### 3.5 Studi neuroscientifici relativi al disturbo borderline

In seguito alla descrizione della configurazione del funzionamento cerebrale relativa al DBT, si ritiene interessante riportare tre interessanti studi neuroscientifici. Il primo studio riporta le modulazioni che una stimolazione a corrente nodica diretta sulla corteccia ventro-laterale può riportare sulle reazioni emotive e comportamentali, mentre il secondo studio indaga la possibile presenza di *negativity bias* nell'interpretazione delle informazioni sociali attraverso il riconoscimento delle emozioni facciali. Infine la terzo ricerca, attraverso una serie di osservazioni con tecniche di fMRI su pazienti affetti da DBP, ha indagato la presenza di un'iperattivazione dell'amigdala e la presenza di eventi infantili avversi.

#### 3.5.1 Uno studio di stimolazione a corrente diretta

L'obiettivo di questo studio è stato quello di indagare se una Stimolazione a Corrente Diretta (tDCS) anodica sulla corteccia ventro-laterale prefrontale destra (rVLPFC) in pazienti con DBP possa modulare, come avviene nei soggetti sani, reazioni emotive e comportamentali negative, esperite dopo interazioni sociali in contesti di esclusione, inclusione e iperinclusione, simulati tramite il paradigma *Cyberball*. Stefanini e De Panfilis (2020) hanno reclutato 14 pazienti affetti da DBP, i quali, tramite una randomizzazione in doppio cieco, sono stati assegnati a due gruppi. Uno ha ricevuto la tDCS attiva (*real*) mentre il gruppo di controllo ha ricevuto una tDCS simulata (*sham*).

I due tipi di tDCS venivano effettuate mentre i pazienti partecipavano all'esperienza Cyberball che ricreava diverse condizioni di interazione sociale: iperinclusione (il soggetto è accettato in modo estremo dagli altri giocatori virtuali), inclusione (il soggetto è accettato dagli altri in egual misura) e ostracismo (il soggetto è escluso dal gioco).

I risultati di questo esperimento hanno riportato che i soggetti con DBP sperimentavano maggiore tristezza, dolore sociale, ridotta felicità e aggressività nelle condizioni di ostracismo; tali sentimenti miglioravano significativamente solo durante la fase di iperinclusione e non in quella della semplice inclusione. Inoltre i soggetti con DBP afferenti al gruppo di controllo reagivano sperimentando un significativo incremento del dolore sociale (PFS) al passaggio da una fase di inclusione ad una di esclusione sociale. Tale andamento non si rileva invece nei soggetti che avevano ricevuto una stimolazione a corrente diretta attiva; tali soggetti riferivano infatti livelli di dolore che non cambiano significativamente tra la condizione sociale dell'inclusione e quella dell'esclusione.

Da quanto appena affermato si desume che i soggetti affetti da DBP tendono a sentirsi rifiutati sia nei contesti relazionali realmente ostracizzanti, che in quelli in realtà inclusivi. Queste percezioni sembrano migliorare soltanto quando i pazienti si ritrovano in contesti iperinclusivi, evidenziando il forte bisogno di appartenenza interpersonale. Questi dati preliminari sembrerebbero indicare che il tDCS potrebbe modulare sentimenti di dolore sociale conseguenti ad esperienze di ostracismo in soggetti affetti da DBP.

### 3.5.2 Due studi di risonanza magnetica funzionale

#### 3.5.2.1 Detection delle espressioni facciali

Lo studio eseguito da Marchesi e Benci (2019) ha avuto l'obiettivo di valutare se, durante il processo di riconoscimento delle emozioni facciali (*detection*), soggetti con BPD avessero già nel primo stadio (riflesso automatico) una maggiore tendenza ad attribuire una valenza emotiva negativa ad espressioni facciali neutre al fine di chiarire gli eventuali meccanismi di difesa alla base del disturbo.

Come sostenuto dalla letteratura, nei pazienti con Disturbo Borderline di Personalità (BPD) risultano evidenti difficoltà nell'interpretazione delle informazioni sociali, tale difficoltà suggerisce pertanto che ci possa essere la presenza di un *negativity bias*, che potrebbe amplificare tali informazioni e distorcerle.

Il seguente studio ha esaminato 12 pazienti con BPD e 14 soggetti sani di controllo. Ogni partecipante ha compilato diversi questionari per la valutazione delle capacità di autoregolazione emotiva, dell'affettività negativa e della valutazione delle principali caratteristiche cliniche comunemente associate al BPD. Successivamente i soggetti sono stati sottoposti ad una scansione fMRI al fine di esaminare, attraverso un *detection task* relativo alle emozioni facciali (tristezza, indifferenza, rabbia o disgusto), come venivano recepiti dal soggetto sia stimoli neutri che stimoli negativi.

I risultati di tale acquisizione hanno riportato che i soggetti con BPD risultano riconoscere, con un grado di accuratezza minore rispetto ai soggetti di controllo, le espressioni neutre poiché venivano interpretate comunque come emotive. A livello neurale questo è stato evidenziato attraverso un'iperattivazione durante l'elaborazione degli stimoli neutri, che si è ipotizzato fosse legato alle aspettative di rifiuto che il soggetto BPD ripone nell'altro all'interno delle relazioni interpersonali.

In conclusione, nei soggetti con BPD si nota un'errata interpretazione delle espressioni facciali neutre e si presuppone che tale distorsione sia causata da un maggior ingaggio "automatico" delle aree visive. Questo pattern di attivazione può essere associato ad una maggiore *Rejection Sensitivity* e ad una bassa capacità di controllo volontario rispetto agli stimoli. Si ipotizza che nel BPD queste distorsioni possano essere correlate ad una minore capacità di autoregolazione e ad una maggiore ipersensibilità al rifiuto.

### 3.5.2.2 Correlati neurali della disregolazione emotiva

Benedetta Vai (2012) ha condotto una serie di osservazioni attraverso tecniche di fMRI su pazienti affetti da DBP, che hanno mostrato la presenza di un'iperattivazione dell'amigdala e la presenza di eventi avversi infantili (ACE) significativamente maggiore in questi soggetti rispetto a quelli di controllo. In entrambi i gruppi un alto numero di ACE è stato associato a una minore attivazione dell'amigdala e a una maggiore risposta della corteccia prefrontale dorsolaterale. I soggetti borderline, tuttavia, hanno riportato un'iperattivazione basale dell'amigdala e un'ipoattivazione delle regioni prefrontali rispetto al gruppo di controllo.

I risultati delle osservazioni suggeriscono che l'iperattività dell'amigdala potrebbe discriminare soggetti con DBP da altre condizioni cliniche e per quanto riguarda gli ACE, una maggiore attivazione nella corteccia prefrontale dorsolaterale suggerisce la richiesta di un controllo cognitivo maggiore sulle aree limbiche che ha portato, dopo un trattamento clinicamente efficace, ad una normalizzazione della reattività dell'amigdala agli stimoli avversi.

Cambiamenti nelle scansioni fMRI delle attività cortico- limbico potrebbero dunque essere di rilevanza clinica nel DBP e potrebbero fornire marcatori biologici affidabili per l'efficacia del trattamento (Vai, 2012).

Altri studi con tecniche di fMRI hanno rilevato riduzioni volumetriche dell'ippocampo in individui con DBP e nelle scansioni fMRI sono individuabili anche diversi "punti di calore" all'interno del sistema limbico (centro di controllo emotivo degli esseri umani), che indicano un'attivazione delle basi neurobiologiche dello stress. Nel sistema limbico delle persone con DBP si costituiscono i circuiti neurali legati ai traumi subiti ripetutamente nell'infanzia.

### 3.6 Modelli per il trattamento del trauma

Si ritiene particolarmente utile al fine della trattazione, presentare un modello innovativo per la trattazione del trauma. Il modello 4-D descrive i sintomi clinicamente significativi dei quadri clinici rispetto al trauma, attraverso quattro dimensioni specifiche.

Il secondo modello di intervento rispetto al trauma è quello dell'EMDR, che consiste in una terapia strutturata di desensibilizzazione e rielaborazione del movimento oculare, che incoraggia il paziente a concentrarsi sulla memoria del trauma, sperimentando contemporaneamente una stimolazione emisferica bilaterale dei movimenti oculari, che è associata ad una riduzione della vividezza dell'emozione rispetto ai ricordi del trauma.

#### 3.6.1 Il modello 4-D di Frewene e Roth

La grande novità della proposta di Frewen e Lanius in "La cura del Sé traumatizzato" (2017) è la capacità di riassumere i precedenti contributi teorici e di misurarli neurobiologicamente utilizzandoli a livello clinico. Gli autori propongono un modello chiamato 4-D che fa riferimento agli studi fenomenologici e a quelli neuropsicologici degli stati alterati di coscienza. Il modello 4-D descrive i sintomi clinicamente significativi dei quadri clinici rispetto al trauma lungo quattro dimensioni: il tempo, il pensiero, il corpo e le emozioni.

##### 3.6.1.1 Prima dimensione del modello 4-D: il tempo dilatato.

Le persone che hanno un vissuto traumatico non riescono a distinguere il presente dal passato e dal futuro che sfocia in una percezione del tempo alterata (Frewen e Lanius, 2017).

Durante gli eventi traumatici questo rallentamento della percezione del tempo è un fenomeno che può aiutare il soggetto a sopravvivere al trauma, ma che se si mantiene molto a lungo produce conseguenze negative sulla qualità di vita del soggetto.

Per aiutare un paziente a superare gli effetti deleteri del trauma è determinante fare in modo che l'evento stressante sia collocato nel giusto punto della linea temporale. Lo stato psicofisico del soggetto che rivive un trauma, come l'aumento del battito cardiaco, l'alterazione della respirazione, l'elevazione della pressione, riattiva il meccanismo difensivo della dissociazione che porta la persona a collocarsi, come nel momento traumatico, fuori dal proprio corpo, diventando quasi un testimone esterno.

#### 3.6.1.2 Seconda dimensione del modello 4-D: la coscienza del pensiero.

Le persone traumatizzate perdono la continuità del Sé e ciò porta a non ricordare le connessioni tra gli eventi, a vivere presenti vuoti e ad avere ricordi frammentati ed incoerenti. Frewen e Ruth Lanius (2017) scoprirono che più i soggetti sono disconnessi dai loro sentimenti, meno hanno un'attivazione a livello di auto-percezione, perché in risposta al trauma hanno imparato a disconnettere le aree del cervello che trasmettono sentimenti ed emozioni che accompagnano e definiscono il terrore.

#### 3.6.1.3 Terza dimensione del modello 4-D: la coscienza del corpo alterata.

La natura della coscienza è radicata nel corpo e l'Io è associato al corpo. Quanto appena affermato non è più vero per i pazienti traumatizzati perché spesso essi vivono esperienze extra-corporee ovvero vivono situazioni nelle quali il pensiero e l'esperienza sembrano avere la loro origine da un luogo al di fuori dal corpo fisico, che li induce ad avvertire contemporaneamente come estranea la propria fisicità arrivando a non riconoscersi e ad oscillare tra depersonalizzazione e derealizzazione.

#### 3.6.1.4 Quarta dimensione del modello 4-D: le emozioni esasperate o assenti.

La dissociazione ha pesanti conseguenze anche nella percezione delle emozioni. Le persone che hanno subito gravi eventi traumatici soffrono di alterazioni emozionali ed oscillano tra intensi stati di paura, ansia, perdita, rabbia, colpa e vergogna.

Le persone traumatizzate non riescono a mantenere una “giusta” distanza dalle emozioni, si identificano cioè completamente con esse al punto da immedesimarsi con l’emozione stessa, perdendo così la possibilità di regolare i propri vissuti.

L’ottundimento emotivo è un’altra reazione emotiva possibile, apparentemente opposta a quanto fino ad ora descritto, ma ugualmente una patologica conseguenza del trauma. Questa soluzione difensiva importante è una sorta di anestesia verso le emozioni perché la persona si sente come svuotata di senso, spenta affettivamente, apparentemente senza emozioni.

### 3.6.2 Modello EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

La terapia di desensibilizzazione e rielaborazione del movimento oculare (EMDR) è una terapia strutturata che incoraggia il paziente a concentrarsi sulla memoria del trauma sperimentando contemporaneamente una stimolazione emisferica bilaterale (tipicamente movimenti oculari), che è associata ad una riduzione della vividezza dell’emozione rispetto ai ricordi del trauma. La tecnica dell’EMDR è stata inizialmente sviluppata nel 1987 da Shapiro per il trattamento del disturbo da stress post-traumatico (PTSD) ed è guidata dal modello Adaptive Information Processing. L’EMDR è una terapia individuale con una cadenza da una a due volte alla settimana per un totale di 6-12 sessioni, sebbene alcune persone possano trarre beneficio da un minor numero di sessioni.

Il modello Adaptive Information Processing considera i sintomi del PTSD e di altri disturbi (a meno che non siano fisici o chimici) come il risultato di esperienze disturbanti passate che continuano a causare angoscia perché la memoria non è stata adeguatamente elaborata. Questi ricordi non elaborati racchiudono le emozioni, i pensieri e le sensazioni fisiche che si sono verificate al momento dell’evento. Quando i ricordi vengono attivati, questi elementi di disturbo immagazzinati vengono sperimentati e causano i sintomi di PTSD oppure altri disturbi come il disturbo borderline di personalità (Mosquera, González-Vázquez, 2011) BPD e PTSD sono entrambi disturbi correlati all’esperienza di eventi traumatici. I pensieri, i sentimenti e i comportamenti osservati nella BPD sono spesso i risultati di traumi infantili che in egual misura possono essere rischiosi per lo sviluppo di PTSD. Il legame sottostante tra DPTS e DPB è individuabile nel MOI dell’attaccamento disorganizzato che veicola rappresentazioni non integrate e contraddittorie di sé e del *caregiver* a cui si chiede attenzione, che possono portare agli effetti dissocianti del trauma come la dissociazione nella rappresentazione di sé con l’altro.

Se il trauma si verifica in soggetti il cui funzionamento cerebrale è ancora in via di sviluppo, quindi, con una vulnerabilità temperamentale e di conseguenza in assenza di capacità di elaborazione ed integrazione in modo coerente l'esperienza traumatica, potrebbe contribuire all'insorgenza del disturbo di personalità borderline. Il PTSD complex è caratterizzato dalla maggior parte dei sintomi principali del PTSD, insieme ad alcuni sintomi simili alla BPD, come la disregolazione affettiva, le credenze disgregate su se stessi, il sentirsi privi di valore, difficoltà nello sviluppare relazioni e frequenti emozioni di colpa, vergogna o fallimento. Per questo motivo le evidenze riportate condurrebbero verso l'ipotesi che il BPD possa effettivamente derivare da un processo post-traumatico almeno nelle situazioni che riportano una storia di esposizione traumatica come abuso o maltrattamento.

Il modello di terapia dell'EMDR è a tal proposito importante perché si concentra direttamente sulla memoria e ha lo scopo di cambiare il modo in cui la memoria viene immagazzinata nel cervello, riducendo ed eliminando così i sintomi problematici. Tale tecnica differisce da altri trattamenti incentrati sul trauma in quanto non include un'esposizione prolungata alla memoria angosciante o descrizioni dettagliate del trauma.

Dolores Mosquera, Anabel González-Vázquez (2011) esaminano i criteri diagnostici relativi al disturbo borderline di personalità, indicandoli come guida all'esplorazione e alla ricerca di ricordi traumatici di natura relazionale, che sono legati alla storia di attaccamento e che possono essere affrontati grazie al lavoro terapeutico effettuato con l'EMDR.

La terapia EMDR permette di integrare le conoscenze sulla traumatizzazione precoce e grave con il modello di elaborazione adattiva dell'informazione (AIP) su cui si fonda, fornendo le basi per elaborare un piano terapeutico specifico. L'elemento centrale diventa l'accurata concettualizzazione dei singoli casi, tentando di comprendere l'insieme delle esperienze traumatiche complesse che hanno dato origine al problema, elaborando gli aspetti del passato che alimentano, mantengono e attivano i sintomi nel qui e ora. Sebbene si possa sviluppare un disturbo borderline di personalità anche senza che si siano verificati traumi "T", è poco probabile trovare un disturbo di questo tipo senza un insieme di traumi "t" legati a esperienze disfunzionali di attaccamento. L'AIP ci offre un'eccellente cornice concettuale per trattare questo tipo di casi e potrebbe offrire un vantaggio specifico nella risoluzione dei sintomi più resistenti, come la sensazione di vuoto, di vulnerabilità, la mancanza di regolazione emotiva e la tendenza all'autolesionismo. Le prime situazioni che corrispondono al concetto di trauma descritto nei criteri del disturbo da stress post-traumatico (PTSD) sono ciò che nell'EMDR

viene denominato trauma di tipo I (T), che si può estendere anche alle situazioni che sono legate all'attaccamento, come la mancanza di attenzione, la trascuratezza, le situazioni quotidiane che possono giocare un ruolo fondamentale nella patologia e che vengono classificate come trauma di tipo II (t). Secondo il modello di elaborazione adattiva dell'informazione (AIP) queste esperienze restano immagazzinate in modo disfunzionale nelle reti mnesiche, costituendo la base delle problematiche dell'età adulta. Il trattamento con EMDR rappresenta un *focus* di integrazione che parte dall'identificazione di queste esperienze e utilizza movimenti oculari o altre forme di stimolazione alternate (suoni, *tapping*) per stimolare il sistema naturale di cui il cervello dispone per elaborare le esperienze particolarmente stressanti o traumatiche.

Nel caso del disturbo borderline di personalità, può risultare difficile stabilire un nesso tra i sintomi presentati dal paziente e gli ambienti precoci in cui si è sviluppato, che sono in genere caratterizzati da un'elevata frequenza di eventi traumatici gravi, ma soprattutto dall'accumulo cronico e devastante di traumi ripetuti "t", che producono uno stile di attaccamento disfunzionale e traumi relazionali precoci.

Nel lavoro con l'EMDR gli autori non si sono soffermati esclusivamente sugli eventi traumatici più evidenti, come l'abuso sessuale o il maltrattamento fisico o verbale, ma anche su ciò che non è avvenuto. Si è osservato cioè che la trascuratezza emozionale o le disfunzioni dell'attaccamento, che non sono propriamente eventi traumatici, hanno un profondo effetto sullo stato psichico dell'individuo. Per elaborare un piano terapeutico occorre considerare sia questi aspetti, così come la sintomatologia dissociativa e i fattori di predisposizione di tipo biologico.

Per un approfondimento sull'interazione tra trauma, attaccamento e fattori biologici, Mosquera, González-Vázquez e Van der Hart (2011) hanno formulato un modello esplicativo della sintomatologia borderline e dissociativa come un esempio di trauma complesso, affrontabile con l'approccio EMDR: ognuno dei criteri indicati dal DSM IV-TR appare infatti riconducibile ad un insieme di esperienze traumatiche che possono essere rielaborate con l'EMDR.

Criterion 1. Sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono. In alcuni contesti l'affetto e la cura possono essere stati negati al bambino che cerca disperatamente il supporto del caregiver. Questi bambini quando diventeranno adulti saranno probabilmente insicuri dei legami con gli altri (Ogden P, Minton K, Pain C., 2006). La prospettiva dell'EMDR considera quanto appena descritto come un insieme di informazioni disfunzionali che continuano a essere

attive e che possono sfociare in un'incapacità di sviluppare in senso relazionale una distinzione tra sé e l'altro.

Criterio 2. Un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di idealizzazione e svalutazione. In presenza di uno stile di attaccamento insicuro-ambivalente, la strategia comportamentale che il bambino mette in atto per assicurarsi la presenza del caregiver, di cui non può prevedere la risposta, consiste in pianti, grida e scenate che richiamano la sua attenzione. L'oscillazione del bambino tra l'attivazione del sistema di attaccamento e quello di difesa è complementare a quella del genitore. Per potersi legare a un genitore incongruo o aggressivo, il bambino a volte non ha altra scelta che idealizzarlo e costruire un'immagine genitoriale molto lontana dalla realtà, dissociando gli elementi che non quadrano con questa immagine. Gli aspetti terrificanti della figura genitoriale sono immagazzinati in un altro stato mentale, associato non già all'attaccamento, ma ai sistemi di difesa.

Durante il lavoro con l'EMDR è necessario far riaffiorare sia le esperienze legate all'attivazione del sistema di attaccamento, sia del sistema di difesa messo in atto. Questo è importante perché può permettere l'evocazione di quella sensazione di sicurezza di base che in realtà si sviluppa nel bambino soltanto attraverso l'esperienza di essere stato guardato come qualcuno di importante e speciale dai suoi caregiver, con uno sguardo di amore incondizionato (Knipe, 2008).

Criterio 3. Alterazione dell'identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile. Per alcuni pazienti la diagnosi, che definisce le caratteristiche del soggetto, può diventare il momento in cui essi sentono di aver acquisito il senso di una propria identità e di conseguenza ricevendo una descrizione dettagliata della loro personalità tentano in qualche modo di uniformarsi totalmente alla diagnosi.. Questo avviene a causa di un mancato senso di sé solido per le difficoltà che incontrano nel mettersi in contatto con le proprie emozioni e i propri bisogni. Spesso a causa di una relazione di attaccamento disfunzionale i soggetti borderline non hanno raggiunto una differenziazione tra sé e gli altri, in altri casi l'alterazione dell'identità è mantenuta dai sintomi dissociativi gravi. Fonagy e colleghi (2000) parlano di "esperienza strana" all'interno del proprio io: idee e sentimenti che si sperimentano come parte del proprio io ma che non sembrano appartenergli. Le procedure che si utilizzano con i pazienti dissociati possono essere di grande aiuto con i sintomi intrusivi caratteristici della dissociazione.

Criterio 4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere denaro, sesso non protetto, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate di

cibo. Attraverso l'EMDR se lo stato emotivo del soggetto in quel momento lo consente, il paziente può avere maggior accesso ai ricordi connessi a situazioni di aggressività vissute nell'infanzia. Queste situazioni risultano spesso inaccessibili per molti pazienti borderline e dunque non è possibile che vengano elaborate. dato che non ricordano o hanno ricordi confusi e frammentati dei propri comportamenti auto o etero aggressivi, sapendo ciò che è successo, ma non il processo interno; quindi, ciò che li ha portati a reagire in un certo modo.

Criterio 5. Ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamento automutilante.

In un attaccamento insicuro-ambivalente o disorganizzato i bisogni del bambino non vengono facilmente visti. Molte volte, il bambino deve gridare più forte o più a lungo per farsi notare. Il bambino impara che le sue richieste devono essere insistenti e non è capace di prendersi cura di sé poiché non ha potuto apprendere un modello di cura adeguato (Fossati A, Madeddu F, Maffei C., 1999). Lavorando con l'approccio dell'EMDR si tenta di capire come questi comportamenti abbiano dato origine a questi modelli.

Criterio 6. Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore. La regolazione emotiva non è un processo automatico, ma si acquisisce a partire dalle prime tappe dell'infanzia attraverso la relazione diadica con il caregiver (Shore, 2003). La relazione di attaccamento si sviluppa in modo sano quando l'adulto è capace di sintonizzarsi sul bambino ed è quindi coerente nei suoi atteggiamenti e aiuta il bambino a modulare le sue reazioni emotive. Un certo grado di malessere è adattivo: il bambino per mezzo di ciò impara a tollerare la frustrazione e a procrastinare la gratificazione; tuttavia, il caregiver anche in questi casi deve aiutarlo a ritrovare l'equilibrio accompagnandolo in questa esperienza.

Il bambino e di conseguenza l'adulto in futuro impara così a far restare le proprie emozioni all'interno di ciò che viene chiamata la "finestra di tolleranza", all'interno cioè di un livello di attivazione adeguato per adattarsi alle situazioni e poterle affrontare (Ogden P, Minton K, Pain C., 2006). Sebbene a questo problema contribuiscano anche fattori di ordine biologico e quindi temperamentale, si possono riconoscere molte situazioni traumatiche e sintonizzazioni emotive mancante nella fase preverbale, che il paziente non può raccontare perché troppo piccolo per poter avere una memoria autobiografica. Gesti, atteggiamenti, espressioni nell'altro che ricordano al paziente espressioni del caregiver possono provocare reazioni che in un adulto possono apparire sproporzionate e immotivate. Questo tipo di reazioni restano come "congelate nel tempo" mantenendo certe caratteristiche delle relazioni e reazioni infantili di un tempo. L'EMDR può affrontare ed elaborare questi ricordi collegati a reazioni di questo tipo che via via che emergono.

Criterion 7. Sentimenti cronici di vuoto. L'assenza di sintonizzazione emotiva con il genitore può essere dovuta a sentimenti cronici di vuoto. I pazienti con disturbo borderline di personalità descrivono la ripetuta sensazione di essere invisibili e una mancanza di empatia da parte dei genitori. Un genitore sopraffatto dai conflitti interni e altre difficoltà può non essere capace di accorgersi dei reali bisogni del bambino o di differenziarli dai propri. Lavorando con l'EMDR, si possono elaborare i ricordi traumatici che hanno generato e alimentato questi sintomi.

Criterion 8. Rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia. Alcune tra le persone con diagnosi di disturbo borderline di personalità sono caratterizzate da risposte imprevedibili, bruschi cambiamenti dell'umore o improvvise esplosioni emotive, verbali, fisiche attraverso le quali riproducono modelli disfunzionali di espressione della rabbia che hanno adottato fin da piccoli. Questo diventa maggiormente complesso quando il paziente ripropone questi comportamenti e subito dopo prova un forte senso di colpa. Adottare la prospettiva del collegare questi comportamenti alla particolare storia del paziente può aiutare ad evitare una riedizione automatica e non riflessiva degli stessi comportamenti. Il lavoro con l'EMDR non si limita unicamente all'elaborazione dei ricordi, ma cerca di accompagnare il paziente nell'acquisizione di una diversa prospettiva rispetto ai propri comportamenti e a sviluppare una capacità riflessiva utile per la gestione dell'impulsività.

Criterion 9. Ideazione paranoide o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress. Questo è uno dei criteri più ignorati, ma rilevante nei casi gravi di disturbo borderline di personalità. Come è stato detto prima, spesso gesti, parole o dettagli apparentemente insignificanti svolgono il ruolo di fattori scatenanti traumatici o segnali di allarme che rimandano ad esperienze precoci. La reazione difensiva del paziente, la sua sfiducia o l'apparente resistenza, incomprensibile e sproporzionata dal punto di vista del momento presente (qui ed ora), acquista significato quando la si osserva dalla prospettiva del vissuto passato (là ed allora). Tra i sintomi dissociativi frequenti troviamo le allucinazioni uditive, che corrispondono a stati mentali completamente dissociati, la depersonalizzazione, amnesie e diversi tipi di pensieri intrusivi. Uno degli aspetti su cui si lavora con l'EMDR sono le convinzioni negative e positive che ha il paziente borderline, chiedendo al paziente di identificare quali credenze negative relative a se stesso nel qui e ora si associano con il ricordo su cui si vuole lavorare. Le convinzioni negative nel disturbo borderline di personalità sono molto radicate e possono essere difficili da estirpare, per questo motivo è importante aiutare il paziente a cercare una credenza positiva realistica da perseguire.

I pazienti, inoltre, riportano molti vissuti che non sono pienamente inclusi nei criteri diagnostici, ma che sono ugualmente rilevanti per affrontare questo quadro clinico con l'EMDR, come ad esempio la percezione di non essere amato o di essere sbagliato, sensazione di inutilità, sensazione di dipendenza, percezione di essere ignorato, abbandonato o dimenticato, sensazione di perdita del controllo, mancanza di fiducia in se stessi e/o nelle proprie decisioni, sfiducia o sospetto nella relazione con altre persone, timore di essere travolti, ingannati o traditi dalle proprie emozioni, autopunizione o sabotaggio di sé. Molte volte queste convinzioni riproducono in modo diretto i commenti dei loro abusanti (Mosquera, 2009) e sradicarle richiede un lavoro psicoeducazionale aggiuntivo.

### 3.7 Modelli di intervento per il trattamento del disturbo borderline

In seguito alla digressione relativa ai modelli di trattamento del trauma, è stato ritenuto interessante riportare i modelli del trattamento del disturbo di personalità borderline, che spesso partono dall'elaborazione del trauma precedentemente approfondita.

#### 3.7.1 Trattamento cognitivo-comportamentale-dinamico

La schema-focused therapy di Young (2006) è un trattamento che integra l'approccio cognitivo-comportamentale con approcci psicodinamici basati sulle relazioni oggettuali. Secondo questo modello nel paziente borderline sono attivi schemi disadattivi precoci e strategie di gestione delle difficoltà che danno origine ad altri specifici schemi (per esempio bambino abbandonato, bambino arrabbiato e impulsivo, genitore punitivo). Questo tipo di terapia mira, in particolare, al cambiamento degli schemi disfunzionali, alla regolazione emotiva e allo sviluppo di relazioni sane per il paziente.

#### 3.7.2 Trattamento psicoanalitico centrato sul transfert

La terapia centrata sul transfert di Clarkin, Yeomans e Kernberg (1999) è una terapia di stampo psicoanalitico. Il suo obiettivo principale è quello di aiutare il paziente a riconoscere, a partire dalla relazione con il terapeuta, le rappresentazioni di Sé e dell'altro non integrate e ad integrarle.

### 3.7.3 Trattamento cognitivo-analitico

Un altro modello di terapia per la cura del disturbo borderline è la terapia cognitivo-analitica di Ryle (2004) che integra l'orientamento cognitivo con quello psicoanalitico. Questo trattamento si basa sulla ricostruzione e sul controllo delle immagini di sé, dell'altro e delle loro transizioni. Il protocollo di intervento è indicato per i pazienti le cui difficoltà principali riguardano il disturbo dell'identità e delle relazioni. Si tratta di un modello di trattamento breve ed altamente strutturato e consiste in 24 sedute e 4 incontri di *follow-up*.

Oltre alla terapia farmacologica e agli approcci psicoterapici elencati sopra, vi sono diversi approcci psicoterapeutici che possono portare ad esiti favorevoli nella cura del BPD che hanno il comune obiettivo di promuovere lo sviluppo della mentalizzazione, al fine di poter entrare in contatto con le proprie emozioni e con il proprio senso di sé. Tra questi si può menzionare la Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT) e il Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (MBT) durante il quale il terapeuta tenta di favorire la mentalizzazione lavorando sulle esperienze che possano portare il paziente a rivedere le proprie convinzioni.

### 3.7.4 DBT

Tra i modelli di intervento messi a punto per il disturbo borderline che la letteratura segnala come particolarmente efficaci vi è la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT), creata da Marsha Linehan presso la Washington University di Seattle (Stati Uniti) attraverso studi randomizzati controllati. Il trattamento prevede due ore a settimana di terapia individuale ed equivalenti ore a settimana in gruppo.

La DBT può essere considerata un trattamento cognitivo-comportamentale di terza generazione e consiste in una terapia condotta da un *team* di specialisti in cui vengono effettuate sedute individuali e di gruppo per l'apprendimento/potenziamento di competenze (*skills training*) o abilità specifiche che risultano carenti nei soggetti che soffrono di questo disturbo, e si concentra in particolare sulla regolazione delle intense emozioni negative.

Dai numerosi studi condotti negli Stati Uniti e in Europa si evidenzia come la DBT sia in grado di ridurre drasticamente i comportamenti suicidari, autolesivi e genericamente disfunzionali, mentre le ospedalizzazioni, il ricorso al pronto soccorso e l'uso di farmaci sembrano a mano a mano ridursi (Piccolo, 2014).

Questo tipo di terapia è stata sviluppata specificatamente per gli individui con disturbo borderline di personalità ed utilizza le concettualizzazioni di consapevolezza, accettazione e attenzione alla situazione attuale e allo stato emotivo. Può inoltre insegnare al soggetto alcune strategie che gli permettano di imparare a regolare le proprie emozioni intense, ridurre i comportamenti autodistruttivi e di conseguenza migliorare le relazioni interpersonali.

La terapia dialettico-comportamentale è infatti un trattamento a orientamento cognitivo-comportamentale che Linehan (1993) ha ideato a partire dall'idea che la principale difficoltà di un soggetto con DBP è quella di gestire le proprie intense emozioni (disregolazione emotiva). Per questa ragione gli obiettivi peculiari di questa terapia sono la riduzione dei comportamenti suicidari e dei comportamenti che interferiscono con la qualità della vita del paziente.

### 3.7.5 MBT

La *Mentalization Based Therapy* (MBT), ideata da Fonagy e Bateman in Inghilterra, è un modello di intervento di matrice psicoanalitica, una psicoterapia psicodinamica che lavora nella relazione, che prevede trattamenti della durata di almeno un anno. Sebbene fino ad oggi siano presenti pochi studi randomizzati controllati rispetto a tale modello di intervento e venga applicato prevalentemente su pazienti in strutture di semi ricovero (*day hospital*), i risultati appaiono incoraggianti (Piccolo, 2014). Nei pazienti con disturbo di personalità borderline la capacità di mentalizzazione è particolarmente fragile o assente soprattutto all'interno del contesto della relazione d'attaccamento (Kernberg 1975). L'instaurarsi di una relazione d'attaccamento è una *conditio sine qua non* nella relazione terapeutica, ma al tempo stesso comporta diversi pericoli (Scagliusi, 2013).

Questo modello di intervento è dunque volto all'incremento della capacità di mentalizzazione dei pazienti tenendo a mente i due principali rischi da un punto di vista relazionale: il primo consiste nell'indurre uno stato di eccessiva reattività emotiva nel paziente che può impedire la mentalizzazione, mentre il secondo è la possibilità di cronicizzare una condizione di forte reattività psichica.

In psicoterapia mentalizzare consiste in un processo di attenzione congiunta del paziente e del terapeuta e il focus dell'attenzione sono gli stati mentali del paziente. Il terapeuta, durante il processo deve cercare di acquisire un atteggiamento il più possibile mentalizzante e costruttivo, che permetta al paziente di riconoscersi. Il paziente, in questo modo, riesce a scoprire chi è, prima nella mente del terapeuta, che costruisce e ricostruisce continuamente una sua immagine

in modo da permettergli di apprendere e riconoscere che cosa sente (Bateman e Fonagy, 2004). Una volta raggiunto questo grado di conoscenza e grazie all'acquisizione di un senso di Sé coeso, è possibile che il paziente riesca ad integrare successivamente nella sua mente questa immagine. Mentalizzare, dunque, in psicoterapia è un processo di attenzione condivisa durante la quale gli stati mentali del paziente costituiscono il principale oggetto di attenzione (Scagliusi, 2013) e la considerazione che ha il terapeuta ha della mente del paziente permette con il tempo a quest'ultimo di rispettare e conoscere la propria mente ed ottimisticamente anche quella degli altri (Bateman e Fonagy, 2004)

#### 3.7.5.1 Un tipico programma MBT

Il programma MBT classico prevede una seduta psicoterapica individuale a cadenza settimanale della durata di 50 minuti, successivamente alla quale si fissa una seduta psicoterapica di gruppo settimanale della durata di 1 ora e mezza. Il paziente può iniziare un programma di questo tipo di trattamento, soltanto se accetta *in toto* quanto previsto, altrimenti non ne può usufruire perché perderebbe la sua efficacia. Inoltre, alle sedute vengono affiancati anche vari interventi di tipo espressivo che si svolgono in un centro diurno.

#### 3.7.5.2 La struttura del trattamento MBT

Un trattamento MBT è costituito da una fase iniziale di assessment, durante la quale avviene una valutazione della capacità di mentalizzazione e della personalità del paziente per la formulazione del caso. La seconda fase è quella intermedia che ha l'obiettivo di stimolare un aumento progressivo della mentalizzazione. Infine, l'ultima fase è quella di preparazione alla conclusione del trattamento con un lavoro sul mantenimento dei progressi effettuati e un programma di follow-up.

#### 3.7.5.3 Scopi del trattamento MBT

Il focus della terapia è la valutazione delle relazioni interpersonali e del rapporto che il paziente ha con i suoi problemi di mentalizzazione. Per questa ragione si raccoglie la storia del paziente attraverso una valutazione che prende in considerazione lo stile dell'eloquio, le sue relazioni significative presenti e pregresse e le connessioni con gli eventuali atti autolesivi, monitorando le variazioni delle capacità di mentalizzazione in rapporto all'intensità dell'investimento

emotivo. Per fare questo si utilizzano domande strutturate ad hoc seguendo un percorso specifico durante la narrazione (Scagliusi, 2013).

L'MBT è un percorso terapeutico volto ad identificare gli affetti e non solo il comportamento, al fine di esplorare il complessivo contesto emozionale e relazionale in cui si trova il paziente per includerlo in quello del trattamento anche attraverso il contesto della relazione terapeutica.

## CONCLUSIONI

L'elaborato ha tracciato un percorso, attraverso le lenti delle neuroscienze, relativo ai vissuti traumatici e all'insorgenza del disturbo borderline. Tale percorso ha permesso di individuare le ripercussioni più frequenti che si verificano in un individuo in seguito ad un'esperienza traumatica e in presenza di un'organizzazione borderline.

In relazione alle trattazioni citate, è stata inoltre analizzata la configurazione del cervello di un soggetto DBP dal punto di vista della relazione tra dimensione psichica e processi neurofisiologici. In particolare attraverso studi di neuroimaging e neuroscientifici, è stato evidenziato come la struttura del cervello rispecchi gli avvenimenti di vita e lo stress estremo protratto per lunghi periodi di tempo, causando significative problematiche a livello di funzionamento cerebrale.

L'elaborato attraverso un excursus storico sulla psicoanalisi ha ripercorso le concettualizzazioni del trauma a partire da Charcot, Freud, Janet e Ferenczi, fino a descrivere gli approcci più attuali che integrano le neuroscienze, la psicopatologia e la traumatologia. Tali approcci sono stati ripresi in più argomentazioni nel corso dell'elaborato e hanno confermato l'evento traumatico come una delle cause di psicopatologia che produce effetti tipici e riconoscibili. In particolare, le considerazioni di van der Kolk (2015) sono state interessanti per le digressioni dell'elaborato su come l'esposizione precoce al trauma influenzi diversi aspetti relativi al funzionamento del cervello e di conseguenza del suo sviluppo.

La ricerca scientifica presa in analisi ha evidenziato quali sono gli effetti neurobiologici del trauma psicologico sull'individuo (Solomon & Heide, 2005) e come la risposta ad un trauma psicologico possa comportare effetti profondi sullo stile di attaccamento, ma anche sui MOI (Modelli Operativi Interni) elaborati da Bowlby, che lo regolano. Le modalità relazionali che il bambino ha sviluppato a partire dalla prima relazione con il genitore sono infatti essenziali per comprendere come il bambino interpreti le diverse esperienze di vita (Liotti, 2006), ma anche per osservare come le situazioni traumatiche vengano vissute ed elaborate dal soggetto. Queste elaborazioni plasmano il cervello (Mariscalcolo, 2022) e per tale ragione è stata approfondita una digressione relativa al MOI dell'attaccamento disorganizzato, che produce aspettative di rifiuto, di intrusività o di ulteriore pericolo connesse alle proprie richieste di attaccamento, non proteggendo dagli effetti psicologici degli eventi traumatici o addirittura amplificandoli (Liotti, 1999).

Molteplici studi hanno riportato che la maggior parte dei soggetti che ha sviluppato un disturbo di personalità borderline ha subito traumi, abusi sessuali o maltrattamenti durante l'infanzia o

nell'adolescenza (Winston, 2000, Venta et al., 2012;Herman et al., 1989, Ball & Links, 2009, Venta et al., 2012, Belsky et al., 2012), spesso in concomitanza con un atteggiamento genitoriale ambivalente che genera relazioni di attaccamento complicate (Ensink et al., 2015), che a loro volta comportano sia una rappresentazione molteplice e scissa della figura di attaccamento, sia un deficit metacognitivo che sfocia in una difficile regolazione delle emozioni, rispetto a cui vengono adottati comportamenti difensivi patologici (Liotti, 1999). Le impronte indelebili legate alla sofferenza vissuta che rimangono nel funzionamento del cervello dell'individuo si manifestano in particolare nelle difficoltà delle relazioni interpersonali, che in un soggetto borderline sono sottolineate dalla presenza di una disregolazione del sistema limbico, fondamentale per la costruzione di un senso di fiducia interna e verso il mondo (Schoore, 2001).

I risultati ottenuti dalla ricerca bibliografica riportano il disturbo borderline come un disturbo caratterizzato da un'estrema reattività agli stimoli, che si manifesta nella tarda adolescenza o nella prima età adulta e che è caratterizzato da disregolazione emozionale ed affettiva, comportamenti impulsivi per lo più di tipo autolesivo come psicofarmaci o abbuffate alimentari e provoca un'ulteriore attivazione emotiva negativa come senso di colpa e vergogna, disturbo dell'identità e delle relazioni interpersonali che tendono ad essere intense, instabili e discontinue, spesso con una forte angoscia abbandonica. Questa configurazione si manifesta maggiormente nelle femmine attraverso una modalità autolesiva, mentre nei maschi prevale la componente etero aggressiva, con un profilo che tende verso l'antisocialità.

Coloro che hanno subito un trauma mostrano difficoltà delle funzioni regolative dell'emisfero destro e del sistema limbico con un effetto sui sistemi di coping e capacità di resilienza (Shore,2001, 2001, 2004; van Der Kolk, 2003; Perry & Pate, 1994; Perry & Pollard, 1998; Teicher et al., 2002), che evidenzia come l'esposizione ripetuta alla minaccia, al pericolo, e alla violenza, possano portare alla persistenza di pattern neurofisiologici associati alla paura e al terrore che impattano sul funzionamento emotivo, comportamentale, cognitivo e sociale (Perry & Pollard, 1998). Da un punto di vista neurologico queste esperienze spesso si traducono in modificazioni strutturali di alcune aree cerebrali come ippocampo, amigdala e corteccia prefrontale (Dannlowski et al., 2012, Pechtel, Lyons-Ruth, Anderson & Teicher, 2014). Tali aree cerebrali nei soggetti borderline mostrano anche alterati pattern di attivazione.

L'eziopatogenesi del disturbo di personalità borderline, oltre alla diatesi genetica e alle interazioni ambientali, ha mostrato modificazioni del funzionamento neurocognitivo

(Minzenberg et al, 2008 e Judd, 2005). Gli studi condotti con l'fMRI, hanno riportato variazioni nella densità della materia grigia nell'amigdala e nella corteccia prefrontale anteriore, nonché una riduzione dell'integrità della sostanza bianca a livello della corteccia prefrontale inferiore (ridotta connettività prefrontale) (Tebartz e colleghi., 2007, Minzenberg e colleghi, 2008 e Grant e colleghi, 2007). Tra le aree della corteccia prefrontale, questi pazienti mostrano una disfunzione neurale soprattutto a carico della porzione mediale/orbitofrontale che sembrerebbe spiegare il correlato fenomenologico dell'impulsività (Bechara et al, 1994, Rogers et al., 1999). Altri studi riportati hanno evidenziato come nei soggetti borderline ridotti livelli di ossitocina siano correlati con un'iperattività dell'amigdala e della parte mediale della corteccia prefrontale, deputate all'elaborazione emotiva e cognitiva degli stimoli, e tali funzioni alterate influiscono in maniera negativa sul funzionamento mnesico dei soggetti borderline, in particolar modo nel recupero di informazioni autobiografiche a forte valenza emotiva. L'iperattivazione emozionale inibisce il loro recupero, che provoca un senso di "frammentazione del Sé" e frequenti episodi dissociativi che caratterizzano tale disturbo (Fertuk et al, 2006).

Per questo motivo è stato interessante partire dal primo modello strutturale di Kernberg, fino ad arrivare ad un approfondimento sul modello bio-psico-sociale di Joel Paris, sul modello dialettico comportamentale di Marsha Linehan e infine sul modello di Peter Fonagy.

Le neuroscienze hanno contribuito allo studio del disturbo borderline attraverso alcuni studi che sono stati ritenuti un utile approfondimento. Un primo studio di stimolazione a corrente diretta di Stefanini e De Panfilis (2020) si è posto l'obiettivo di indagare come la stimolazione a corrente diretta applicata sulla corteccia ventro-laterale prefrontale destra in pazienti con DBP possa modulare reazioni emotive in risposta a contesti di esclusione, inclusione e iperinclusione. Il secondo studio menzionato consiste in uno studio di risonanza magnetica funzionale eseguito da Marchesi e Benci (2019) che si è riproposto di valutare se, durante il processo di riconoscimento delle emozioni facciali (*detection*), soggetti con DBP presentino come riflesso automatico una maggiore tendenza ad attribuire una valenza emotiva negativa ad espressioni facciali neutre, al fine di chiarire gli eventuali meccanismi di difesa di base.

L'elaborato riporta un approfondimento relativo alle modalità di intervento sul trauma attraverso il modello 4-D di Frewene e Roth che è stato ritenuto un possibile contributo al trattamento del disturbo borderline, in particolare nell'implemento della DBT (*Dialectical Behavior Therapy*) e della MBT (*Mentalization Based Therapy*).

Nell'ultima parte del lavoro è stato presentato un approfondimento relativo alla strumentazione per lo studio EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) eseguito da Dolores Mosquera e Anabel González-Vázquez nel 2011.

L'argomentazione è stata conclusa con la presentazione di quattro modelli di terapie differenti che sono risultate efficaci nel trattamento di pazienti borderline: la terapia dialettico-comportamentale, la schema focused therapy, la terapia centrata sul transfert e la terapia cognitivo analitica.

La ricerca ha mostrato come a seguito di un percorso terapeutico, come la DBT e la MBT, tra i modelli di intervento più recenti, si assista ad una graduale ripresa di controllo del funzionamento esecutivo e affettivo, dovuto a cambiamenti anche in termini di attivazione funzionale del cervello, con conseguenti effetti di recupero della fiducia in se stessi e negli altri. Questi cambiamenti sono stati studiati tramite tecniche di fMRI e la terapia EMDR sembra fornire nuovi spunti per lo studio del trauma con le relative connessioni cerebrali.

In relazione agli studi presi in analisi possiamo concludere che il disturbo borderline di personalità si configura come la convergenza di diversi fattori, di natura biologica, relazionale e ambientale, che sono interdipendenti. Quando un vissuto traumatico non viene elaborato, le emozioni vissute rimangono impresse nell'organismo a livello psichico, segnando profondamente il processo di costruzione del senso di identità.

A tal proposito sarebbe interessante approfondire, attraverso studi neuroscientifici, la correlazione tra disturbo post traumatico da stress e DBP, in particolare approfondendo l'incidenza degli eventi traumatici sul soggetto PTSD e DBP nella sfera relazionale.

## BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (APA) (2013), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.

APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-R). Washington, DC: APA Press, 1994.

Arntz, A., & Van Genderen, H. (2011). *La Schema Therapy per il disturbo borderline di personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore

Bowlby J. (1988): *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Tr.it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1988

Canon Katie (1998): *Womanism and the Soul of the Black Community*

Charcot, J. M. (1897). *Isterismo*, in Trattato di medicina. Vol. VI, 477-536 Torino: Unione Tipografico

Damasio A. (1999), *Emozione e coscienza*, tr.it. Adelphi, Milano 2000, pp. 45

Farina B., Liotti G. (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina Editore, pp. 250.

Finkelhor D., R.H. Ormond, H.A Turner (2007), Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort, in *Development and Psychopathology* 19 (1), pp. 149-166

Fonagy P, Target M, Gerfely G. (2000) Attachment and borderline personality disorder: a theory and some evidence. *Psychiatric Clinical North America*; 23: 103-22.

Fossati A, Madeddu F, Maffei C. (1999) Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytical study. *Journal of Personality Disorders*; 13: 268-80.

Freud, S. (1932), *Introduzione alla psicoanalisi*. Nuova serie di lezioni. Tr. It. in *Opere*, vol. 11. Boringhieri, Torino 1979.

- Frewen P., R.A. Lanius, D.J. Dozois, RW. Neufeld, C.Pain, J.W. Hopper (2008), Clinical and neural correlates of alexithymia in Post-traumatic Stress Disorder, in *Journal of Abnormal Psychology*, 117 (1), pp. 171-181.
- Gabbard, G.O (2005), *Psichiatria Psicodinamica*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2007.
- Galati D. (2020) *Le vicende di Psiche*, G. Giappichelli Editore.
- Gazzillo, F. (2012), *I sabotatori interni. Il funzionamento delle organizzazioni patologiche di personalità*. Raffaello Cortina, Milano.
- Gazzillo, F., Lingiardi, V. (2014), *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Raffaello Cortina Editore
- Giacchetti N., Aceti F., Meuti V., (2020) I disturbi di personalità nel DSM-5, *European Journal of Psychoanalysis*
- Goffredo M., (2017) L'alleanza terapeutica nel trattamento del disturbo borderline di personalità, *State of Mind*
- González A, Mosquera D. *EMDR and dissociative disorders. The Progressive Approach* (in press).
- Goodman M, Yehuda R. The relationship between psychological trauma and borderline personality disorder. *Annals of General Psychiatry*, 2002; 33: 337-45.
- Grinker R.R., Werble, B., & Drye, R. C. (1968). *The bonderline syndrome: A behavioral study of ego-functions*. New York: Basic Books
- Kardiner (1941), *The Traumatic Neurosis of War*, P. Hoeber, New York
- Kernberg O., *Disturbi gravi della personalità*, Torino, Bollati Boringhieri, 1987
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization, in *American PsychoAnalytic Association* 15, 640-685.
- Kernberg, O. (2001). The suicidal risk in severe personality disorders: Differential diagnosis and treatment. *Journal of Personality Disorders* 15, 3, 195-208.

Kernberg, O. F. *Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità*, In Clarkin F. J. e Lenzenwegew F. M. *I disturbi di personalità*. Raffaello Cortina 1997

Knipe J. EMDR toolbox. *Preconference workshop on the IX EMDR Europe Conference*. London: 2008.

Laporte L, Guttman H. Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 1996; 10: 247-59.

Le Doux J. (1996). *Il cervello emotivo*. Milano: Baldini & Castoldi, 1998.

Linehan, M. (2017). *Introduzione alla DBT. Il trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Raffaello Cortina Editore

Lurjia A., R., *Come lavora il cervello. Introduzione alla neuropsicologia*, Bologna, Il Mulino, 1977

Maffei C. (2008). *Borderline. Struttura, categoria, dimensione*. Cortina Ed., Milano

Mahler M. Pine F., Bergman A., *La nascita psicologica del bambino*, Bollati Boringhieri (1978)

Main M. (1996), Overview of the Field of Attachment, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 2, pp. 237-243

Masterson JF, Rinsley DB., (1975) The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *The International Journal of Psychoanalysis*; 56:163-77.

Mosquera D, González-Vázquez A, Van der Hart O. *Borderline personality disorder, childhood trauma and structural dissociation of the personality*. *Fundación Argentina de Personalidad* 2011; 44-73.

Mosquera D. Diamantes en Bruto I. *Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares*. Madrid: Ediciones Pléyades, 2004

Mosquera D. *Trastorno límite de la personalidad y violencia de género*. XV Congreso Nacional de Psiquiatría. Tenerife, 2009.

Oldham, M.O., (2004) Borderline personality disorder: An Overview, su *Psychiatric Times*, XXI, n.8.

Ogden P, Minton K, Pain C. *Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton, 2006

Roth S., E. Newman, D. Pelcovitz, B. A. van der Kolk, F.S. Mandel (1997), Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for Post-traumatic Stress Disorder, in *Journal of Traumatic Stress*, 10, pp. 539-555

Schore A. *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: Norton, 2003.

Swartz, M., Blazer, D., George, L., Winfield, I., Estimating the Prevalence of Borderline Personality Disorder in the Community, in *Journal of Personality Disorders*, vol. 4, n. 3, 1990, pp. 257-27

Tronick E.Z. (1989), *Emotions and emotional communication in infants*, in *American Psychologist*, 44 (2), p. 112

Van der Kolk B.A, J. C. Perry, J. C. Herman (1991), Childhood origins of self-destructive behavior, in *American Journal of Psychiatry*, 148, pp. 1665-1671

Van der Kolk B.A. (2015), *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Raffaello Cortina Editore

Vergne, Derick E. *The Biology of Borderline (and a Diagnostic Tip)*. Medscape, 23 marzo 2015.

Vigorelli M., (2012), *Le comunità terapeutiche. Psicotici, borderline, adolescenti, minori*, Raffaello Cordina Editore

Wundt W. (1867), trad.it *Compendio di psicologia*, Clausen, Torino, 1900.

Young A. (1977), *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, Princeton, NJ, p.84

Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, et al. (2002), Severity or reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial

impairment among borderline inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 190: 381-7.

Zanarini MC. (2000) Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*; 23: 89-101.

## SITOGRAFIA

Abbinante M., L., (2019) *Diagnosi di disturbo di personalità secondo il DSM-5*

<https://www.psico-milano.org/psicoblog/diagnosi-di-disturbo-di-personalita-secondo-il-dsm-5>

Bulli F., (2018), Depersonalizzazione e derealizzazione: sintomi dissociativi

<https://www.ipsico.it/news/depersonalizzazione-derealizzazione-sintomi-dissociativi/>

Corona, S., *La teoria dello sviluppo di Margaret Mahler*, 6 dicembre 2018.

<https://www.psico-milano.org/psicoblog/diagnosi-di-disturbo-di-personalita-secondo-il-dsm-5>

Forward S., (2006), *La relazione con un soggetto borderline*

<https://www.stateofmind.it/2017/03/alleanza-terapeutica-disturbo-borderline-di-personalita/>

Griguolo A., (2019) *Area di Broca: Cos'è e Dove Si Trova? Funzioni e Patologie.*

<https://www.my-personaltrainer.it/salute-benessere/area-broca.html>

Gunderson J., G., (2016) *Introduzione al Disturbo Borderline di Personalità. Diagnosi, Origini, Decorso e Trattamento*

[https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=AwrIN6VwvdViLjcAWCHc5olQ;\\_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzYEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658203632/RO=10/RU=https%3a%2f%2fdev.borderlinepersonalitydisorder.org%2fwp-content%2fuploads%2f2013%2f02%2fA\\_BPD\\_brief-Italy.doc/RK=2/RS=p.fsM8CAXfhGd4gpWZIEfJ2oifA-](https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrIN6VwvdViLjcAWCHc5olQ;_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzYEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658203632/RO=10/RU=https%3a%2f%2fdev.borderlinepersonalitydisorder.org%2fwp-content%2fuploads%2f2013%2f02%2fA_BPD_brief-Italy.doc/RK=2/RS=p.fsM8CAXfhGd4gpWZIEfJ2oifA-)

Lauro G., (2018), *Caratteristiche cerebrali del disturbo borderline di personalità*

<https://www.scuole dipsicoterapia.it/tag/caratteristiche-cerebrali-del-disturbo-borderline-di-personalita.html?iccaldate=2018-04-1>

Manucci, M., (2020.) *Il disturbo borderline di personalità (DBP)*

[https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=AwrJD9DvvdViOHAHTzc5olQ;\\_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658203760/RO=10/RU=https%3a%2f%2fmatteomannucci.it%2f2022%2f04%2f10%2fil-disturbo-borderline-di-personalita-dbp%2f/RK=2/RS=3FEIXrYtXOJMI9lbmfqlyyGp5BU-](https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrJD9DvvdViOHAHTzc5olQ;_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658203760/RO=10/RU=https%3a%2f%2fmatteomannucci.it%2f2022%2f04%2f10%2fil-disturbo-borderline-di-personalita-dbp%2f/RK=2/RS=3FEIXrYtXOJMI9lbmfqlyyGp5BU-)

Marchesi P., Benci P., (2019), *Detection delle espressioni facciali nel disturbo borderline di personalità: uno studio di risonanza magnetica funzionale*”

<https://www.repository.unipr.it/handle/1889/3972?locale=en>

Marsigli, N., (2019) *Disturbo borderline di personalità.*

[https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=AwrLE3USvtViZUYAKITc5olQ;\\_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658203794/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.ipso.it%2fsintomi-cura%2fdisturbo-borderline-di-personalita%2f/RK=2/RS=9D5MhrkoUXY07i5UHGOqQFghDCA-](https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrLE3USvtViZUYAKITc5olQ;_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658203794/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.ipso.it%2fsintomi-cura%2fdisturbo-borderline-di-personalita%2f/RK=2/RS=9D5MhrkoUXY07i5UHGOqQFghDCA-)

Matteucci, L., (2003) *La personalità borderline*

[https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=AwrINya8vtViwkcATIHc5olQ;\\_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658203964/RO=10/RU=http%3a%2f%2fwww.liliana matteucci.it%2fla\\_personalita\\_borderline.html/RK=2/RS=CCx2zkMjdfwtCRiBveo.gaO\\_x7E](https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrINya8vtViwkcATIHc5olQ;_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658203964/RO=10/RU=http%3a%2f%2fwww.liliana matteucci.it%2fla_personalita_borderline.html/RK=2/RS=CCx2zkMjdfwtCRiBveo.gaO_x7E)  
=

Migone P., (2013) *Riflessioni sul DSM-5*

<http://www.osservatoriopsicologia.com/2013/09/21/riflessioni-sul-dsm-5-paolo-migone/>

Parise P., (2022), *Neurobiologia del disturbo borderline di personalità*

[https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=AwrLE4O9v9VizycAbU7c5olQ;\\_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658204221/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.pasqualeparise.it%2fneurobiologia-del-disturbo-borderline-di-personalita%2f/RK=2/RS=A3B.9kAXaY1\\_9Tbz8v47.mEEnHs-](https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrLE4O9v9VizycAbU7c5olQ;_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658204221/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.pasqualeparise.it%2fneurobiologia-del-disturbo-borderline-di-personalita%2f/RK=2/RS=A3B.9kAXaY1_9Tbz8v47.mEEnHs-)

Piccolo L., (2014) *Il disturbo borderline di personalità*

<https://www.neuroscienze.net/il-disturbo-borderline-di-personalita/>

Pisanello A., P., (2018,) *Disturbo di Personalità Borderline. Cosa succede nel cervello?*

<https://blog.vicenzapsicologia.it/disturbo-di-personalita-borderline/>

Ruggiero S., (2022) *ACTH (ormone adrenocorticotropo) Alto, Basso, Valori Normali, Sintomi*”

<https://salut3.com/acth/>

Scagliusi V., (2013) *MBT - la terapia basata sulla mentalizzazione: aspetti pratici*

[https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=AwrLFCzqtVizQYAQyXc5olQ;\\_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658201835/RO=10/RU=https%3a%2f%2fsalute.regione.emilia-romagna.it%2fnormativa-e-documentazione%2fconvegni-e-seminari%2fcorsi-di-formazione%2fcorso-linee-dgp-bologna-2013%2f006\\_scagliusi\\_presentazione\\_MBT.pdf/RK=2/RS=q4vI3IZpktT1FDz1A7Oj7w38migi-](https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrLFCzqtVizQYAQyXc5olQ;_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658201835/RO=10/RU=https%3a%2f%2fsalute.regione.emilia-romagna.it%2fnormativa-e-documentazione%2fconvegni-e-seminari%2fcorsi-di-formazione%2fcorso-linee-dgp-bologna-2013%2f006_scagliusi_presentazione_MBT.pdf/RK=2/RS=q4vI3IZpktT1FDz1A7Oj7w38migi-)

Santuari S., (2021), *Disturbo di personalità borderline: anomalie funzionali e strutturali del cervello*

[https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=AwrINmDYv9VijRsAzQnc5olQ;\\_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658204249/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.stateofmind.it%2f2021%2f03%2fdisturbo-borderline-anomalie-cerebrali%2f/RK=2/RS=PDQ5P4prbxxbki.t9E6Rfa29rio-](https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrINmDYv9VijRsAzQnc5olQ;_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658204249/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.stateofmind.it%2f2021%2f03%2fdisturbo-borderline-anomalie-cerebrali%2f/RK=2/RS=PDQ5P4prbxxbki.t9E6Rfa29rio-)

Stefanini C., De Panfilis C., (2020,) *Il dolore sociale in pazienti con Disturbo Borderline di Personalità: uno studio di stimolazione transcranica a corrente diretta*

<https://www.repository.unipr.it/handle/1889/4329?locale=en>

Vai B., (2012) *Correlati neurali della disregolazione emotiva nel Disturbo Borderline di Personalità: Effetto del trattamento ed eventi avversi infantili*

[https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=AwrIdV3AxdViHU4At2Xc5olQ;\\_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658205760/RO=10/RU=https%3a%2f%2ffit.scribd.com%2fdoc%2f261925235%2fArticolo-Benedetta-Vai/RK=2/RS=naWgAOp0vu9jZEU3shRuUm2hkg8-](https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrIdV3AxdViHU4At2Xc5olQ;_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658205760/RO=10/RU=https%3a%2f%2ffit.scribd.com%2fdoc%2f261925235%2fArticolo-Benedetta-Vai/RK=2/RS=naWgAOp0vu9jZEU3shRuUm2hkg8-)

Vitale I., (2013), *Disturbo borderline di personalità, un deficit nella capacità di mentalizzazione*

[https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=AwrJD9BjydViOGsAUwzc5olQ;\\_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAz](https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrJD9BjydViOGsAUwzc5olQ;_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAz)

[EEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658206692/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.igorvital.e.org%2fdisturbo-borderline-di-personalita-un-deficit-nella-capacita-di-mentalizzazione%2f/RK=2/RS=mDKylzb62VOrzeAR9R382WYbbWw-](https://www.igorvital.e.org/disturbo-borderline-di-personalita-un-deficit-nella-capacita-di-mentalizzazione/RK=2/RS=mDKylzb62VOrzeAR9R382WYbbWw-)

Vitale I., (2014), *Le 9 caratteristiche del Disturbo Borderline*  
[https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=AwrJD9DzydVilQkAsgPc5olQ;\\_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzIEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658206836/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.igorvital.e.org%2fle-9-caratteristiche-del-disturbo-borderline-di-personalita-diagnosi-e-sintomi%2f/RK=2/RS=9Xi9.CIUaaTYvcwuxJvFLeo3oDo-](https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrJD9DzydVilQkAsgPc5olQ;_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzIEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658206836/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.igorvital.e.org%2fle-9-caratteristiche-del-disturbo-borderline-di-personalita-diagnosi-e-sintomi%2f/RK=2/RS=9Xi9.CIUaaTYvcwuxJvFLeo3oDo-)

Vitale I.,(2014), *Trauma psicologico: definizione (Freud, Bion, Ferenczi, Klein)*

[https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=AwrLI6MtytViL3oApE3c5olQ;\\_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658206894/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.igorvital.e.org%2ftrauma-psicologico-definizione-freud-bion-ferenczi-klein%2f/RK=2/RS=1ZgsqAAK.iFTy3nVRYYYYEpv4PS0-](https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrLI6MtytViL3oApE3c5olQ;_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1658206894/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.igorvital.e.org%2ftrauma-psicologico-definizione-freud-bion-ferenczi-klein%2f/RK=2/RS=1ZgsqAAK.iFTy3nVRYYYYEpv4PS0-)

## **RINGRAZIAMENTI**

### **Ringrazio l'università.**

Ringrazio *l'università della Valle D'Aosta* che mi ha permesso di vivere un ambiente piccolo, accogliente e professionale allo stesso tempo. Ringrazio l'università per avermi permesso di lavorare al suo interno ed essere un punto di appoggio per gli studenti appena immatricolati e per quelli in uscita.

### **Ringrazio i professori.**

Ringrazio *tutti i professori* che mi hanno formata.

Innanzitutto, ringrazio la mia relatrice, professoressa *Stefania Cristofanelli* per aver seguito la stesura dell'elaborato, per le importanti e fondamentali correzioni e le revisioni effettuate. La volevo anche ringraziare in particolare per aver assecondato la mia richiesta di cercare di migliorare il più possibile il documento.

Ringrazio la professoressa *Silvia Testa* per essere stata un supporto fondamentale durante il percorso Erasmus, ma anche per aver accolto ogni mio dubbio e preoccupazione sempre con interesse e attenzione.

Ringrazio inoltre la professoressa di inglese *Anita Tudor*, per avermi insegnato ad apprezzare il lavoro che svolgo, senza avere timore di sbagliare, ma anche per avermi mostrato quanto un professore possa avere a cuore i suoi studenti e tenere alla loro preparazione.

Ringrazio la professoressa *Elena Cattelino* per essere stata sempre una professoressa disponibile nell'ascoltare gli studenti e aperta alle innovazioni e ai suggerimenti da loro proposti.

### **Ringrazio l'amore e le attenzioni.**

Ritengo che sia importante fare un ringraziamento profondo all'amore e alle attenzioni che ho ricevuto durante il mio percorso.

Sono trascorsi tre anni da quando ho deciso di frequentare l'università in una città diversa da quella in cui sono nata e cresciuta. È stata una scelta coraggiosa e inaspettata, che non sapevo se avrei portato fino all'immatricolazione e alla ricerca di un alloggio. Avevo il desiderio di intraprendere un percorso nuovo e di cimentarmi in un'esperienza complessa durante la quale avrei anche lavorato, ma per la quale avrei voluto essere fiera. Per questo motivo vorrei ringraziare quella parte di *Carola* che crede sempre di poter fare grandi cose.

Durante questi tre anni mi sono messa alla prova, ho viaggiato e ho imparato una nuova lingua, ma non penso che avrei avuto il coraggio di farlo se non avessi avuto una famiglia alle spalle sempre pronta a sostenermi.

### **Ringrazio la mia famiglia.**

Devo tante cose alla mia famiglia, ma soprattutto l'amore. L'amore non solo come affetto, ma anche l'amore per lo studio, per il senso di responsabilità e per gli obiettivi a lungo termine. Nessun componente della mia famiglia si è arreso davanti alle difficoltà che il suo percorso di vita e universitario gli ha presentato davanti e per me è stato un esempio importante. La mia

famiglia mi ha sempre supportata ed aiutata nelle scelte che ho fatto, amando la mia intraprendenza e la mia determinazione e penso che non sia stata una scelta semplice stare lontana da casa proprio perché sono legata agli affetti e sono stata abituata a viverli quotidianamente.

Dedico l'elaborato alle attenzioni, che sono ciò che reputo una conseguenza quasi naturale del provare amore per qualcuno. Ai dettagli che fanno la differenza.

La *mamma* che dà il bacino ad inizio giornata e che ogni sera mi chiamava per sapere come stavo e mi ripeteva di non stressarmi troppo, alle sue lenzuola pulite e alle sue ricette; *papà* che ogni volta che lo chiamavo avevo rotto qualcosa e ai suoi preziosi bacini sulla fronte, alla spesa che faceva per la montagna in cui c'era sempre un sacchetto per me con uno snack per dare zucchero al cervello. I caffè dopo cena presi con mamma e papà sul terrazzo a parlare della vita.

*I fratelli* che la sera mi vedevano studiare fino a tardi, i loro "in bocca al lupo" e i "Lalla sei brava". Ai miei fratelli che mi hanno sempre ritenuta un punto di riferimento e un punto di appoggio. Ai miei fratelli che quando parlano di me sembrano sempre fieri.

*A mia sorella Francesca* che ha reso possibili tutte le mie notti studio grazie al permesso di tenere accesa la luce fino a tardi, nonostante le andasse negli occhi. Al suo rubarmi i vestiti quando andavo via e alle foto che faceva con la mamma quando li indossavano "per avverti con me". Alla sua complicità che mi ricordava che la camera in due è più bella e che nonostante fossimo lontane nulla sarebbe cambiato.

*A mio fratello Umberto* che si interessava sempre a quello che stavo studiando, al numero di pagine e alla materia, ogni volta che mi vedeva con un libro davanti. Al suo stupirsi se lo andavo a vedere ad una partita perché non voleva togliere tempo al mio studio. Al suo spegnere la play quando vedeva il mio cervello in fumo.

*I nonni* che dopo un esame mi chiamavano per sapere com'era andato, ma non mi disturbavano durante la sua preparazione.

La *nonna Simonetta* che con le sue parole dolci rendeva ogni argomento una scoperta e con cui potevo confrontarmi perché gli argomenti di studio li aveva affrontati, ma soprattutto perché le sue attenzioni sono sempre state carezzine sottili. Al suo pesto e alle sue crostate.

Il *nonno Lino* che mi ha sempre dato suggerimenti e consigli. Al suo insegnarmi che senza fatica non si raggiunge niente, ma che strano fare è peggio. Ai suoi caffè e alle pause studio, al suo riportarmi sulla retta via quando prendevo sentieri insidiosi.

*Ai nonni Lino e Simonetta*, le due persone che mi reputano la loro luce, ma che in realtà mi fanno da porticciolo.

La *nonna Fiammetta* con cui potevo discutere della preparazione e degli esami, sempre sostenitrice dei miei piani studio. A lei che durante gli esami online stava dietro alla porta non vedendo l'ora di chiedermi come fosse andata. Ai suoi Lindor e ai suoi racconti.

Alle mie due *bisnonne Marisa ed Ada* che qualunque cosa facessi mi hanno sempre fatto i complimenti ed elogiata.

*Ai miei zii e cugini* che nel corso di questi tre anni mi hanno seguito a distanza con telefonate e complimenti.

## Ringrazio **gli amici**.

A *Guido*, una persona speciale che ho conosciuto prima che il mio percorso universitario cominciasse. A lui che è stato un esempio nell'affrontare le scelte che a vent'anni piombano davanti e mi ha spinto a tentare l'esperienza all'estero perché le opportunità vanno colte. A lui che mi ha insegnato che le persone che ti vogliono bene ci sono quando tornerai, ma devi saperle amare. A lui che a modo suo mi ha supportata e gratificata ad ogni singolo esame e ad ogni crisi di nervi. A lui che da Genova mi ha accompagnata più volte a fare gli esami e mi ascoltava ripetere. Alla sua pazienza per le mie crisi di autostima e alle sue rassicurazioni anche da stati o nazioni diverse.

Ringrazio le mie amiche *Anna e Marta* presenti fin dall'infanzia, che nonostante la distanza imposta da facoltà e scelte di vita differenti, mi hanno sempre cercata e mi hanno raggiunta anche durante il mio Erasmus in Belgio.

Ringrazio in particolare *Anna*, per avermi accompagnata fin dall'asilo e per essere un'amica oltre tutto e tutti. Grazie per le chiamate su Teams che a distanza non mi hanno mai fatta sentire sola, grazie agli aperitivi, grazie al suo costante credermi una persona capace a cui affiderebbe le cose importanti se fosse necessario. Grazie per l'amicizia che abbiamo costruito, affievolito e rafforzato in questi vent'anni.

Ringrazio le mie amiche, poche ma esattamente quante devono essere: *Lucrezia, Vittoria, Francesca, Fulvia*, che si sono interessate ai miei studi e mi hanno accompagnata come amiche lungo il percorso. Ai confronti sulla vita e alle scelte discusse insieme.

Ringrazio *le compagne di università* con cui ho ripetuto, che hanno riposto fiducia in me e anche quelle con cui sono riuscita a sintonizzarmi sulle vedute e le prospettive di vita.

Ringrazio i miei *coinquilini belga* che mi hanno aiutata e supportata lungo il percorso Erasmus e senza i quali non avrei mai raggiunto il livello di francese che mi è stato riconosciuto e senza dubbio non mi sarei divertita così tanto. Ringrazio anche *le persone* che mi sono state vicine nel percorso universitario all'estero e *ai pochi amici* che mi porterò nel cuore anche con il passare degli anni.

## Ringrazio **i luoghi**.

Vorrei fare un ringraziamento speciale e metaforico ai luoghi che mi hanno fatto sentire accolta nonostante fossi lontana da casa, quella con la mia famiglia e con una splendida vista sul mare, con i miei due cani Drøm e Tokyo e le stelle.

Innanzitutto, grazie alla casa di Torgnon che è stata perfetta come prima esperienza da sola, comoda da raggiungere dal centro paese. È stata un fondamentale riferimento per il mio primo anno di studi e per alcuni esami che ho preparato il secondo anno.

Ringrazio anche l'alloggio delle suore di San Giuseppe. In particolare, ringrazio Suor Immacolata per essere stata gentile con me e aver sempre dedicato qualche minuto ad una chiacchierata. Ho tutt'oggi il desiderio di salutarla ogni volta che passo davanti all'istituto e penso sia importante.

Vorrei ringraziare la casa di Cervinia, che ho imparato ad amare soltanto passando molto tempo da sola con lei. Le mattine in cui mi sono svegliata con il Cervino davanti alla finestra e le sere

in cui sono andata a dormire respirando quel senso di gratitudine per le piccole cose lo devo a lei.

Infine, ringrazio la mia piccola stanza in Belgio, che è stata un rifugio durante i primi mesi dell'Erasmus e un nido durante gli ultimi.

**Un grazie speciale a mamma e papà.**

L'ultimo ringraziamento lo faccio ancora a mamma e papà, che sono stati e sempre saranno una via sicura per me. Alle loro scelte di vita, alla loro perseveranza e ai loro sacrifici. Al loro amarsi, al loro amarmi incondizionatamente anche le mattine in cui "mi è morto il gatto". Al loro avermi dato responsabilità e al loro avermi insegnato ad adattarmi e a "sapermela cavare" in ogni situazione, ma senza fretta. Alle loro correzioni e ai rimproveri perché dimostrano quanto tengano alla loro bambina e sarebbe un peccato se non riuscisse a fare bene soltanto perché non ci crede. Grazie per avermi permesso di scegliere di studiare ciò che mi appassiona, ma avermi fatto costruire solide basi prima. Ai miei genitori che mi permetterebbero di studiare in capo al mondo se lo volessi, al valore per lo studio che mi hanno trasmesso.

Grazie per essere costantemente la spinta al primo gradino e per essere la mano tesa all'ultimo.

Grazie alla mia mamma, che guardo e guarderò con immensa stima e ammirazione. Grazie per la ragazza che mi hai permesso di diventare e per l'amica che ho in lei. Grazie per avermi sempre guardato le spalle e fatto alzare la testa.

**Un grazie.**

A tutto questo devo grazie perché i dettagli sono una delle cose che mi ha fatto appassionare alla psicologia. Ho imparato ad apprezzare il raggiungimento degli obiettivi per quello che sono. Sto cercando di migliorare nell'apprezzare la soddisfazione raggiunta, senza volere sempre di più. Questo traguardo è stata più un'evoluzione che un traguardo vero e proprio, è stato il gettare le fondamenta della persona che vorrei diventare e l'affermazione di un desiderio che nel corso degli anni ho cercato di fare più mio: essere presente per le persone che non posso evitare la loro condizione e aiutarle a convivere.

I ringraziamenti non sono qualcosa di dovuto, ma qualcosa che ho sentito di fare in quanto è all'amore e all'attenzione che devo il mio grazie. I ringraziamenti sono una parte delicata che conclude un percorso, ma non sono tutto ciò che avrei voluto dire, i gesti nascosti e le presenze racchiudono molto di più.