



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E PSICOLOGIA
APPLICATA (FISPPA)

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA CLINICO DINAMICA

TESI DI LAUREA MAGISTRALE

Il Disturbo Borderline di Personalità esternalizzante e internalizzante:
una ricerca teorico-applicativa

The externalizing and internalizing Borderline Personality Disorder:
a theoretical-applied study

Relatrice: Prof.ssa Cristina Marogna

Correlatore: Dott. Ioannis Giannopoulos

Laureanda: Alice De Nardi

Matricola: 2081972

Anno Accademico 2024/2025

*Dedicata a mio padre Roberto, a mio zio Carlo
e a tutti coloro che hanno combattuto con coraggio
una guerra silenziosa... e hanno vinto.*

*E continuo il viaggio
alla ricerca ancora
pur sapendo di essere
nell'infinito del tempo un istante
nell'abisso dello spazio un puntino*

*E continuo il viaggio
anche se sono tenebra
e tutto attorno a me è tenebra
e la tempesta lo rende più spaventoso*

*E continuo il viaggio
e mi basta
che io tenebra
abbia amato la luce*

(Panagulis, 2017, p.19)

INDICE

INTRODUZIONE	1
1. IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ: UNA PANORAMICA NELLA LETTERATURA SCIENTIFICA	5
1.1 Evoluzione storica del concetto di “borderline”	5
1.2 Classificazione del Disturbo Borderline di Personalità secondo il DSM-5-TR.....	9
1.3 Classificazione del Disturbo Borderline di Personalità secondo l’ICD-11 e il PDM-2: approcci e differenze	19
2. IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ SECONDO LA PROSPETTIVA PSICOANALITICA, NEUROSCIENTIFICA E DELLA PSICOLOGIA ANALITICA	25
2.1 La comprensione psicoanalitica del Disturbo Borderline di Personalità	25
2.2 Il contributo delle neuroscienze al Disturbo Borderline di Personalità.....	48
2.3 Il Disturbo Borderline di Personalità esternalizzante-estroverso e internalizzante- introverso: l’ipotesi applicativa dei “Tipi Psicologici” di C. G. Jung	54
3. IL CASO DI ANTONY: UN ESEMPIO DI DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ ESTERNALIZZANTE.....	63
3.1 Anamnesi-valutazione: i criteri diagnostici rispondono al Disturbo Borderline di Personalità secondo il DSM-5-TR	67
3.2 Gli incontri centrali	78
3.2.1 Gli anni dell’infanzia: il difficile rapporto con il materno e il bullismo	79
3.2.2 La ricerca dell’identificazione con la figura maschile	82
3.2.3 Il dodicesimo incontro: l’acting out e la gestione della rabbia con l’IBA.....	85
3.3 La fine della terapia	93
3.3.1 Il diciassettesimo incontro: il sogno dell’aviatore.....	94
3.3.2 Commento personale.....	98
4. CONCLUSIONI	101
5. BIBLIOGRAFIA.....	104
6. RINGRAZIAMENTI.....	115

INTRODUZIONE

“Il problema della consapevolezza ha a che fare con la divinità; per questo tantissimi miti narrano che dopo la morte la scintilla dell’anima - la luce della coscienza - se ne vola via verso il sole.

Che nell’uomo nasca la coscienza è proprio ciò che sta a cuore alla divinità.”

(Jaffé, 2023, p.171)

Il mito di Chirone, che ha ispirato C. Jung (1951) nell’elaborazione dell’archetipo del “guaritore ferito”, offre una potente metafora per riflettere sulle esperienze e potenzialità degli individui con Disturbo Borderline di Personalità (DBP).

Chirone, figlio del titano Crono e dell’oceanide Filira, rappresenta una figura complessa, afflitta da una sofferenza che sembra ineludibile e, paradossalmente, caratterizzata da una grande capacità di guarire gli altri.

Secondo la mitologia greca, Crono s’innamora perdutamente di Filira che, non corrispondendo ai suoi sentimenti, chiede a Zeus di trasformarla in giumenta per sfuggire alla sua brama; ma Crono non desiste, si trasforma in cavallo e la possiede.

Da questa violenza nasce Chirone: per la sua natura ibrida - metà uomo e metà cavallo - suscita orrore nella madre che, disperata, supplica gli dei di non doverlo allattare.

Gli dei hanno pietà di Filira ed esaudiscono le sue preghiere, trasformandola in un albero di tiglio.

Chirone viene abbandonato, ma fortunatamente viene trovato e adottato da Apollo e Atena, sotto la cui guida apprende l’arte della medicina, dell’astrologia, della profezia, del tiro con l’arco e della caccia.

A differenza degli altri centauri, Chirone è dotato di un'anima profonda, sensibile e saggia, grazie a cui diventa maestro di eroi e divinità, tra cui il dio della medicina Asclepio e il grande Achille.

Tuttavia, il suo destino si complica quando, durante una lotta contro altri centauri, il suo amico Eracle lo colpisce accidentalmente al ginocchio con una freccia intinta nel veleno dell'Idra di Lerna.

Chirone, che ha dedicato la sua vita a guarire gli altri, si trova ora a soffrire per un dolore insanabile: essendo immortale, non può in alcun modo porre fine al suo calvario.

La sofferenza fisica riattiva anche l'antica ferita della sua infanzia, ossia l'abbandono materno: metaforicamente, vi si può scorgere un caso di "Nachträglichkeit" (Freud, 1895), tradotto in francese con "après-coup" e in italiano con "azione differita" (Mangini, 2015).

Secondo S. Freud (1895), il trauma si sviluppa in due tempi: il primo tempo è caratterizzato da un evento traumatico che rompe la barriera paraeccitatoria e paralizza lo psichico, rendendo difficile o impossibile la sua elaborazione; il secondo tempo, l'azione differita, consente invece la ripresa del funzionamento psichico attraverso l'innescò della rimozione.

L'azione differita consiste in una ripetizione attenuata della scena traumatica originaria e mette in contatto con una realtà psichica precedente che, a causa del sovraccitamento ricevuto, non era stata compresa o, addirittura, era stata rigettata senza produrre alcun sintomo (Freud, 1895).

Il secondo tempo rappresenta un livello superiore di funzionamento psichico, che permette di risignificare il trauma: in terapia, il collegamento tra le due scene traumatiche permette di instaurare una temporalità, rielaborare il passato e attribuirgli un senso nel presente (Mangini, 2015).

Chirone si rivolge a Zeus e lo implora di liberarlo dal suo fardello attraverso la morte; tuttavia, la sua richiesta non è quella di una fine: anche nel caso clinico che esporrò nel mio elaborato emergerà il disperato anelito del paziente di liberarsi del proprio macigno interiore facendo appello alla morte, che non è morte in quanto tale, bensì liberazione dal conflitto.

Zeus, invece di esaudire la richiesta di morte di Chirone, decide di elevarlo a costellazione: questo gesto simboleggia la trasformazione della sua sofferenza in luce e consapevolezza, permettendogli di trovare un senso alla sua esperienza dolorosa e di ricavarne un fine positivo.

Questo mito riflette come gli individui con DBP spesso si trovino a gestire un conflitto interno simile a quello di Chirone: una lotta tra la sofferenza e il desiderio di guarigione. Ogni terapeuta, in questo senso, ha il potere di essere Zeus per i propri pazienti, offrendo supporto e guida in un percorso di riconciliazione con il proprio passato e di costruzione di un futuro luminoso, dimostrando che anche le ferite più profonde possono diventare fonte di forza, resilienza e saggezza.

Nel contesto del mio elaborato, il mito di Chirone rappresenta simbolicamente il percorso terapeutico che i pazienti con DBP possono intraprendere per sviluppare una maggiore consapevolezza di sé, integrare le ombre irrisolte del proprio passato e realizzarsi in modo soddisfacente lungo il cammino di vita.

Il presente elaborato si compone di un primo capitolo dedicato all'exkursus storico sull'evoluzione scientifica del costrutto di Disturbo Borderline di Personalità (DBP) e al suo inquadramento diagnostico secondo i sistemi classificatori vigenti (DSM-5-TR, ICD-11, PDM-2), analizzandone approcci e differenze.

Nel secondo capitolo, mi focalizzerò sulle concettualizzazioni del DBP secondo le teorie psicoanalitiche, che s'intrecciano con quelle psicodinamiche, secondo la prospettiva neuroscientifica e della psicologia analitica di C. G. Jung: verrà prestata particolare

attenzione alla differenziazione tra profili sintomatologici esternalizzanti e internalizzanti e alle loro cause eziopatologiche.

Infine, il terzo capitolo conclusivo sarà dedicato alla presentazione del caso clinico di Antony, affrontato dal Correlatore Y. Giannopoulos utilizzando il metodo dell'Intervento Breve Attivo (IBA), quale modello applicativo esemplificativo delle teorizzazioni precedentemente esposte.

È su gentile concessione del Dott. Giannopoulos che espongo il caso clinico di Antony nella mia tesi, nel rispetto delle norme etico-deontologiche vigenti.

1. IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ: UNA PANORAMICA NELLA LETTERATURA SCIENTIFICA

*“Se riesci a conservare il controllo quando tutti intorno a te
lo perdono e te ne fanno una colpa,
se riesci ad aver fiducia in te quando tutti ne dubitano,
ma anche a tener conto del loro dubbio...
Se riesci a sopportare di udire la verità che hai detto
distorta da furfanti per abbindolare gli sciocchi,
o a contemplare le cose cui hai dedicato la vita infrante,
e piegarti a ricostruirle con arnesi logori...
sarai un Uomo, figlio mio!”*

(Kipling, 1895, vv.1-36)

1.1 Evoluzione storica del concetto di “borderline”

Il termine “borderline” significa linea di confine ed è stato originariamente utilizzato per descrivere una categoria specifica di pazienti i cui sintomi non si adattavano perfettamente alle diagnosi tradizionali di nevrosi o psicosi, sfuggendo così alle definizioni classiche della psichiatria (Gestri et al., 2016).

Alla fine dell'Ottocento, alcuni autori propongono le prime descrizioni per riferirsi all'area borderline, come C. Hughes (1884) e I. Rosse (1890): quest'ultimo, nell'articolo “Clinical evidences of borderline insanity”, utilizza il concetto di “borderline insanity” per indicare tutti quei pazienti che presentano un quadro sintomatologico meno grave rispetto a quello psicotico, ma comunque molto instabile, con repentine oscillazioni tra la ragione e la follia (Migone, 1990).

Nel 1899, E. Kraepelin conia il termine “dementia praecox” per indicare un disturbo caratterizzato da un esordio precoce (generalmente in adolescenza o prima età adulta) e da un progressivo deterioramento delle funzioni cognitive e sociali: tuttavia, dal momento che alcuni pazienti manifestavano un decorso relativamente favorevole, egli ipotizza l’esistenza di forme attenuate della suddetta psicopatologia (Moretti, 2018).

E. Bleuler (1911), oltre a riformulare il termine “dementia praecox” in “schizofrenia simplex”, introduce i concetti di “schizofrenia latente” e di “schizomorfismo” per descrivere alcuni quadri sintomatologici di difficile classificazione, influenzati dalla disposizione schizofrenica (Moretti, 2018).

Il termine borderline inizia a delinearsi come entità nosografica grazie ai contributi di W. Reich, che offre una prima descrizione del disturbo borderline parlando di “caratteri impulsivi”, e di A. Stern che, parlando di “nevrosi borderline”, descrive i pazienti borderline come “psychicbleeding”, ossia cronicamente disforici, estremamente sensibili, afflitti da un profondo senso di inferiorità, impulsivi, masochisti, con una forte predisposizione ad utilizzare meccanismi di difesa proiettivi e refrattari al processo terapeutico (Paris, 2018).

Il termine borderline viene riscoperto sempre di più, incoraggiando diversi lavori di ricerca soprattutto in campo psicoanalitico, tra cui quello di A. Knight (1953) che, all’interno del saggio “Gli stati borderline”, considera il disturbo borderline come un’entità nosografica autonoma: dietro all’apparente funzionamento nevrotico, egli v’intravede una profonda debolezza e regressione dell’Io, tuttavia non riconducibile alla psicosi, poiché alcune aree di funzionamento preservano la loro funzionalità (Bradley et al., 2005).

R. Grinker et al. (1968) conducono la prima ricerca empirica, pubblicata con il titolo “The Borderline Syndrome”, i cui risultati suggeriscono la suddivisione del disturbo borderline in quattro sottotipi: il “border psicotico”, che presenta un difetto nella percezione della

realtà; il “border nucleare”, nel quale si combinano affetti negativi e agiti impulsivi; il “border come se”, che comprende individui maggiormente adattati, ma con un difetto identitario che li porta a imitare l’identità altrui; il “border nevrotico”, che si contraddistingue per tratti infantili e depressivi simil nevrotici (Dalle Luche, 2013).

Tutti e quattro i sottotipi condividono sintomi come identità instabile, tanto da essere definiti “stabili nella loro instabilità” (Grinker et al., 1968), relazioni interpersonali anaclitiche, depressività e rabbia (Dalle Luche, 2013).

O. Kernberg (1967), sulla scia dei crescenti studi e dei risultati emersi, introduce il costrutto di Organizzazione Borderline di Personalità (Borderline Personality Organization, BPO) come una delle tre possibili forme di organizzazione della personalità, assieme a quella psicotica e nevrotica.

O. Kernberg stabilisce tre criteri diagnostici su base psicodinamica: l’organizzazione borderline di personalità presenta un esame di realtà generalmente conservato (ma tendente a sconfinamenti psicotici soprattutto in condizioni di forte stress), un’identità instabile e un utilizzo massiccio di meccanismi di difesa primitivi.

Tale organizzazione può essere ulteriormente suddivisa in un livello di funzionamento più alto, al confine con quello nevrotico, e in un livello di funzionamento più basso, al confine con quello psicotico.

G. Gunderson e M. Singer (1975), nell’articolo “Defining borderline patients: an overview”, effettuano una panoramica degli studi svolti per inquadrare la fenomenologia clinica dei pazienti borderline, che vengono ora definitivamente separati dall’area schizofrenica e nevrotica per essere ricondotti a quella dei disturbi di personalità (Dalle Luche, 2013).

I loro studi hanno portato alla creazione della prima intervista strutturata, la Diagnostic Interview for Borderline Patients (DIB), consentendo di individuare le caratteristiche

principali del disturbo borderline con un tasso di successo pari all'81% (Gunderson et al., 1981).

I contributi teorico-clinici di O. Kernberg e G. Gunderson hanno permesso la sistematizzazione ufficiale del Disturbo Borderline di Personalità (DBP) all'interno della terza edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-3; American Psychiatric Association, 1980).

N. McWilliams (2012), in "La diagnosi psicoanalitica", comprende tra le terapie evidence based per il DBP: la Terapia Focalizzata sul Transfert (Transfert-Focused Psychotherapy, TFP) di O. Kernberg che, adoperando come bussola la teoria delle relazioni oggettuali, mira a integrare le rappresentazioni di sé e degli altri attraverso il lavoro sul transfert; il Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (Mentalization-Based Therapy, MBT) di P. Fonagy e A. Bateman, che si concentra sulla capacità di comprendere gli stati mentali propri e altrui; la Schema Therapy di J. Young, che si focalizza sulla modificazione di schemi disfunzionali radicati; la Terapia Dialettico Comportamentale (Dialectic Behaviour Therapy, DBT) di M. Linehan, che combina tecniche cognitivo-comportamentali con un approccio dialettico, risultando particolarmente efficace nel ridurre i comportamenti autodistruttivi.

Pur adottando approcci diversi, tutte queste terapie sono considerate appropriate per il trattamento del DBP: offrono strumenti specifici per affrontare le complessità di questo disturbo, sempre considerando le esigenze uniche di ciascun individuo (McWilliams, 2012).

1.2 Classificazione del Disturbo Borderline di Personalità secondo il DSM-5-TR

Nel corso delle edizioni del DSM, il quadro diagnostico del DBP ha mantenuto i criteri fondamentali, con leggere variazioni che hanno migliorato la chiarezza e l'applicabilità clinica.

L. Normandin et al. (2022) sottolineano che la principale evoluzione del DSM-5 (APA, 2013) riguarda l'adozione di un approccio misto: categoriale, proposto nella Sezione II, e dimensionale, proposto nella Sezione III (Skodol et al., 2014; Skodol, 2018; Oldham, 2018).

E. Preti et al. (2021) sostengono che l'approccio categoriale operi una distinzione qualitativa dei disturbi, permettendo una chiara sistematizzazione dei sintomi e facilitando la comunicazione tra i professionisti (Sprock, 2003); tuttavia, la distinzione dei disturbi in base alla dicotomica presenza o assenza di sintomi non è verificata empiricamente, non tiene conto dell'eterogeneità e della gravità dei sintomi e provoca un alto tasso di comorbidità (Livesley, 2003; Trull et al., 2005; Tryer, 2005; Verheul, 2005; Widiger et al., 2005; De Clercq et al., 2006; Clark, 2007; Lenzenweger, 2010).

La recente versione del DSM-5-TR (APA, 2022) ha fornito aggiornamenti lessicali e chiarificazioni, senza modificare i criteri diagnostici originali; l'integrazione delle valutazioni dimensionali, pur conservando la struttura categoriale di base utile a diagnosticare e organizzare gli interventi, ha l'obiettivo di enfatizzare la complessità e la variabilità dei sintomi, permettendo di riflettere su come i disturbi di personalità, compreso quello borderline, rappresentino alterazioni in una serie di domini funzionali (Normandin et al., 2022).

All'interno della sezione II del DSM-5-TR (APA, 2022) vengono identificati dieci disturbi di personalità, a sua volta suddivisi in tre gruppi o Cluster: Cluster A, Cluster B e Cluster C.

Il Cluster A comprende i disturbi paranoide, schizoide e schizotipico di personalità: questi disturbi sono accomunati da un comportamento strano, eccentrico, tendente all'isolamento (DSM-5-TR, 2022).

Il Cluster B comprende i disturbi antisociale, borderline, istrionico e narcisistico di personalità: questi disturbi si manifestano attraverso affetti e comportamenti emotivamente instabili, amplificativi e imprevedibili (DSM-5-TR, 2022).

Il Cluster C comprende i disturbi evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo di personalità: questi disturbi sono permeati da sentimenti di ansia e timore (DSM-5-TR, 2022).

In generale, tutti i pazienti che ricevono una diagnosi di disturbo della personalità secondo i criteri del DSM funzionano a un livello borderline (Yeomans et al., 2015).

I criteri per diagnosticare un disturbo di personalità secondo il DSM-5-TR (APA, 2022) sono:

A. Un pattern abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo. Questo pattern si manifesta in due (o più) delle seguenti aree:

- 1. Cognitività (cioè modi di percepire e interpretare se stessi, gli altri e gli avvenimenti).*
- 2. Affettività (cioè varietà, intensità, labilità e adeguatezza della risposta emotiva).*
- 3. Funzionamento interpersonale.*
- 4. Controllo degli impulsi.*

B. Il pattern abituale risulta inflessibile e pervasivo in un'ampia varietà di situazioni personali e sociali.

C. Il pattern abituale determina disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. Il pattern è stabile e di lunga durata, e l'esordio può essere fatto risalire almeno all'adolescenza o alla prima età adulta.

E. Il pattern abituale non risulta meglio giustificato come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale.

F. Il pattern abituale non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco), o di un'altra condizione medica (per es., un trauma cranico).

(APA, 2022)

I suddetti criteri diagnostici utilizzano il termine “pattern” per indicare dei tratti specifici di personalità che implicano un costante modo di pensare, percepire, rapportarsi a se stessi e all’ambiente: solamente quando i tratti di personalità vengono utilizzati in modo rigido e pervasivo, causando una seria compromissione del benessere quotidiano in svariati ambiti, suggeriscono la presenza conclamata di un disturbo di personalità (DSM-5-TR, 2022).

Gli studi di Vannini et al. (2021) suggeriscono che buona parte dei disturbi di personalità siano accomunati dall’alessitimia, ossia da un deficit che coinvolge le funzioni metacognitive.

L’alessitimia (dal greco a= mancanza, lexis= parola, thymos= emozione, “mancanza di parole per le emozioni”) è un termine coniato da P. Sifneos et al. (1973) e si riferisce alla difficoltà nel riconoscere ed esprimere a parole le proprie e altrui emozioni, se non anche le sensazioni corporee (Caretto et al., 2005).

C. Chaim et al. (2024) hanno condotto una ricerca sistematica, intitolata “The implication of alexithymia in personality disorders: a systematic review”, con l’obiettivo di misurare la correlazione tra i disturbi di personalità e l’alessitimia.

Utilizzando la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), una scala di autovalutazione composta da 20 item, è emerso che i pazienti dei Cluster B e C presentano percentuali più

elevate di alestitimia, che a sua volta determina una maggiore disregolazione emotiva e conflitti interpersonali.

G. Taylor (1999), del gruppo di Toronto (TAS-20), si riferisce all'alestitimia come a un disturbo della regolazione affettiva, ovvero a un deficit nell'utilizzare simbolicamente le rappresentazioni degli affetti per autoregolarsi (Lancianese, 2025).

I criteri diagnostici del Disturbo Borderline di Personalità (DBP) secondo il DSM-5-TR (APA, 2022) sono:

Un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. *Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono.*

Nota: Non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel Criterio 5.

2. *Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.*

3. *Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile.*

4. *Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es., spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate).*

Nota: Non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel Criterio 5.

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

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

7. *Sentimenti cronici di vuoto.*
 8. *Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).*
 9. *Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.*
- (APA, 2022)

Come si evince dalle caratteristiche diagnostiche secondo il DSM-5-TR (APA, 2022), il DBP rappresenta una delle diagnosi più complesse ed eterogenee nel panorama psichiatrico (Normandin et al., 2022).

Il DBP colpisce l'1,4% della popolazione generale ed è cinque volte più comune nel sesso femminile e tra i consanguinei di primo grado (DSM-5-TR, 2022).

Sebbene molti studi concordino sul fatto che i sintomi del DBP emergano durante l'infanzia e si manifestino chiaramente in adolescenza (come anche quelli degli altri disturbi di personalità), i clinici perseverano nel considerare come età d'insorgenza quella della prima età adulta, per evitare di confondere la sintomatologia franca del disturbo con le caratteristiche tipiche dell'adolescenza (Normandin et al., 2022).

Uno degli elementi centrali nel quadro diagnostico del DBP è l'instabile percezione identitaria (criterio n°3 secondo il DSM-5-TR), che si manifesta con cambiamenti repentini nel senso di sé, nei valori e negli obiettivi di vita, influenzando negativamente l'autostima e la capacità di pianificazione a lungo termine.

In generale, l'immagine che i pazienti borderline hanno di sé è negativa, anche se in alcuni casi possono arrivare a sentire di non esistere affatto, specialmente in assenza di un "altro" significativo (DSM-5-TR, 2022).

A rafforzare questa visione dicotomica contribuiscono meccanismi di difesa primitivi quali l'idealizzazione e la svalutazione (criterio n°2 secondo il DSM-5-TR).

Tali meccanismi si attivano soprattutto in situazioni conflittuali o di cattivo umore, che interferiscono negativamente sulla capacità di mentalizzazione (Bateman et al., 2006): ad esempio, quando una persona con DBP si trova ad affrontare una minaccia all'attaccamento, può passare rapidamente dall'idealizzazione dell'altro, per tenerlo vicino, alla svalutazione, per proteggersi dal rifiuto e dall'abbandono, anche solo immaginario (Normandin et al., 2022).

La mentalizzazione, che è strettamente legata al concetto di alessitimia (Sifneos et al., 1973) è un processo attraverso il quale l'individuo interpreta e attribuisce significati agli stati emotivi e ai comportamenti propri e altrui: ciò implica una comprensione delle motivazioni, dei desideri e delle emozioni che influenzano il comportamento (Bateman et al., 2006).

Nel caso del DBP, la mentalizzazione è spesso compromessa da un insieme di eventi traumatici passati, con una conseguente iperattivazione del sistema di attaccamento e iperreattività (Bateman et al., 2006).

Inoltre, M. Fontana (2008), nell'articolo "La patologia borderline in psicoanalisi secondo una prospettiva relazionale", riporta che Fonagy et al. (1995) si riferiscono al costrutto di mentalizzazione collegandolo al concetto hegeliano di autocoscienza: la capacità autoriflessiva del bambino dipende dall'interiorizzazione dell'immagine del genitore che pensa al figlio come a un soggetto intenzionale.

La paura dell'abbandono (criterio n°1 secondo il DSM-5-TR) è uno degli aspetti più caratteristici del DBP e si manifesta attraverso uno spettro di comportamenti svariati e disperati, volti a preservare l'attenzione e l'affetto dell'altro ed evitare la separazione: questi comportamenti possono includere manipolazione emotiva e ricerca continua di contatto, ma anche autosabotaggio, evitamento e ritiro (Kernberg, 1985).

I pazienti con DBP convivono con una marcata disregolazione emotiva (criterio n°6 secondo il DSM-5-TR) e accessi di rabbia (criterio n°8 secondo il DSM-5-TR) che

possono sfociare in comportamenti impulsivi e autodistruttivi: i cosiddetti acting out (criterio n°4 secondo il DSM-5-TR).

Molti pazienti con DBP riferiscono che sono “emozioni negative ingestibili” a scatenare gli acting out (Mucci, 2020).

Alcuni esempi di acting out, che costituiscono un immediato e disperato tentativo di automedicamento emotivo, spesso in risposta a minacce di rifiuto e abbandono, sono: la guida spericolata, lo shopping compulsivo, il gioco d’azzardo, le abbuffate, l’abuso di sostanze, la promiscuità sessuale (Kernberg, 1985).

La disregolazione emotiva e il senso di vuoto (criterio n°8 secondo il DSM-5-TR) possono sfociare in comportamenti automutilanti come tagliarsi e bruciarsi, fino a minacce e tentativi di suicidio (criterio n°5 secondo il DSM-5-TR), che assumono significati e scopi diversi a seconda dell’individuo che li mette in atto (Di Agostino et al., 2016).

Generalmente, gli atti di autolesionismo vengono svolti in privato con un intento autoregolatorio e non esibizionistico: si verifica un rilascio di endorfine che conferisce temporaneamente una profonda sensazione di sollievo (Linehan, 2021).

Di Agostino et al. (2016) riportano che l’autolesionismo non costituisce un tentativo di suicidio, ma una gestualità controllata e circoscritta ad una parte del corpo, che lenisce un dolore psichico immenso.

Studi hanno rilevato che circa il 60% dei pazienti che pratica autolesionismo ha subito abusi sessuali, mentre circa il 40% dei pazienti proviene da famiglie apparentemente “normali”, ma con gravi carenze affettive: quest’ultimo dato acquista particolare rilevanza se si considera l’aggressione alla pelle come *“un’aggressione alle braccia della madre che non hanno saputo cullare e proteggere il figlio”* (Di Agostino et al., 2016, p.32).

Molti pazienti con DBP sono soggetti, specie se sopraffatti da uno stress ingestibile, a ideazione paranoide transitoria e a gravi sintomi dissociativi (criterio n°9 secondo il DSM-5-TR).

“Guardando indietro, è come se non fossi stata io a fare tutte quelle cose. Era qualcun altro che cercava di farmi del male... Mi sentivo come se fossi perseguitata senza sosta da quest'altra persona minacciosa; era come essere inseguita in un vicolo da qualcuno che volesse assalirmi sapendo che mi avrebbe sempre raggiunto. Continuavo a correre e correre, ma mai abbastanza velocemente. Quest'altra persona mi faceva rompere una finestra e mi tagliava selvaggiamente la coscia prima che un'infermiera potesse fermarmi.”

(Linehan, 2021, pp.40-41)

Con queste parole M. Linehan, nella sua autobiografia “Una vita degna di essere vissuta” del 2021, ricorda come i suoi episodi di autolesionismo avvenissero in preda ad uno stato dissociativo.

Il DBP può presentare comorbidità con diversi disturbi psicopatologici e richiede diagnosi differenziali accurate (DSM-5-TR, 2022).

Tra le comorbidità più comuni si riscontrano altri disturbi di personalità, i disturbi d'ansia, la depressione maggiore, il disturbo ossessivo-compulsivo e i disturbi da uso di sostanze (Maurex et al., 2020).

Altri disturbi di personalità, come paranoide e schizotipico (Cluster A), antisociale, istrionico e narcisistico (Cluster B) e dipendente (Cluster C) condividono alcuni tratti con il DBP, ma si differenziano per caratteristiche specifiche (DSM-5-TR, 2022).

Ad esempio, gli stati paranoidei nel DBP sono più transitori e legati alle relazioni, mentre nel disturbo paranoide sono più pervasivi; l'instabilità estrema e l'autodistruttività

distinguono il DBP dal disturbo paranoide, istrionico e narcisistico; l'antisociale manipola per vantaggio personale, a differenza del borderline che ricerca costantemente attenzioni e approvazione; in caso di abbandono, il borderline reagisce con rabbia e senso di vuoto, mentre il dipendente risponde con sottomissione e ricerca immediata di nuove relazioni (DSM-5-TR, 2022).

Sebbene il modello categoriale costituisca l'attuale approccio al DBP, è importante citare anche il modello alternativo dimensionale, contenuto nella sezione III del DSM-5-TR (APA, 2022): secondo tale modello, il DBP è caratterizzato da compromissioni specifiche nel funzionamento della personalità (criterio A) e da tratti di personalità psicopatologici (criterio B).

Il modello multidimensionale del tratto della personalità contempla cinque varianti maladattive dei Five Factor Model della personalità (FFM), più noti come "Big Five" (McCrae e Costa, 1986), ossia:

1. *Affettività negativa (vs Stabilità emotiva)*
2. *Distacco (vs Estroversione)*
3. *Antagonismo (vs Disponibilità)*
4. *Disinibizione (vs Coscienziosità)*
5. *Psicoticismo (vs Lucidità mentale)*

(APA, 2022)

Il criterio A per il DBP si esplica come segue:

Moderata o più grave compromissione del funzionamento della personalità, che si manifesta con caratteristiche difficoltà in due o più delle seguenti quattro aree:

1. *Identità: Immagine di sé marcatamente impoverita, scarsamente sviluppata o instabile, spesso associata a eccessiva autocritica; sentimenti cronici di vuoto; stati dissociativi sotto stress.*

2. *Autodirezionalità: Instabilità in obiettivi, aspirazioni, valori o progetti relativi alla professione.*
3. *Empatia: Compromessa capacità di riconoscere i sentimenti e i bisogni degli altri, associata a ipersensibilità interpersonale (per es., tendenza a sentirsi offesi o insultati); percezione degli altri selettivamente distorta rispetto a caratteristiche negative o vulnerabilità proprie.*
4. *Intimità: Relazioni affettive intense, stabili e conflittuali, caratterizzate da diffidenza, dipendenza e preoccupazione ansiosa per l'abbandono, reale o immaginario; relazioni affettive spesso oscillanti tra gli estremi dell'idealizzazione e della svalutazione e alternanti tra eccessivo coinvolgimento e distacco.*

(APA, 2022)

Il criterio B per il DBP si esplica come segue:

Quattro o più dei seguenti sette tratti di personalità patologici, almeno uno dei quali deve essere impulsività (5), tendenza a correre rischi (6) o ostilità (7):

1. *Labilità emotiva (un aspetto dell'Affettività negativa): Esperienze emotive instabili e frequenti cambiamenti di umore; emozioni che insorgono facilmente, sono intense e/o sproporzionate rispetto a eventi e circostanze.*
2. *Ansia (un aspetto dell'Affettività negativa): Intense sensazioni di nervosismo, tensione o panico, spesso in reazione a stress interpersonali; preoccupazione per gli affetti negativi di passate esperienze spiacevoli ed eventualità negative future; provare paura, apprensione o sentirsi minacciati dall'incertezza; timore di "crollare" o di perdere il controllo.*
3. *Angoscia di separazione (un aspetto dell'Affettività negativa): Timore di essere rifiutati o separarsi da figure significative, associato a paure di eccessiva dipendenza e completa perdita di autonomia.*

4. *Depressività (un aspetto dell’Affettività negativa): Sentirsi frequentemente tristi, infelici e/o senza speranza; difficoltà nel riprendersi da tali stati d’animo; pessimismo circa il futuro; vergogna pervasiva; sentimenti di distimia; pensieri di suicidio o comportamento suicidiario.*
5. *Impulsività (un aspetto della Disinibizione): Agire immediatamente in risposta a stimoli contingenti; agire su base momentanea senza un piano o un esame dei risultati; difficoltà a formulare e seguire piani; senso di urgenza e comportamento autolesivo sotto stress emotivo.*
6. *Tendenza a correre rischi (un aspetto della Disinibizione): Intraprendere attività pericolose, rischiose e potenzialmente dannose per sé, senza necessità e senza preoccuparsi delle conseguenze; noncuranza dei propri limiti e negazione del reale pericolo per la persona.*
7. *Ostilità (un aspetto dell’Antagonismo): Sentimenti di rabbia persistenti o frequenti; rabbia o irritabilità in risposta a offese e insulti di poco conto.*

(APA, 2022)

È importante ricordare che, nella diagnosi di DBP, alcuni tratti disadattivi possono coesistere con tratti adattivi: questa realtà, che evidenzia l’eterogeneità sintomatologica, rappresenta un aspetto positivo su cui sviluppare interventi personalizzati, al fine di ottimizzare il trattamento terapeutico.

1.3 Classificazione del Disturbo Borderline di Personalità secondo l’ICD-11 e il

PDM-2: approcci e differenze

Hauser et al. (2021) riportano che, per scostarsi da un approccio categoriale come quello del DSM-5-TR (APA, 2022) e avvicinarsi ancor di più ad un approccio dimensionale della

psicopatologia, nella versione dell'International Classification of Diseases (ICD-11; World Health Organization, 2022) è stata eliminata la suddivisione in Cluster e disturbi a favore di un unico concetto di Disturbo di Personalità (DP) di cui valutare il livello di gravità (lieve, medio o grave) e i domini psicopatologici, rilevabili attraverso cinque qualificatori di tratto e riconducibili ai "Big Five" (McCrae e Costa, 1986):

1. *Affettività negativa: la tendenza a manifestare emozioni di disagio, ansia, tristezza, disperazione;*
2. *Dissocialità: la tendenza a non osservare le convenzioni sociali e i diritti degli altri;*
3. *Disinibizione: la tendenza ad agire impulsivamente;*
4. *Anancasmo: la tendenza a controllare il proprio e l'altrui comportamento;*
5. *Distacco: la tendenza a mantenere una distanza emotiva e interpersonale.*

(WHO, 2022)

Per stabilire se un individuo presenta o meno un disturbo di personalità, è di fondamentale importanza indagare come percepisce se stesso e gli altri: i processi legati al funzionamento del Sé e alle modalità di interazione con gli altri vengono così distinte dalle caratteristiche uniche, chiamate qualificatori di tratto, che differenziano gli individui gli uni dagli altri (Pincus et al., 2020).

Bach et al. (2018) evidenziano che i qualificatori di tratto bypassano solo apparentemente le sottili differenze individuali: diversi studi attestano la loro efficacia nello spiegare la variabilità comune ai dieci disturbi di personalità illustrati nel DSM-5-TR (APA, 2022). Inoltre, diversamente da quanto proposto dall'ICD-10 (WHO, 1993), secondo l'ICD-11 (WHO, 2022) non è più necessario che i cinque tratti della personalità si manifestino nella tarda infanzia o nell'adolescenza e permangano diversi anni: la soglia diagnostica si è abbassata a due anni di continuità di sintomi, con un conseguente aumento plausibile delle diagnosi (Hauser et al., 2021).

L'ICD-11 (WHO, 2022) presenta anche un qualificatore di tratto specifico per il DBP, che nella precedente edizione veniva definito “Disturbo di personalità emotivamente instabile, tipo borderline” (F60.31): tale qualificatore richiede il soddisfacimento di almeno cinque dei nove criteri sovrapponibili a quelli proposti dal DSM-5-TR (APA, 2022).

Nonostante il DSM-5-TR (APA, 2022) e l'ICD-11 (WHO, 2022) offrano strumenti utili, spesso non riescono a soddisfare appieno le necessità dei professionisti, poiché si presentano come “tassonomie di disturbi” (Spitzer et al., 2008): per questo motivo, il PDM-2 (Lingiardi et al., 2022), che si distingue per il suo approccio psicodinamico e multidimensionale alla diagnosi dei disturbi di personalità, si propone come “tassonomia di persone”, con l'obiettivo di sollevare il velo dell'etichetta diagnostica (similmente all'illusorio velo di Maya schopenhaueriano) per osservare, in primis, chi è la persona che presenta un determinato disturbo della sfera psichica.

Ciò consente ai terapeuti di operare una categorizzazione, senza snaturare l'unicità dell'individuo, delle sindromi di personalità (secondo i principi dell'Asse P), del funzionamento mentale e delle abilità emotivo-sociali (secondo i principi dell'Asse M) e dei pattern sintomatologici (secondo i principi dell'Asse S), ovvero come ciascun paziente vive soggettivamente i propri sintomi; inoltre, permette ai clinici di contemplare le proprie emozioni in risposta al rapporto terapeutico con i loro assistiti (Lingiardi et al., 2022).

Il PDM-2 (Lingiardi et al., 2022) adotta le teorizzazioni di O. Kernberg (1987) e opera una distinzione tra un livello borderline di organizzazione della personalità e un Disturbo Borderline di Personalità (DBP, concetto del DSM), che in questa nuova edizione è stato aggiunto alle sindromi di personalità diagnosticabili con l'Asse P (Lingiardi et al., 2022). In passato, gli psicoanalisti tendevano a intravedere nei livelli di gravità una regressione o una fissazione ad uno specifico stadio evolutivo: oggi viene sposata l'idea secondo cui

la personalità sia un mare eterogeneo in cui confluiscono sinergicamente fattori genetico-ereditari, il temperamento, le esperienze di vita precoci e il tipo di attaccamento (Paris, 1997).

Per determinare il livello di organizzazione della personalità (lungo un continuum sano, nevrotico, borderline, psicotico), il terapeuta sottopone ad esame una serie di elementi che comprendono: forze o debolezze dell'Io, relazioni oggettuali interne, capacità di mentalizzare e meccanismi di difesa (Gabbard, 2015).

Questo tipo di valutazione comporta una comprensione diagnostica dell'individuo, piuttosto che una classificazione (a differenza del DSM), e il suo valore risiede principalmente nel modo in cui il terapeuta indirizza il percorso terapeutico (Gabbard, 2015).

Le caratteristiche generali dei pazienti con un'organizzazione borderline di personalità comprendono: difficoltà nella regolazione delle emozioni, impulsività e una particolare tendenza all'abuso di sostanze e ad altre dipendenze; inoltre, sono comuni comportamenti autodistruttivi e automutilanti che complicano le relazioni interpersonali e compromettono la continuità lavorativa (Lingiardi et al., 2022).

Sulla base della distinzione di O. Kernberg (1987) in un livello di organizzazione borderline ad alto e basso funzionamento, ne consegue che l'approccio terapeutico per i pazienti borderline ad alto funzionamento sia più espressivo, orientato all'esplorazione del transfert, all'analisi delle difese e all'insight; al contrario, per i pazienti borderline a basso funzionamento, l'approccio è più supportivo, mirato a rafforzare le difese e a migliorare la capacità adattiva di tollerare le frustrazioni della vita quotidiana (Gabbard, 2015).

Prima di inoltrarsi nella presentazione del DBP secondo il PDM-2 (Lingiardi et al., 2022), gli autori sottolineano che esiste una differenza nosografica tra il concetto di stile e disturbo di personalità.

Ogni individuo possiede uno stile di personalità, ad esempio borderline, senza necessariamente avere un disturbo borderline di personalità: i pazienti con stile borderline vengono definiti “borderline calmi” (Sherwood et al., 1994).

A tal proposito viene affermato che *“un criterio essenziale per diagnosticare un disturbo di personalità è l'evidenza del fatto che un certo modo di funzionare causi un disagio significativo all'individuo stesso o agli altri, sia stabile nel tempo e faccia parte della propria esperienza al punto da non ricordare di essere stato differente o immaginare di poterlo essere”* (PDM-2, 2022, p.17).

È importante accertarsi che quello che giunge all'attenzione clinica come un disturbo di personalità non sia invece una risposta ad un trauma o ad uno stress cronico; inoltre, occorre sempre adottare come stella polare la cultura d'origine del paziente, poiché *“i confini tra normalità e patologia non sono univoci e universali, ma variano anche in base al contesto culturale”* (PDM-2, 2022, p.17).

Le caratteristiche principali del DBP secondo il PDM-2 sono:

- *Aspetti costituzionali: Difficoltà costituzionali nella regolazione delle emozioni e della loro intensità; aggressività; difficoltà nell'essere calmati.*
- *Tensione/preoccupazione principale: Coesione vs frammentazione del sé; attaccamento caratterizzato dalla paura sia di essere invasi sia di essere abbandonati.*
- *Affetti principali: Generalmente molto intensi; in particolare rabbia, vergogna e paura.*
- *Credenza patogena caratteristica relativa a se stessi: “Non so chi sono: mi sento confuso, dissociato e privo di un sentimento di continuità”.*
- *Credenza patogena caratteristica relativa alle altre persone: “Gli altri sono tutti buoni o tutti cattivi” [per esempio, tutti da amare o tutti da odiare, in base a come si*

relazionano al paziente e non al loro individuale e complesso modo di funzionare, NdC].

- *Modi principali di difendersi: Scissione; identificazione proiettiva; diniego; dissociazione; acting out, e altre difese primitive.*

(PDM-2, 2022, p.59)

2. IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ SECONDO LA PROSPETTIVA PSICOANALITICA, NEUROSCIENTIFICA E DELLA PSICOLOGIA ANALITICA

Hannibal Lecter: “Ti svegli ancora qualche volta? Ti svegli ancora e senti il grido degli innocenti?”

Agente Starling: “Sì!”

Hannibal Lecter: “E pensi che se riuscissi a salvare la povera Catherine potresti farli smettere vero?”

Agente Starling: “Non lo so... non lo so!”

(Il Silenzio degli Innocenti, 1991)

2.1 La comprensione psicoanalitica del Disturbo Borderline di Personalità

	Istanza dominante nell'organizzazione	Natura del conflitto	Natura dell'angoscia	Difese principali	Relazione d'oggetto
STRUTTURE NEVROTICHE	Super-io	tra Super-io ed Es	di castrazione	rimozione	genitale
STRUTTURE PSICOTICHE	Es	tra Es e realtà	di frammentazione	diniego della realtà sdoppiamento dell'io	fusionale
ORGANIZZAZIONI LIMITE	ideale dell'io	tra ideale dell'io e – Es – realtà	di perdita dell'oggetto	scissione degli oggetti forclusione	anaclitica

Figura 7 Confronto tra le categorie strutturali.

(Bergeret, 2002, p.141)

La maggior parte degli autori concorda nel ricondurre le entità nosologiche incerte, che si presentano come punto intermedio tra la sfera nevrotica e quella psicotica, sotto il vocabolo inglese di “borderline”, tradotto con “casi limite” o “stati limite” (Bergeret, 2002).

Se da un lato le condizioni nevrotiche danno voce a un conflitto latente tra l’Es e il Super-Io attraverso l’Io, dall’altro le condizioni psicotiche esprimono la conflittualità tra le pulsioni e la realtà, da cui l’Io è escluso: l’organizzazione limite, invece, non contempla nessuna di queste due posizioni nosologiche, come indicato dalla figura 7 (Bergeret, 2002).

Una volta evitato il baratro della psicosi, la struttura psichica dell’individuo non ha comunque raggiunto uno sviluppo di tipo nevrotico: la relazione oggettuale degli stati limite si fonda sulla dipendenza anaclitica, con la minaccia costante della depressione (Bergeret, 2002).

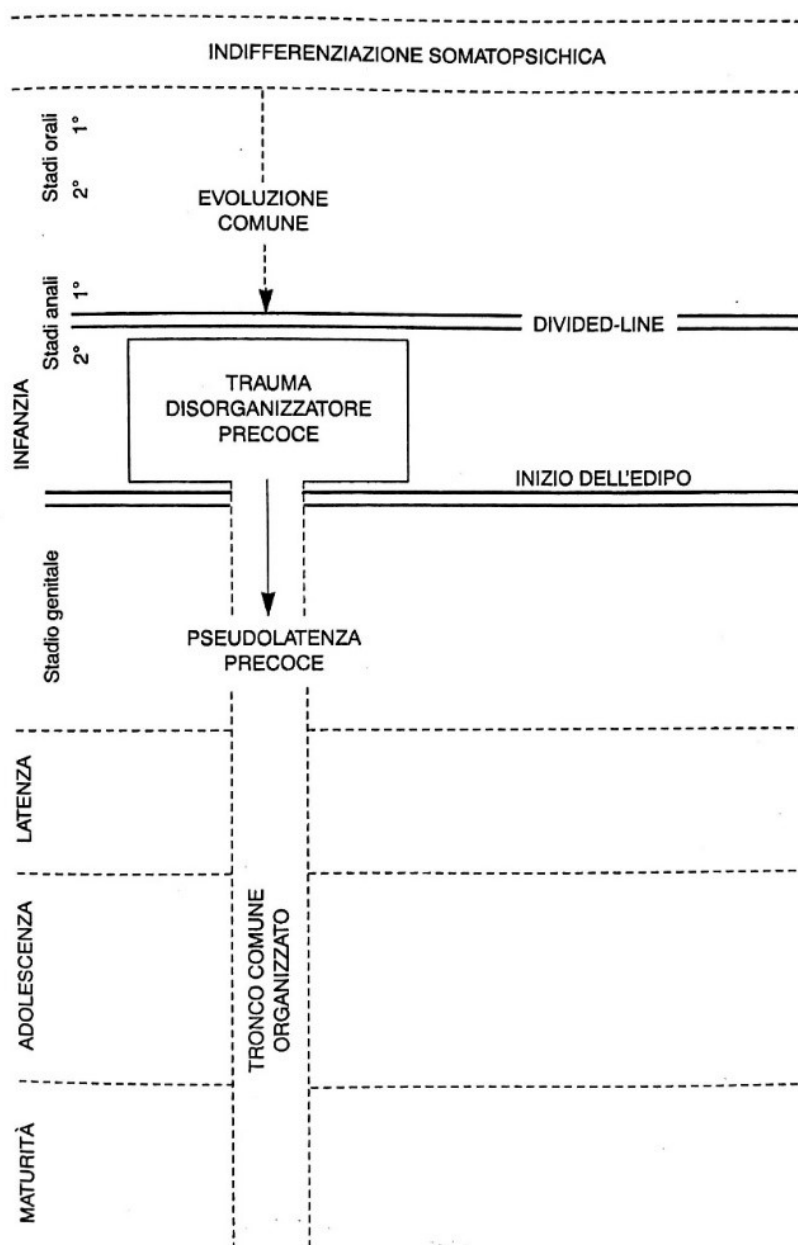


Figura 6 Genesi del tronco comune degli stati limite.

(Bergeret, 2002, p.135)

La figura 6 illustra il “tronco comune degli stati limite”.

Secondo J. Bergeret (2002), l’Io degli stati limite ha superato con successo le prime fasi di relazione oggettuale.

Tuttavia, spesso durante il periodo edipico, il bambino vive un “trauma precoce”: trattasi di un evento reale e non solo fantasmatico come nel caso di un Edipo vero e proprio.

E. Mangini (2015), in “Elementi dell’esperienza psicoanalitica”, definisce il trauma precoce come una “pulsione senza pensiero”, un “eccitamento non pensabile” che non nasce dell’esperienza (poiché l’esperire implica il pensiero) e che proietta l’infante in una fase libidica alla quale non era ancora completamente preparato psichicamente.

Tale evento, definito da J. Bergeret (2002) come “primo disorganizzatore” o “disorganizzatore precoce”, è patogeno per la sua violenza e intensità o per l’incompatibilità con il livello di sviluppo dell’Io: in entrambi i casi, il bambino non è in grado di tollerarlo ed elaborarlo psichicamente, di rispondervi adeguatamente e tantomeno di integrarlo all’interno della propria esperienza (Mangini, 2015).

Questo trauma precoce blocca bruscamente l’evoluzione pulsionale e adattiva del bambino che, di conseguenza, entra in una fase di pseudolatenza che si prolunga ben oltre l’età adolescenziale, sino a compromettere anche la vita adulta.

Questo stato di blocco rappresenta il tronco comune degli stati limite: esso consiste in un’organizzazione provvisoria, che si è assestata ma non fissata, e che richiede uno sforzo continuo da parte dell’Io per mantenersi stabile a eguale distanza tra la struttura psicotica superata e quella nevrotica mai raggiunta (Bergeret, 2002).

L’Io si aggrappa strenuamente a meccanismi di difesa primitivi, molto costosi in termini di energia psichica, per evitare di cadere nella frammentazione psicotica o di sviluppare una nevrosi più stabile.

Tuttavia, entrambe le strutture si configurano inconsciamente come mete ambite: da un lato vengono agognate le difese più radicate che caratterizzano la psicosi, dall’altro viene invidiata, seppur con angoscia, la genitalità nevrotica.

Partendo dall’assunto che tutti i meccanismi di difesa hanno una funzione adattiva, ciascuna persona ne utilizza preferenzialmente alcuni per gestire problemi, sentimenti intensi, ambigui e minacciosi, e per mantenere l’autostima (McWilliams, 2012).

Le difese mature riguardano i confini interni, come quelli tra l'Io, l'Es e il Super-Io, oppure tra la parte dell'Io che vive l'esperienza e quella che la osserva; queste difese portano a specifiche trasformazioni nel modo di pensare, sentire, percepire e comportarsi. Le difese primitive, invece, coinvolgono il confine tra il Sé e il mondo esterno, operano in modo globale e indifferenziato su tutta la sfera sensoriale della persona, fondendo aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali; sono preverbal, cioè si manifestano prima che si sviluppino la logica e il linguaggio, sono totalizzanti, e sono legate al processo primario che s'inserisce nel mondo dell'immaginario e delle credenze magiche.

Per poter essere considerate primitive, tali difese devono mostrare due caratteristiche legate alla fase preverbale dello sviluppo: l'assenza dell'esame di realtà e l'incapacità di riconoscere gli altri e il mondo esterno come separati da sé (McWilliams, 2012).

È altresì importante sottolineare che *“è l'assenza di difese mature, non la presenza di quelle primitive, che definisce la struttura borderline o psicotica”* (McWilliams, 2012, p.129).

N. McWilliams (2012) descrive i meccanismi di difesa primitivi più massicciamente utilizzati dai soggetti borderline, come anche segnalato dal PDM-2 (Lingiardi et al., 2022):

1. La dissociazione: trattasi di una reazione “normale” a un trauma intollerabile.
Adulti borderline che da bambini sono stati abusati e/o gravemente maltrattati possono imparare a dissociare come reazione normale allo stress.
2. La scissione: deriva dal periodo in cui il bambino non ha ancora sviluppato la costanza dell'oggetto e, quindi, non riesce a percepire i caregiver come portatori di qualità sia buone che cattive.

Dal momento che *“prima di raggiungere la costanza dell'oggetto non si può provare ambivalenza, giacché l'ambivalenza implica sentimenti opposti verso un oggetto costante”* (McWilliams, 2012, p.142), negli adulti borderline la scissione permane

come modalità per spiegarsi eventi complessi e minacciosi, ridurre l'angoscia e proteggere l'autostima.

Ad esempio, in vista di un possibile licenziamento, il soggetto borderline può passare rapidamente dall'idealizzazione alla svalutazione netta e globale del proprio contesto lavorativo.

3. L'idealizzazione e la svalutazione: derivano dal periodo in cui il bambino, per difendersi dall'angoscia, crede che i suoi caregiver siano onnipotenti.

Il soggetto borderline ha bisogno di idealizzare come nell'infanzia e di fondersi con un "Altro meraviglioso" percepito come assolutamente onnipotente e amorevole, per salvarsi e, secondariamente, per tollerare il peso della propria natura percepita come difettosa e vergognosa.

Il rovescio della medaglia consiste nel fatto che, più un oggetto viene idealizzato, più verrà successivamente svalutato.

In sede d'analisi, il clinico deve aspettarsi che il paziente borderline possa considerarlo un giorno il miglior terapeuta del mondo e, il giorno successivo, il peggiore.

4. Diniego: consiste nel rifiutare che le cose accadano.

La convinzione prelogica alla base è "se non lo riconosco, non accade".

I soggetti borderline, denegando la realtà, non si rendono conto della pericolosità delle situazioni e delle relazioni in cui regolarmente s'imbattono, specialmente quando cadono preda degli acting out.

5. Acting out: se ai bambini non viene insegnato come esprimere a parole i propri stati d'animo, si crea un terreno fertile per l'alessitimia (Sifneos et al., 1973) e per la rappresentazione in azione del sentire che non ha mai avuto un nome.

Negli acting out, emozioni e conflitti inconsci vengono automaticamente tramutati in azione, come strategia per trasformare l'angoscioso senso di passività e vulnerabilità in attività e potenza.

Gli acting out sono inevitabili durante l'analisi: nel caso clinico che esporrò nel terzo capitolo si evidenzierà l'importanza di attribuire un nome ai vissuti interni alessitimici e agli agiti del paziente.

6. Identificazione proiettiva: individuata per la prima volta da M. Klein (1946) nei pazienti più disturbati, consiste in una fusione tra proiezione e introiezione.

I soggetti borderline proiettano oggetti interni sull'altro e tentano ostinatamente di indurgli specifici sentimenti e reazioni comportamentali, anche attraverso la comunicazione non verbale.

È un meccanismo di difesa molto complesso e potente: in sede d'analisi, il clinico deve costantemente districare l'identificazione proiettiva del paziente dal proprio sentire e resistervi, soprattutto una volta stabilito il transfert, perché *“nell'identificazione proiettiva il paziente non si limita a vedere il terapeuta in un'ottica distorta, determinata dalle proprie passate relazioni oggettuali; in aggiunta il terapeuta è anche fatto oggetto di pressioni intese a fargli sperimentare se stesso come vuole la fantasia inconscia del paziente”* (McWilliams, 2012, p.140).

J. Bergeret (2002) riconduce “l'uomo dei lupi”, caso clinico trattato da S. Freud (1914) e pubblicato con il titolo “Dalla storia di una nevrosi infantile”, ad uno stato limite, considerandolo esemplificativo rispetto alla teorizzazione sul trauma precoce che accomuna tutte le varietà di stati limite.

Il paziente in questione, Sergei Pankejeff, proveniva da una famiglia aristocratica russa con gravi problemi d'instabilità: la madre era malata e poco disponibile ad accudire i figli, mentre il padre, depresso, trascorreva lunghi periodi lontano da casa; la sorella, due anni

più grande di lui, era vivace, dotata e precocemente maliziosa, tanto che i genitori sottolineavano spesso quanto lui sarebbe dovuto nascere femmina e la sorella maschio (Mangini, 2015).

Sergei aveva assistito precocemente alla scena primaria (primo tempo del trauma) e, in seguito, aveva passivamente subito una seduzione da parte della sorella (secondo tempo del trauma): tra quest'ultimo episodio e l'insorgenza della sintomatologia, il paziente sogna ripetutamente "il sogno dei lupi", che costituisce un chiaro tentativo di risoluzione del trauma (Mangini, 2015).

Nel sogno, Sergei vede la finestra della sua camera da letto aprirsi da sola. È inverno. Sei o sette lupi bianchi sono seduti sui rami di un grosso noce. Hanno code folte come quelle delle volpi e orecchie ritte come i cani. Sono immobili e lo osservano con insistenza. Terrorizzato dall'idea di poter essere divorato dai lupi, Sergei si sveglia urlando: ciò che lo ha colpito di più nel sogno è stato il senso di realtà, l'assoluta immobilità dei lupi e la concentrazione con cui lo osservavano (Mangini, 2015).

S. Freud (1914) ipotizza che l'immobilità potrebbe rappresentare un movimento estremamente violento che il bambino osserva con grande attenzione: ciò si ricondurrebbe alla scena primaria, a un coitus a tergo a cui Sergei aveva assistito a un anno e mezzo; l'immobilità potrebbe dunque essere una rappresentazione del contrario, del bambino che guarda paralizzato l'inguardabile (scena primaria) o dei genitori sorpresi nell'atto, che si arrestano e fissano (Mangini, 2015).

J. Bergeret (1976) afferma che i sogni dei borderline sono maggiormente permeati dal processo primario e, di conseguenza, presentano le stesse caratteristiche dei loro fantasmi. La drammaticità di questi sogni è molto disturbante al risveglio, trattiene l'attenzione e non trova una facile interpretazione, lasciando la persona con un profondo senso di angoscia: i sogni degli stati limite, infatti, vengono elaborati meno bene rispetto a quelli

dei nevrotici a causa delle fissazioni sulle frustrazioni e sulle aggressioni infantili, nonché per la povertà delle rimozioni e dell'inconsistenza del Super-Io.

Il sogno di Sergei si collega alle teorizzazioni di W. Bion (1962) e di A. Ferro (2022) sull'eredità traumatica degli stati limite.

W. Bion (1962), in "A theory of thinking", sostiene che, alla nascita, ogni mente necessita di un'altra mente per potersi sviluppare, processo che avviene attraverso un gioco di proiezioni e introiezioni:

1. Gli elementi beta (materiale grezzo costituito da sensazioni e angosce primitive) vengono evacuati dalla mente del bambino nella mente della madre attraverso l'identificazione proiettiva;
2. Questi elementi vengono trasformati in elementi alfa attraverso la funzione alfa della madre;
3. Vengono poi restituiti al bambino come elementi alfa, accompagnati dalla funzione alfa stessa.

(Ferro, 2022)

Se questo processo si svolge regolarmente nel tempo e in modo sufficientemente normale, la funzione alfa si stabilizza nella mente del bambino e, successivamente, nell'adulto; in caso contrario, possono verificarsi tre possibili esiti psicopatologici:

1. La funzione alfa è difettosa.

È come se mancasse la pellicola del film, cioè la mente stessa: in analisi bisogna trasformare per la prima volta gli elementi beta in alfa e favorire l'introiezione della funzione alfa nel paziente.

Le interpretazioni classiche, in questa condizione, causerebbero solo evacuazioni dei pensieri, come se fossero elementi beta, perché manca il contenitore psichico con la sua capacità recettoriale.

Questa condizione è tipica dei pazienti psicotici.

2. La funzione alfa è integra, ma l'apparato per pensare i pensieri è difettoso.

È come se ci fosse la pellicola del film, ma mancasse il luogo in cui conservarla (carenza di contenitore), oppure ci fosse un difetto di pittogrammi visivi (carenza di contenuto), o ancora come se mancasse la regia per il montaggio di questi pittogrammi (quindi un'oscillazione inadeguata tra la posizione schizoparanoide e quella depressiva).

Le interpretazioni classiche, in questo caso, rischierebbero di causare più persecuzione che sollievo, poiché il paziente non sa come accogliere e utilizzare i pensieri.

Questa condizione è tipica dei pazienti borderline a basso funzionamento, al limite con la psicosi.

3. La funzione alfa e l'apparato per pensare i pensieri sono integri, ma si riscontra un eccesso di elementi beta (i cosiddetti elementi balfa) di origine traumatica: la quantità di materiale grezzo è superiore a quella che può essere trasformata in alfa, rendendo il materiale stesso impensabile.

Ciò costituisce un terreno fertile per il transfert, le identificazioni proiettive, il lavoro di significazione e risignificazione.

Questa condizione è tipica dei pazienti borderline ad alto funzionamento, al limite con la nevrosi (come nel caso di Sergei) e dei pazienti nevrotici.

(Ferro, 2022)

Il trattamento psicoanalitico, come quello a cui si è sottoposto Sergei, permette ai pazienti borderline di trasformare la propria pulsionalità in eccesso e traumatica (quindi impensabile) in pensiero rappresentabile, sorpassando il funzionamento post-traumatico

dominato dai meccanismi di difesa primitivi e dalla coazione a ripetere (Freud, 1914), a favore del consolidamento di difese più adattive (Mangini, 2015).

La coazione a ripetere, ossia la tendenza ad imbattersi ripetutamente in persone e situazioni problematiche con il tentativo inconscio di risolvere il trauma originario nel qui ed ora, va ad originare, nello specifico caso dei pazienti borderline, “l’ennesimo tempo del trauma” (Mangini, 2015).

“La distruzione come causa della nascita” è il titolo di uno dei più famosi scritti di S. Spielrein (1912), che successivamente ispirarono le opere dello stesso Freud e, in particolare, l’elaborazione del concetto di coazione a ripetere (Freud, 1914); in questo scritto, S. Spielrein ha parlato di pulsione di vita e pulsione di morte, sostenendo che l’istinto riproduttivo è costituito (anche dal punto di vista psicologico) da due componenti antagoniste ed è perciò sia un istinto di nascita che un istinto di distruzione.

“Nella riproduzione si verifica un’unione della cellula femminile con quella maschile. Ogni cellula viene perciò distrutta in quanto unità e dal prodotto della distruzione nasce la nuova vita. Alcuni animali inferiori, per esempio le effimere, pagano con la propria vita la produzione della nuova generazione e muoiono. La creazione è per questi esseri anche una distruzione.”

(Spielrein, 1912, p.466)

S. Spielrein (1912) sostiene che la pulsione di vita e quella di morte accompagnino tutta la vita psichica della persona, dunque alla base della coazione a ripetere freudiana si può certamente rintracciare la componente distruttiva di Thanatos, ma anche la componente di Eros, tendente alla vita, alla risoluzione del conflitto.

“La nostalgia della morte è spesso una nostalgia di morire nell'amore, come si può vedere anche in Wagner. Brunilde muore nel fuoco (fuoco d'amore) insieme al destriero. La morte è qui un canto vittorioso d'amore. Brunilde quasi si dissolve in Sigfrido: Sigfrido è il fuoco, lo splendore solare che salva. Brunilde si dissolve in questo procreatore originario trasformandosi essa stessa in fuoco. In Wagner la morte spesso non è altro che la componente distruttiva dell'istinto a rinascere.”

(Spielrein, 1912, pp.494-495)

Dal punto di vista psicoanalitico, si può ipotizzare che i pazienti borderline siano fissati alla fase schizoparanoide descritta da M. Klein (1932) nella sua opera più importante, “La psicoanalisi dei bambini”: in questa fase, il bambino non ha ancora superato la dicotomia tra oggetto-seno “buono” e oggetto-seno “cattivo”, motivo per cui anche le rappresentazioni di sé e dell’altro sono soggette alla scissione.

Akthar et al. (1996), nell’articolo “The concept of identity: Developmental origins, phenomenology, clinical relevance, and measurment”, evidenziano come tra le componenti dell’identità vi sia la capacità di riconoscere in modo fluido i lati positivi e negativi di sé e degli altri.

Il senso di confusione identitaria è centrale nel funzionamento borderline: la visione dicotomica, idealizzante o svalutante di sé e degli altri, non considera la complessità e la multidimensionalità della natura umana, determinando repentine difficoltà interpersonali (Gabbard, 2015).

L. Normandin et al. (2022) adottano la teoria delle relazioni oggettuali di O. Kernberg (1989) e sottolineano come, alla base di un’organizzazione di personalità normale, vi sia la presenza di un concetto integrato di sé e degli altri significativi.

I pazienti borderline, a causa di traumi cumulativi e di fallimenti relazionali precoci, non hanno raggiunto lo stadio evolutivo dell’integrazione dell’identità; di conseguenza, le

rappresentazioni positive e negative di sé e degli altri non sono integrate, ma sono in balia della dissociazione o della scissione, che divide le rappresentazioni in un segmento idealizzato e in uno persecutorio, dando origine a quella che viene chiamata “diffusione dell’identità” (Normandin et al., 2022).

Questa instabilità può essere spiegata attraverso la teoria di P. Fonagy e M. Target (1997), secondo cui il bambino costruisce la propria identità attraverso lo sguardo dei genitori.

In un ambiente in cui il caregiver è spaventato o spaventante e presenta una stabilità emotiva precaria, questo scambio di feedback positivo viene meno: di conseguenza, il bambino non riesce a ricevere un’immagine di sé coerente e rassicurante, interiorizza invece l’instabilità e la paura del genitore come parte della propria identità.

N. McWilliams (2012) sottolinea che la differenza principale tra i pazienti borderline e quelli psicotici nel rapporto con la propria identità è che i primi, pur avendo una confusione identitaria, sono consapevoli della propria esistenza e non vivono nel terrore esistenziale tipico degli psicotici; i secondi, invece, non reagiscono con ostilità alle domande sulla propria o altrui identità, poiché sono troppo preoccupati di proteggere il proprio senso di esistenza.

J. Masterson (1976) sostiene che i pazienti con personalità borderline siano fissati alla sottofase di riavvicinamento del processo di separazione-individuazione.

Il bambino, attorno ai 2 anni, sviluppa una certa autonomia, ma ha ancora bisogno di sentirsi protetto, pertanto passa dall’esplorare l’ambiente al chiedere affetto e rassicurazione ai propri caregiver: la sfortuna dei pazienti borderline è stata quella di avere dei genitori che prima scoraggiavano i loro tentativi di separazione e poi non erano presenti quando, una volta conquistata una certa autonomia, avevano effettivamente bisogno di regredire.

Il dilemma consequenziale è che, se troppo vicini si sentono inglobati e, se troppo distanti, si sentono abbandonati: ecco perché continuano ad entrare ed uscire dalle relazioni, disorientando le persone a loro vicine (McWilliams, 2012).

N. McWilliams (2012), sulla base della sua lunga esperienza professionale, suggerisce che il clinico deve comportarsi in modo opposto ai genitori del paziente borderline, incoraggiando l'indipendenza e scoraggiando le relazioni basate sulla dipendenza regressiva: quest'ultime infondono sicurezza, ma negli sprazzi di solitudine possono provocare depressività e acting out.

La paura dell'abbandono è uno degli aspetti più caratteristici del DBP e può essere meglio compresa attraverso la teoria dell'attaccamento e del trauma.

Questa teoria suggerisce che le primissime interazioni del bambino con i suoi caregiver influenzano profondamente il suo sviluppo psicologico e il modo in cui si relaziona con gli altri nel corso della sua vita (Bowlby, 1969).

Queste prime esperienze possono avere un impatto duraturo, specialmente in presenza di traumi infantili come abusi o maltrattamenti che compromettono la capacità di sviluppare una base sicura (Bowlby, 1969), alimentano una percezione distorta delle relazioni interpersonali e rendono più vulnerabili all'abbandono (Zanarini et al., 1997).

Tabella 1. Ricerche sul trauma nell'infanzia nel disturbo borderline di personalità	
Ricerche	Trauma nell'infanzia nel disturbo borderline di personalità
Zanarini (1)	40-70% di abuso sessuale nell'infanzia nel disturbo borderline di personalità
Battle et al. (2) Cohen (3) Rogosch e Chicetti (4) Yen et al. (5)	Correlazione positiva negli studi prospettici tra abuso sessuale, maltrattamento fisico nell'infanzia e disturbo borderline di personalità
Silk et al. (6) Zanarini et al. (7) Sansone et al. (8)	Correlazione positiva tra gravità dell'abuso sessuale, gravità dei sintomi borderline e comportamento auto-distruttivo
Johnson et al. (9)	Le persone con abuso sessuale o trascuratezza hanno probabilità 4 volte maggiori di ricevere una diagnosi di disturbo di personalità
Battle et al. (2)	73% di abuso sessuale nell'infanzia, 82% di trascuratezza
Graybar e Boutilier (10)	60-80% di maltrattamento fisico e verbale, abuso sessuale e trascuratezza
Laporte e Guttman (11)	Il disturbo borderline di personalità presenta eventi traumatici multipli e più di un tipo di abuso
Goodman e Yehuda (12)	40-70% di abuso sessuale nell'infanzia
Golier et al. (13)	52,8% di maltrattamento fisico nell'infanzia o nell'adolescenza
Fossati et al. (14)	Metanalisi che mostra un'evidenza di effetti dell'abuso sessuale nell'infanzia

(Mosquera et al., 2012, p.27)

Diversi studi hanno dimostrato che i pazienti con DBP, a causa delle vicissitudini traumatiche vissute, presentano uno stile di attaccamento disorganizzato o insicuro preoccupato (Alexander et al., 1998).

In particolare, nell'ambito dell'Adult Attachment Interview, i pazienti borderline mostrano testi preoccupati soprattutto del tipo E3 - "Preoccupato per paura" - (Fonagy et al., 1991): in tali interviste, l'emozione predominante è la paura, piuttosto che la rabbia (Mucci, 2020).

In un attaccamento disorganizzato o insicuro, i bisogni del bambino non vengono riconosciuti: l'infante, per essere visto, deve faticosamente attirare l'attenzione dei

caregiver gridando o piangendo; altre volte, rinuncia e arriva a ignorare i propri bisogni (Mosquera et al., 2012).

Liotti et al. (1991) sottolineano che se la madre (o il caregiver principale) presenta a sua volta traumi irrisolti, malattie mentali o fisiche, o gravi dipendenze, anche in assenza di maltrattamenti diretti, non sarà in grado di esercitare la *rêverie* per il figlio (Mucci, 2020). La *rêverie* (Bion, 1962) consiste nella disponibilità a non difendersi dal materiale emotivo del bambino, ma a fungere da contenitore per esso, comprenderlo, sopportarlo, infondendogli sicurezza (Ferro, 2022).

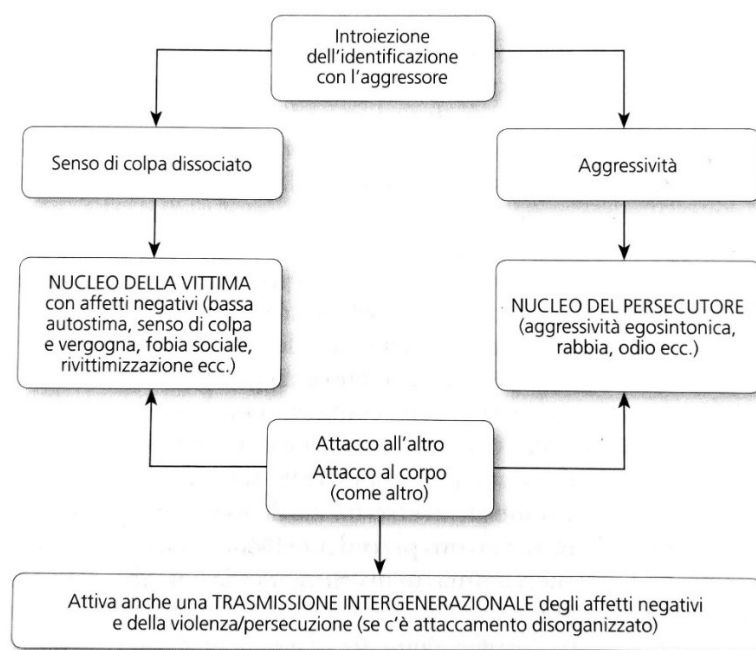


Figura 1.5 Meccanismo della introiezione della identificazione con l'aggressore.

(Mucci, 2020, p.22)

S. Ferenczi introduce il concetto di “identificazione con l’aggressore” nel “Diario clinico” (1932) e in “Confusione di lingue tra gli adulti e il bambino” (1933), offrendo un contributo prezioso alla spiegazione eziopatologica dell’autodistruttività tipica dei pazienti borderline (Rocchi, 2014).

C. Rocchi (2014) sostiene che le teorizzazioni di S. Ferenczi (1932) siano molto più complesse rispetto a quelle di A. Freud (1936) che, nell'opera "L'Io e i meccanismi di difesa" considera l'identificazione con l'aggressore come un processo consistente nell'introyezione delle qualità persecutorie dell'altro, nell'identificazione con esse e, infine, nel passaggio dall'essere minacciato all'essere minacciante.

S. Ferenczi (1932) sostiene che, durante l'episodio traumatico, si verifica un fenomeno dissociativo: la mente del bambino è invasa dalle percezioni dell'aggressore e l'esperienza viene vissuta in uno stato oniroide (in cui il soggetto conserva un certo orientamento spazio-temporale, ma è pervaso da fantasie deliranti e allucinazioni sensoriali) o come se fosse vista dall'esterno (Ceragioli, 2013).

Il bambino sente sia cosa prova l'aggressore, sia cosa vorrebbe che la vittima provasse. L'impossibilità di pensare, parlare o reagire, a causa dell'imaturità psichica, si traduce in un terrore tale che il bambino diventa schiavo dell'altro, cercando di indovinare e soddisfare ogni suo desiderio "semplicemente" per sopravvivere: S. Ferenczi (1932) appella le mosse anticipatorie e intuitive del bambino come "pura intelligenza che preserva la vita" (Ceragioli, 2013).

La bolla scissionale in cui il bambino è immerso, lo induce a perdere completamente fiducia nei propri sensi, non riuscendo a integrare l'incombente e coesistente senso di innocenza e di colpa che lo pervade.

Ciò è accompagnato da una regressione allo stadio precedente l'evento traumatico, che permette di dimenticare a livello conscio la violenza psico-fisica inflittagli dal genitore, scagionarlo da ogni accusa e continuare ad amarlo (Ferenczi, 1932).

A questo proposito, W. Fairbairn (1943) parla di "difesa morale" e spiega che molti bambini abusati o maltrattati nella prima infanzia non possono tollerare l'idea che i propri genitori siano perversi e sadici, così come non possono nemmeno tollerare l'idea di vivere costantemente nel terrore: preferiscono giustificare i loro aguzzini e darsi la colpa,

essendosi instillata in loro la fallace convinzione che le cose in casa cambieranno solo se diverranno figli migliori.

Ecco perché la sintomatologia borderline è spesso accompagnata da sintomi depressivo-introiettivi: W. Fairbairn (1943) sostiene che è meglio essere un peccatore in un mondo governato da Dio che vivere in un mondo governato dal Diavolo (McWilliams, 2012).

L'assunzione di colpa può sedimentarsi nel "poppante saggio compiacente" (Bolognini, 2016) e accompagnarlo sino in età adulta, spingendolo a sviluppare un falso Sé (Winnicott, 1960) e a compiere gesti autolesionistici con intento espiatorio (Rocchi, 2014).

F. Baldoni (2003), nell'articolo "Il problema del burn-out tra vero e falso Sé", riporta la considerazione di D. Winnicott secondo cui l'individuo che vive una crisi esistenziale accompagnata da una sintomatologia franca può essere considerato più sano di un altro individuo la cui "normalità" è retta da un falso Sé.

Per Winnicott le origini del vero Sé risalgono ai primi anni di vita, quando la presenza di una madre sufficientemente buona consente al figlio un'"integrazione psicosomatica", ossia lo sviluppo di un senso di esistenza nel proprio corpo.

L'handling (l'accudimento fisico del figlio da parte della madre), l'holding (l'atteggiamento corporeo che la madre assume quando tiene il figlio in braccio) e l'object presenting (la presentazione graduata del mondo esterno) consentono lo sviluppo di un Sé sia fisico che psichico.

"Ogni individuo, però, nel corso dell'infanzia, sperimenta inevitabilmente frustrazioni e privazioni legate ad insufficienze dell'ambiente (particolarmente delle funzioni materne) che interferendo con lo sviluppo evolutivo, possono indurlo ad aderire alla realtà esterna in modo compiacente sviluppando un "falso Sé", cioè un'organizzazione difensiva della personalità che ha la funzione di proteggere, come un involucro, il vero Sé dalle minacce

esterne e che costituirebbe una difesa estrema nei confronti della depressione... Questa componente di falso Sé permane nella personalità adulta ed è totalmente inconscia. La sua presenza può consentire una vita assolutamente normale, anche se accompagnata da sensazioni di estraneità, di superficialità, di futilità e da sentimenti di vuoto e di noia (gli stessi vissuti che queste persone generano negli altri) ”

(Baldoni, 2003, p.6).

La teorizzazione di F. Baldoni (2003) si ricollega ai sentimenti cronici di vuoto e di noia che esperiscono i pazienti borderline, avendo sviluppato un falso Sé che non permette un accesso alla loro vera autenticità.

C. Mucci (2020) sostiene che l'eccessivo adattamento all'ambiente, come risposta compiacente al senso di colpa, può comportare non solo rigidità e impegno, ma anche una struttura somato-psichica molto fragile e ipersensibile, in virtù della negazione del proprio vero Sé.

Basandosi sull'osservazione clinica di una paziente borderline l'autrice scrive:

“La presenza di una formazione di rigidi precursori del Super-Io, a volte con aspetti perfino sadici contro il Sé, masochistici, come nel suo mettersi sempre al servizio degli altri e mettere le esigenze altrui prima delle proprie, o nel suo apparire sempre ineccepibile nei propri comportamenti, a partire dal rendimento scolastico, sono tutti segni del cattivo (non ben regolato) funzionamento del Super-io (per usare il tradizionale linguaggio psicoanalitico), tipico dei soggetti borderline.”

(Mucci, 2020, p.109)

Secondo S. Ferenczi, che al contrario di S. Freud si concentrò maggiormente sul trauma reale, i sogni dei pazienti borderline rappresentano il tentativo inconscio di risoluzione del trauma (funzione traumatologica): per sopravvivere a un dolore intollerabile, il paziente

arriva a “staccare la testa dal corpo”, cosicché i suoi sogni manifestano la scissione a cui si è aggrappato come ultima, strenua difesa, costituendo un “sentire inconscio”, un “conoscere non sentito” (Bolognini, 2016).

La scissione non è una prerogativa del paziente: l’ambiente familiare ha favorito una “traumatizzazione vicaria” denegando l’evento traumatico, incolpando la vittima o intimandola di non parlarne: subire un abuso psico-fisico, già di per sé traumatico, e non ricevere ascolto e comprensione dalle persone a cui si chiede aiuto, crea una sfiducia di fondo difficilmente ricostruibile (Bolognini, 2016).

La mancanza di fiducia non riguarda solo il mondo esterno, ma anche le proprie percezioni, costituendo un terreno fertile per la paranoia (McWilliams, 2012).

A conferma di ciò, N. McWilliams (2012) riporta il caso di una sua paziente con organizzazione borderline e Disturbo Paranoide di Personalità.

La suddetta paziente raccontò a N. McWilliams che sua madre aveva sempre avuto un’ansia ingestibile.

Quando era bambina e tentava di parlarle di un problema, la madre faceva finta di nulla o drammatizzava, non potendo sopportare ulteriori preoccupazioni: il messaggio implicito trasmesso alla figlia era che, qualunque fosse la natura dei suoi sentimenti, di amore o di odio, erano comunque distruttivi.

La stessa paziente, quando raccontò alla madre che il padre tentò di molestarla, si sentì rispondere che non era vero e che era colpa della sua sessualità.

Qui si notano i germi della paranoia: manca la conferma della realtà e viene offerto un modello di diniego e di proiezione, così che la figlia prova paura e vergogna anziché essere compresa, rinforzando fantasie onnipotenti primitive alla base di un profondo senso di colpa.

Secondo S. Ferenczi, l’obiettivo dell’analisi è quello di creare un clima di fiducia all’interno del setting, che funga da contenitore per favorire la riattualizzazione degli

eventi traumatici del paziente, permettendogli di rivivere le percezioni e di scaricare le tensioni motorie di “là e allora” nel “qui ed ora”, in un contesto protetto di non-diniego emozionale (Bolognini, 2016).

Secondo N. McWilliams (2012), i pazienti borderline hanno una capacità molto limitata di osservare la propria psicopatologia: di conseguenza, giungono all’osservazione clinica perché spinti da altri o perché lamentano problemi specifici come attacchi di panico o depressione.

Abituati ad un ambiente familiare con alta emotività espressa, non hanno mai conosciuto stabilità e coerenza, non sanno come potrebbero cambiare e desiderano solo smettere di soffrire.

I pazienti borderline, rispetto a quelli psicotici, presentano un buon esame di realtà, sebbene spesso neghino la propria psicopatologia: uno dei primi segnali che indicano un paziente borderline è che gli interventi del clinico vengono da lui percepiti come attacchi, poiché non possiede un Io integro e osservante, ma oscilla da uno stato del Sé all’altro soprattutto in momenti di forte stress (McWilliams, 2012).

A tal proposito, O. Kernberg (1975) sostiene che uno strumento utile per distinguere i pazienti borderline da quelli psicotici consiste nella valutazione dell’ “adeguatezza dell’esame di realtà”, ad esempio focalizzandosi su un aspetto anticonvenzionale nell’autopresentazione del paziente e chiedendogli se si rende conto che potrebbe apparire strano alle altre persone: mentre il borderline comprende questa possibilità, lo psicotico si spaventa a causa del difetto di differenziazione tra sé e gli altri di natura simbiotico-fusionale (McWilliams, 2012).

I pazienti borderline manifestano un’alta intolleranza alla frustrazione e difficoltà nella modulazione delle emozioni, con tendenza all’amplificazione: gli affetti più intensamente esperiti, come indicato anche dal PDM-2 (Lingiardi et al., 2022), sono rabbia, vergogna

e paura, da cui cercano di difendersi utilizzando meccanismi di difesa primitivi (Lingiardi et al., 2022).

La rabbia, spesso relazionata a sentimenti di frustrazione e impotenza, può essere esplosiva e difficile da gestire; la vergogna si manifesta come un senso di indegnità e svalutazione di sé, mentre la paura è legata alla perdita, all'abbandono o alla minaccia di essere invasi emotivamente: questi affetti sono spesso interconnessi, contribuendo alla complessità del quadro psicopatologico (Lingiardi et al., 2022).

Nel caso dei pazienti borderline, il transfert, che consiste nella rievocazione e nella riattualizzazione di una relazione significativa del passato (Semi, 2011), è molto intenso e in balia della scissione, dell'idealizzazione e della svalutazione.

“Se un terapeuta pieno di buone intenzioni, ma con poca esperienza clinica, tenta di interpretare il transfert come si farebbe con un nevrotico (ad esempio: “Forse ciò che prova per me è qualcosa che ha provato per suo padre”), si renderà conto che a quell’interpretazione non segue alcun utile sollievo o senso di comprensione; spesso il cliente sarà semplicemente d’accordo sul fatto che il terapeuta si comporta effettivamente come l’oggetto precedente. Inoltre, non è raro che un borderline in un certo stato mentale percepisca nel terapeuta poteri e virtù divine, e in un altro (che potrebbe presentarsi anche il giorno dopo) lo consideri debole e spregevole.”

(McWilliams, 2012, p.91)

Anche il controtransfert, ossia la reazione del clinico al transfert del paziente (Semi, 2011), è molto intenso e *“non è raro che il terapeuta si senta come la madre esasperata di un bambino di due anni che non accetta di essere aiutato ma, senza aiuto, cade in uno stato di frustrazione”* (McWilliams, 2012, p.91).

N. McWilliams (2012) raccomanda al clinico di stabilire quella che R. Langs (1973) ha definito “cornice terapeutica”, ovvero delle costanti fondamentali come il tempo, l'onorario e i confini della relazione.

Nei pazienti borderline, le reazioni di rabbia ai limiti sono comuni: tuttavia, è importante che il setting si mantenga costante, anche se questa rigidità può apparire severa e insensibile, poiché contribuisce a infondere un senso di contenimento e a consolidare la fiducia del paziente rispetto alla propria autonomia.

Per quanto riguarda l'intensità emotiva nei pazienti borderline, questa non necessita di essere stimolata, quindi generalmente non sono necessarie più di tre sedute settimanali, salvo casi di rischio suicidario o durante periodi di astinenza da dipendenze, in cui potrebbe essere richiesto un supporto più frequente.

Il contatto visivo assume un ruolo fondamentale: anche in ambito psicoanalitico, è preferibile che l'analista non si posizioni mai alle spalle del paziente borderline, poiché potrebbe generare in lui ulteriore ansia e senso di ambiguità (McWilliams, 2012).

N. McWilliams (2012) sostiene inoltre che è importante che il clinico non tema il proprio controtransfert; è essenziale che discerna l'identificazione proiettiva, che sia autentico e genuino nelle proprie reazioni, evitando di indossare la maschera della neutralità assoluta, che risulterebbe controproducente, specie con i pazienti borderline che tendono agli acting out e all'autolesionismo, come testimoniato dal caso clinico che esporrò nel terzo capitolo.

L'utilizzo da parte del PDM-2 del termine “costituzionale”, per riferirsi alla disregolazione emozionale e comportamentale tipica dei pazienti borderline, richiama l'impatto significativo di fattori genetico-ereditari e di traumi precoci sullo sviluppo temperamentale e sulla capacità di controllo delle funzioni esecutive (van der Kolk, 2003; Fertuck et al., 2006), a cui dedico il sottocapitolo seguente.

2.2 Il contributo delle neuroscienze al Disturbo Borderline di Personalità

Ad oggi, l'ipotesi che la sintomatologia del DBP possa essere spiegata attraverso il modello biopsicosociale è ampiamente avvalorata: questo modello postula che all'origine di ogni disturbo partecipino fattori biologici, psicologici e sociali (Paris, 1997).

Dato che non tutti i pazienti borderline riportano una storia passata traumatica, è fondamentale considerare il DBP con un approccio eziologico multifattoriale (Gabbard, 2015).

Zanarini et al. (1997) hanno individuato tre fattori eziopatogenetici principali alla base del DBP: il primo è un ambiente familiare conflittuale, caratterizzato da anaffettività, trascuratezza, elevata espressività emotiva e separazioni precoci; il secondo è un temperamento costituzionalmente vulnerabile; il terzo è rappresentato da eventi che fungono da catalizzatori e attivano la sintomatologia borderline, come abusi fisici e verbali, maltrattamenti e altre tipologie di trauma (Gabbard, 2015).

Uno studio condotto su gemelli di Torgersen et al. (2000), intitolato "A twin study of personality disorders", suggerisce una forte influenza genetica: il 35% dei gemelli monozigoti manifesta il DBP, contro il 7% dei fratelli dizigoti (Gabbard, 2015).

L. Normandin et al. (2022), nel libro "Adolescenti con gravi disturbi di personalità", sostengono che alla base del DBP vi sia una predisposizione temperamentale caratterizzata da un predominio di affetti negativi e impulsività, oltre a un deficit di controllo volontario (effortful control); inoltre, J. Gunderson (2014) ipotizza che il temperamento dei pazienti borderline sia geneticamente contraddistinto da ipersensibilità interpersonale, che testimonia la loro forte disregolazione emotiva e i conseguenti problemi relazionali.

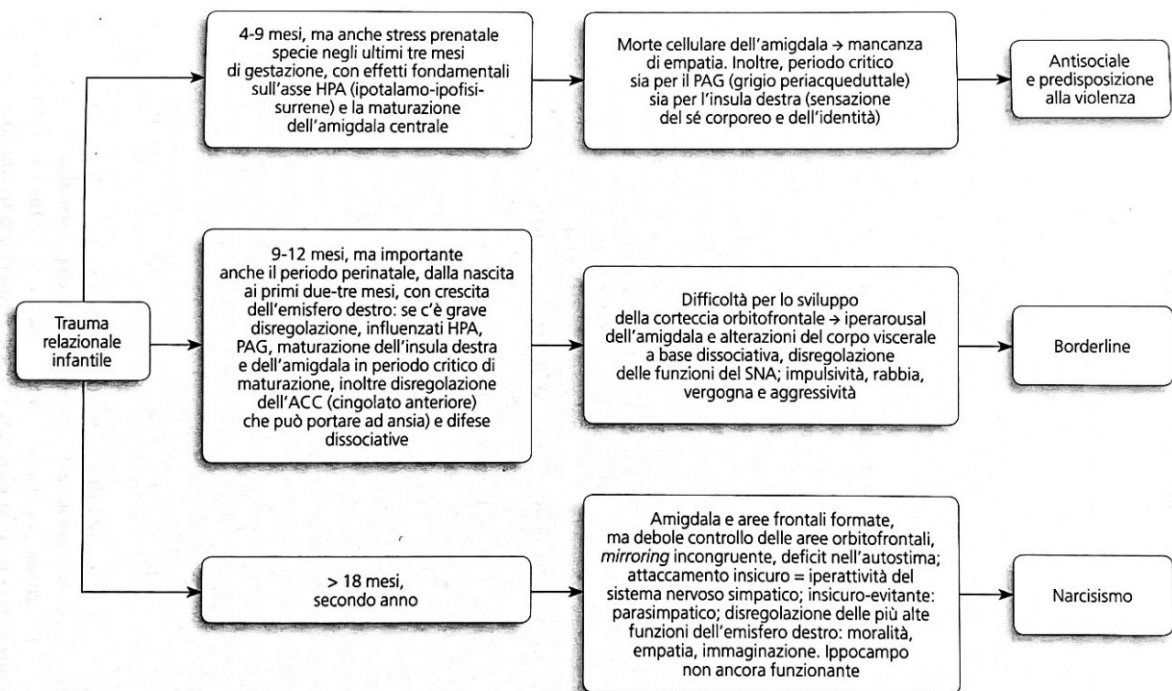


Figura 1.8 Modello eziologico di sviluppo dei disturbi di personalità (da A. Schore 1994-2019).

(Mucci, 2020, p.41)

C. Mucci (2020), nel libro “Corpi borderline”, riporta che diversi studi di neuroimaging hanno evidenziato che alla base del DBP vi sia un’iperattivazione dell’amigdala e del sistema limbico, due aree cerebrali normalmente implicate nel controllo della paura, della rabbia e dell’impulsività (Donegan et al., 2003; Lis et al., 2007; Guorong et al., 2016). Donegan et al. (2003) hanno rilevato un’iperattivazione dell’amigdala sinistra nei pazienti borderline rispetto a un gruppo di controllo mentre osservavano volti che esprimevano emozioni; l’iperattivazione dell’amigdala è strettamente connessa con l’ipervigilanza adattiva che il bambino originariamente adottava per sopravvivere in un ambiente imprevedibile (Mucci, 2020).

Nell'adulto borderline, l'iperreattività dell'amigdala può condurre a interpretazioni errate di espressioni neutre o ambigue, nella vita quotidiana così come in sede terapeutica (Gabbard, 2015).

C. Mucci (2020) sottolinea che, in molti casi, l'amigdala e l'ippocampo presentano una riduzione volumetrica significativa, conseguente alla morte cellulare per eccesso di glucorticoidi di origine traumatica (Donegan et al., 2003; Lis et al., 2007; Guorong et al., 2016).

L'ipotesi che i traumi cumulativi siano determinanti nelle modificazioni anatomiche cerebrali è confermata da M. Poletti (2011), il quale, nell'articolo "Aspetti evolutivi del Disturbo Borderline di Personalità", sottolinea che i pattern di attivazione neurale dei pazienti borderline sono simili a quelli dei pazienti con disturbo post-traumatico da stress. G. Gabbard (2015) riporta che la riduzione del volume dell'ippocampo spiegherebbe le difficoltà dei pazienti borderline nell'associare simbolicamente le relazioni odierne con quelle passate, scorgervi dei punti in comune e, soprattutto, imparare da esse: ciò spiegherebbe la loro tendenza alla coazione a ripetere (Freud, 1914).

Inoltre, attraverso tecniche di risonanza magnetica, è stato rilevato un volume ridotto anche del lobo frontale e orbitofrontale: uno studio di Silbersweig et al. (2007), intitolato "Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder", ha dimostrato che i pazienti borderline presentano un'ipoattivazione della corteccia prefrontale ventromediale, che non consente di controbilanciare l'iperattività dell'amigdala in situazioni emotivamente attivanti, con conseguente difficoltà a ritrovare la calma (Gabbard, 2015).

P. Hergoz et al. (2022), nell'articolo "How childhood maltreatment alters perception and cognition - the predictive processing account of borderline personality disorder", assumono come stella polare il modello biopsicosociale e mettono in luce come i traumi infantili possano influire sul sistema percettivo del bambino e ostacolare il corretto

sviluppo dei modelli predittivi del mondo; inoltre, sottolineano come tali vissuti negativi s'intreccino con aspetti neuroscientifici, dando origine ai sintomi tipici del DBP, quali disregolazione emotiva, rabbia e acting out.

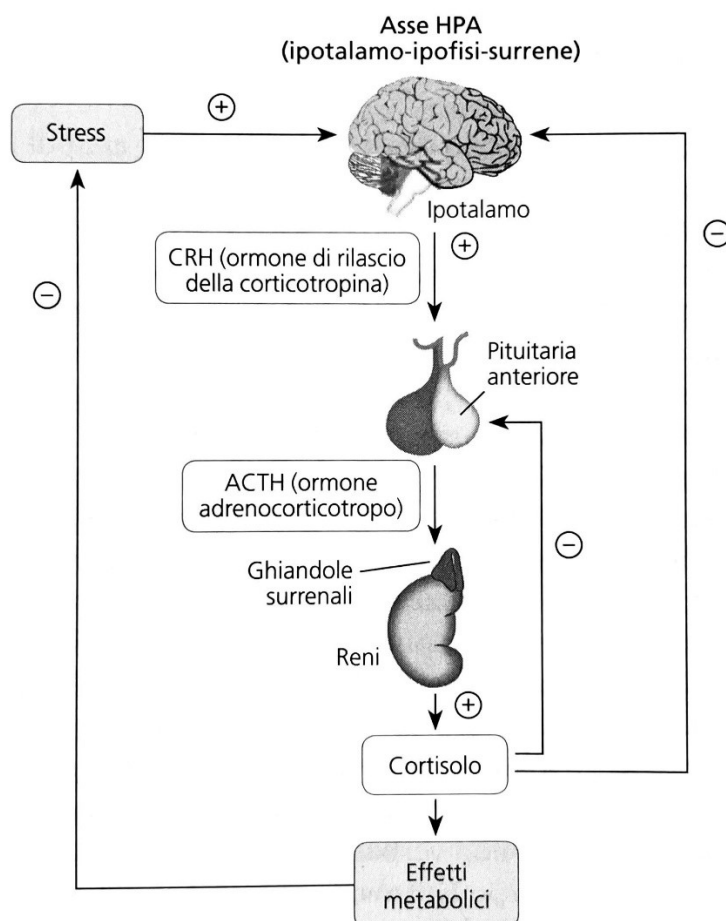


Figura 2.1 Risposta allo stress e attivazione dell'asse HPA (ipotalamo-ipofisi-surrene).

(Mucci, 2020, p.60)

Dal punto di vista neurobiologico, gli studi di P. Herzog et al. (2022) suggeriscono che il maltrattamento infantile agisce sui geni legati alla dopamina, alla serotonina, all'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e ai neuropeptidi.

Ad esempio, è stato dimostrato che il ridotto controllo inibitorio della corteccia prefrontale è associato al coinvolgimento del sistema dopaminergico, come evidenziato dai farmaci antipsicotici che bloccano il recettore della dopamina D2 (DRD2): la

dopamina, infatti, gioca un ruolo cruciale nella codifica della precisione delle convinzioni che guidano scelte e comportamenti.

Ne consegue che i pazienti con DBP hanno bisogno di esperienze emozionali correttive costanti (Alexander, 1946): il loro sistema nervoso deve affrontare un grande sforzo per modificare rappresentazioni oggettuali consolidate nel tempo attraverso dopamina e rinforzi (Herzog et al., 2022).

Herzog et al. (2022), per spiegare le cause eziopatologiche del deficit di mentalizzazione (Bateman et al., 2006) e dell'alessitimia (Sifneos et al., 1973) nei pazienti borderline, forniscono l'esempio di una madre che rimprovera il figlio per il semplice fatto di piangere, senza comprenderlo.

In questo modo, il genitore non fornisce un modello adeguato di espressione emotiva durante lo sviluppo neurologico: ne consegue, fin dalla tenera età, una seria difficoltà a simbolizzare e comunicare gli stati emotivi, con conseguenti modelli impoveriti di sé e degli altri.

Un ulteriore esempio è quello di una madre che, passando improvvisamente da momenti di affetto a rimproveri ingiustificati, fa credere al figlio che il comportamento degli altri sia imprevedibile: se ciò avviene frequentemente, il bambino può imparare a non fidarsi delle proprie percezioni e convinzioni, e adotta strategie di regolazione emotiva inefficaci come soppressione, ruminazione ed evitamento, che permarranno anche in età adulta (Herzog et al., 2022).

Il modello biopsicosociale (Paris, 1997) suggerisce che, oltre ai traumi vissuti direttamente sulla propria pelle, gli individui con DBP possono ereditare anche i traumi iscritti nella memoria genomica dei genitori (Mucci, 2020).

Dal punto di vista neuroscientifico, ricerche in psicologia hanno dimostrato che gli effetti di un trauma possono modificare i marcatori epigenetici, senza però alterare il codice genetico presente nel DNA: la teoria transgenerazionale, che si basa sulla trasmissione

dell'epigenoma, riguarda particolarmente il periodo della gravidanza, dal concepimento alla nascita (Lehrner et al., 2018).

Uno studio condotto da B. Dias et al. (2014), intitolato “Parental olfactory experience influences behavior and neural structure in subsequent generations”, ha dimostrato che topi addestrati a temere l'odore delle ciliegie, associandolo ad una scossa elettrica, hanno procreato cuccioli (della prima e della seconda generazione) che mostravano segni di ansia quando esposti al medesimo odore, nonostante non avessero mai vissuto quell'esperienza traumatica: analizzando il DNA della prole, i ricercatori hanno scoperto che uno dei geni olfattivi presentava una metilazione.

Un ulteriore esempio di epigenetica comportamentale negli animali è fornito da uno studio condotto da T. Bale (2015), pubblicato con il titolo “Epigenetic and transgenerational reprogramming of brain development”: in questa ricerca sono stati allevati topi maschi in condizioni che simulavano un'infanzia traumatica, ad esempio inclinando le loro gabbie o tenendo le luci accese durante la notte.

I risultati hanno dimostrato che, in risposta a queste esperienze, i topi e la loro prole hanno manifestato modifiche nel comportamento genico legato alla gestione dello stress, mostrando una minore reattività agli ormoni dello stress rispetto ad un gruppo di controllo (Bale, 2015).

A conferma di quanto esposto, L. Maurex et al. (2010) hanno condotto uno studio longitudinale esaminando 77 donne, tra i 18 e i 50 anni, con diagnosi di DBP, successivamente pubblicato con il titolo “The serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) and affective symptoms among women diagnosed with borderline personality disorder”.

I risultati di questo studio suggeriscono che i traumi infantili possono comportare la metilazione della regione polimorfica che codifica per il trasportatore della serotonina (Serotonin Transporter Gene-Linked Polymorphic Region, 5-HTTLPR), influenzando la

sintomatologia borderline: tale metilazione è trasmissibile da genitori a figli (Maurex et al., 2010).

Le ricerche sulla metilazione epigenetica e sulla trasmissione transgenerazionale del DBP sono in forte espansione, aprendo nuove prospettive per migliorare la comprensione di questa condizione psicopatologica.

2.3 Il Disturbo Borderline di Personalità esternalizzante-estroverso e internalizzante-introverso: l'ipotesi applicativa dei “Tipi Psicologici” di C. G. Jung

Come si evince dai criteri diagnostici dei diversi sistemi classificatori, il DBP presenta una complessità di sintomi che variano significativamente da individuo a individuo.

In particolare, il DBP può caratterizzarsi per una sintomatologia maggiormente esternalizzante o internalizzante (Allen et al., 2020): è fondamentale che i professionisti della salute mentale considerino queste differenze nella diagnosi e nel trattamento, personalizzando gli interventi in base alle specifiche esigenze del paziente.

È importante ricordare che non esistono profili “puri”, ma profili sintomatologici che possono fungere da guida per facilitare un approccio terapeutico più mirato ed efficace.

N. Eaton et al. (2011), nell'articolo “Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders”, hanno evidenziato come il DBP sia frequentemente associato ad altre diagnosi psichiatriche: per questo motivo è stata analizzata la struttura sottostante a queste comorbidità e ne è emerso un modello a due dimensioni fondamentali della psicopatologia.

La prima dimensione fondamentale è definita esternalizzante e induce a sperimentare disturbi disinibitori come il disturbo della condotta, il disturbo antisociale di personalità

e disturbi correlati all'uso di sostanze; la seconda dimensione fondamentale è definita internalizzante e induce a sperimentare disturbi ansioso-evitanti e depressivi.

Più specificatamente, diversi studi hanno concettualizzato che la dimensione internalizzante è composta da due sottofattori principali: angoscia e paura.

Il sottofattore angoscia è associato a disturbi come il disturbo d'ansia generalizzato, la depressione maggiore e la distimia; il sottofattore paura è associato a disturbi come il disturbo di panico, la fobia sociale e le fobie specifiche (Eaton et al., 2011).

L'articolo di J. Allen et al. (2020), "Borderline Personality Disorder symptom comorbidity within a high externalizing sample: Relationship to the internalizing externalizing dimensional structure of psychopathology", conferma i risultati emersi dallo studio di N. Eaton et al. (2011) e colloca il DBP sulla "linea di confine" tra la psicopatologia esternalizzante e il sottofattore "disagio" della psicopatologia internalizzante, sia nei maschi che nelle femmine.

J. Allen et al. (2020) teorizzano che i sintomi del DBP possono essere indicativi di una maggiore propensione alla disregolazione esternalizzante o al disagio internalizzante: ad esempio, nel caso di pazienti con DBP che giungono all'osservazione clinica per abuso di sostanze, si può ipotizzare che i sintomi specifici del disturbo borderline siano influenzati da una particolare propensione alla patologia esternalizzante rispetto a quella internalizzante.

La dimensione esternalizzante o internalizzante è, infatti, la struttura latente che determina variazioni nella sintomatologia del DBP e può fornire preziose informazioni sull'eziologia del disturbo, ad esempio i fattori di rischio condivisi secondo il modello biopsicosociale (Allen et al., 2020).

I sintomi esternalizzanti del DBP si manifestano principalmente attraverso rapide e intense fluttuazioni dell'umore, esplosioni di rabbia incontrollabile, trasgressione delle

norme, comportamenti impulsivi e autodistruttivi (acting out), fino ai tentativi di suicidio (Kernberg, 1995).

Come precedentemente illustrato, alcuni esempi di acting out sono la guida spericolata, lo shopping compulsivo, le abbuffate, l'abuso di sostanze, la promiscuità sessuale: questi comportamenti rappresentano modalità di autoregolazione emotiva che l'individuo agisce sulla realtà esterna (Kernberg, 1985).

Tra le principali comorbidità del DBP esternalizzante si annoverano dunque i disturbi della condotta, i disturbi correlati all'uso di sostanze e i disturbi alimentari, che si manifestano attraverso comportamenti impulsivi e modalità di autoregolazione esternalizzanti (Lingiardi et al., 2022).

I sintomi internalizzanti del DBP, invece, si rivolgono e si mantengono all'interno dell'individuo e comprendono: ipercontrollo dei propri stati interni cognitivi ed emotivi, rimuginio ossessivo, pensieri paranoici e sintomi dissociativi, sentimenti di colpa, ansia e depressione.

Spesso la bassa autostima, l'autosvalutazione delle proprie abilità e la paura del giudizio causano difficoltà scolastico-lavorative e relazionali che, nei casi più gravi, possono sconfinare nel ritiro sociale; non sono rare le somatizzazioni come mal di testa, problemi gastrointestinali ed eruzioni cutanee, dovute alla difficoltà ad esprimere il profondo disagio psicologico (Mucci, 2020).

Questa differenziazione testimonia come molti pazienti con DBP, pur non manifestando sintomi "esplosivi", possono comunque celare una profonda sofferenza interiore che compromette significativamente la loro quotidianità.

Ecco che le principali comorbidità del DBP internalizzante comprendono i disturbi d'ansia, depressivi, ossessivi e psicosomatici (Lingiardi et al., 2022).

C. Jung (1921) interpretava la sintomatologia esternalizzante e internalizzante dei disturbi psichici alla luce dei "Tipi psicologici".

Secondo il padre della psicologia analitica, i sintomi comunicano uno squilibrio a livello degli atteggiamenti (estroversione e introversione) e delle funzioni (pensiero, sentimento, sensazione e intuizione) che governano la psiche di ciascun individuo e che consentono un adattamento alla realtà: oggi il suo prezioso contributo allo studio della personalità può essere applicato alla differente espressione sintomatologica del DBP.

C. Jung (1921) sosteneva che in ciascuno di noi prevale, per attitudine innata che poi si combina con le influenze ambientali (modello biopsicosociale secondo J. Paris, 1997), l'atteggiamento estroverso o quello introverso (si potrebbe affermare che mentre l'uno è "in luce", l'altro è "in ombra"): nel caso dell'estroversione, l'individuo sembra difendersi dal proprio mondo interno indirizzando la libido verso il mondo esterno; nel caso dell'introversione, si verifica il contrario.

Allo stesso modo, le funzioni "razionali" (pensiero e sentimento) sono opposte l'una all'altra, così come le funzioni "irrazionali" (sensazione e intuizione).

Ogni individuo possiede tutte le funzioni, anche se una funzione, definita "superiore", è più ampiamente sviluppata: ne consegue che la funzione antitetica, definita "inferiore", *"si sviluppa regressivamente, ritorna cioè ai suoi stati arcaici precedenti, diventando così incompatibile con la funzione cosciente e favorita"* (Jung, 1921, p.484).

La funzione superiore è sempre accompagnata da un'altra funzione, definita "sussidiaria", che è meno differenziata ma parzialmente determinante; la funzione "mediatrice" è opposta a quella sussidiaria (la contrapposizione è, tuttavia, meno intensa rispetto a quella che sussiste tra la funzione superiore e quella inferiore) e funge da ponte tra la coscienza e l'inconscio (Jung, 1921).

Si ipotizza che il profilo esternalizzante del DBP possa riflettere un'inflexibile disposizione in termini di sentimento estroverso, mentre il profilo internalizzante del DBP in termini di pensiero introverso.

Nel primo caso, essendo che l'atteggiamento introverso e la funzione pensiero agiscono a livello parzialmente inconscio, si assiste normalmente, e soprattutto nei momenti di particolare crisi emotiva, ad uno zampillare irrequieto di sentimento senz'ordine: la difficoltà a decantare gli stati emotivi attraverso il pensiero ostacola l'accesso al simbolico (difetto che, per l'appunto, si riscontra negli acting out, come sostiene O. Kernberg, 1985).

L'individuo fatica a riconoscere, canalizzare ed esprimere a parole le emozioni più intense (come la tristezza, la delusione e la rabbia) e, dal momento che la sua libido è completamente orientata verso l'esterno, tende ad esorcizzare il caos interiore servendosi di quella funzione ausiliaria che è l'"altro".

La ricerca spasmodica dell'"altro" - inteso come cibo per colmare il senso di vuoto, come partner occasionale su cui scaricare la libido, come sostanza stupefacente per evadere dalla penosa desolazione interna - richiama lo stato dell'infante che, invaso da elementi beta mai elaborati, ricerca una funzione alfa in grado di farsi carico della loro carica patogena e di trasformarli in elementi alfa (Ferro, 2002).

Nel caso del DBP esternalizzante, l'esterno diventa uno specchio che riflette l'emotività caotica, non masticata e tantomeno digerita, dell'individuo: basti pensare alle relazioni interpersonali burrascose, ai rapporti sessuali promiscui, alle sostanze psicotrope a cui si aggrappano questa categoria di pazienti come fuga dal proprio mondo interno (Kernberg, 1985).

“Abbiamo già veduto come il tipo di sentimento estroverso reprima soprattutto il suo pensiero, giacché proprio il pensiero è particolarmente adatto a turbare il sentimento... Il pensiero del tipo sentimento estroverso è quindi, in quanto funzione autonoma, rimosso. Tuttavia, come ho già detto, esso non è rimosso completamente, ma solo fin tanto che la sua logica inesorabile lo costringe a conclusioni che non corrispondono al sentimento.

Esso, però, può continuare a sussistere come servitore del sentimento, o, per meglio dire, come suo schiavo... Questo pensiero è infantile, arcaico e negativo... Il pensiero inconscio raggiunge la superficie sotto forma di idee subitanee, spesso di natura ossessiva, che hanno sempre carattere negativo e svalutativo.”

(Jung, 1921, pp. 391-392)

Nel secondo caso, l'atteggiamento estroverso e la funzione sentimento agiscono a livello parzialmente inconscio e bussano alle porte della psiche con intento catartico; tuttavia, la libido non viene diretta verso l'oggetto, ma si ritira e si sedimenta nel soggetto stesso, tutt'al più viene minuziosamente neutralizzata attraverso l'attività cognitiva (Jung, 1921). L'inconscio, per quanto sia separato dal soggetto cosciente, torna sempre a farsi vivo attraverso la sintomatologia che, in questo caso specifico, tenderà ad assumere le tematiche e le connotazioni affettive della funzione sentimento denegata, rivolgendole contro il Sé.

Nel caso dell'introversione passiva, *“il soggetto non è in grado di riportare nuovamente sull'oggetto la libido che da questo rifluisce”* (Jung, 1921, p.505): ad esempio, la rabbia denegata causata da un abbandono potrebbe facilmente tramutarsi in pensieri ossessivi di autoaccusa, oppure il senso di oppressione per una difficile situazione familiare potrebbe richiamare l'attenzione dell'Io attraverso una difficoltosa respirazione o uno sfogo cutaneo.

“Con l'isolamento verso l'esterno, si accentua la lotta contro le influenze inconsce, le quali cominciano a mano a mano a paralizzarlo. L'accentuazione della sua tendenza alla solitudine dovrebbe proteggerlo dalle influenze inconsce, ma essa in genere lo conduce sempre più nel vivo del conflitto che lo consuma interiormente... Le funzioni parzialmente inconsce del sentimento, dell'intuizione e della sensazione, che si contrappongono a

questa forma di pensiero, sono meno differenziate e hanno un carattere primitivo ed estroverso cui sono da attribuire tutte le moleste influenze dell'oggetto che il tipo di pensiero introverso subisce.”

(Jung, 1921, pp. 422-423)

Si ipotizza altresì che il profilo esternalizzante del DBP possa manifestare un'eccedenza di sensazione estroversa.

“Il suo motivo costante è: sentire l'oggetto, avere sensazioni e possibilmente godere... Quando egli riceve una sensazione, è convinto che questa esaurisca tutto ciò che vi è di essenziale, di concreto e di reale; supposizioni che si affianchino ad essa o vi aggiungano alcunché hanno una ragion d'essere solo qualora rafforzino la sensazione. Non occorre che la rinforzino in senso piacevole, giacché questo tipo non è un gaudente banale: egli vuole soltanto la sensazione più forte e, conformemente alla sua natura, deve sempre ottenerla dall'esterno. Ciò che proviene dall'interno gli appare morboso e riprovevole.”

(Jung, 1921, pp. 397-398)

Come si evince dalle parole di C. Jung (1921), l'individuo con eccesso di sensazione estroversa è rivolto costantemente a ciò che vede, sente e percepisce nel qui ed ora.

La scarsa, se non assente, riflessività lo rende impulsivo, incapace di andare oltre l'esperienza sensoriale immediata e di sviluppare una percezione più intuitiva a lungo termine: ciò rimanda sia alla facile tendenza dei pazienti borderline a idealizzare/svalutare a breve termine amori, amicizie, progetti lavorativi ecc., sia agli acting out che gli conferiscono un immediato, seppur vano, senso di sollievo emotivo (Kernberg, 1985).

Inoltre, si ipotizza che il profilo internalizzante del DBP possa essere caratterizzato da un'esuberanza di intuizione introversa o estroversa (Jung, 1921).

L'individuo con un eccesso di intuizione può risultare molto immaginativo e riflessivo, interpretando tutto attraverso il proprio mondo di intuizioni e simboli, spesso a discapito di una percezione sensoriale più concreta.

Secondo C. Jung (1921), gli individui tendono a differenziare al massimo la funzione che, per disposizione naturale o per mezzi più efficaci, favorisce il loro adattamento e successo sociale.

A questo punto, sorge spontanea una domanda: quale motivazione può spiegare l'ampio sviluppo e il conseguente rafforzamento della funzione intuitiva nei pazienti borderline, specie se tale funzione non è la loro dominante per natura?

Anzitutto, in presenza di gravi trascuratezze durante l'infanzia, il bambino potrebbe difensivamente convogliare la propria libido dal mondo esterno, spesso deludente, a quello interno, trovando così rifugio, conforto e gratificazione "autoerotica" nei propri pensieri (Tambelli, 2017).

Questo meccanismo può predisporre un terreno favorevole allo sviluppo di una funzione intuitiva introversa.

Inoltre, S. Ferenczi (1932) evidenzia che il bambino sottoposto a continue vessazioni familiari può imparare a proteggersi anticipando le mosse del suo aggressore per evitare un totale annientamento psichico: da ciò si potrebbe concludere che la funzione intuitiva estroversa venga difensivamente favorita rispetto alla funzione sensazione, anche in età adulta.

La fiducia nelle proprie intuizioni, a scapito dei sensi, può essere interpretata come una strategia di sopravvivenza: di nuovo "pura intelligenza che preserva la vita", come afferma S. Ferenczi (1932), per prevedere le malvagità di un mondo percepito come ingiusto.

I termini da me sinora utilizzati, come “inflexibile disposizione”, “eccedenza” o “esuberanza”, sono indicativi di un assetto psichico rigido, che richiede un’integrazione degli atteggiamenti e delle funzioni “in ombra” (Jung, 1921).

È noto che i pazienti con DBP vivono i propri pensieri e le proprie emozioni “all’eccesso” e C. Jung, con il suo approccio umanizzante ai disturbi mentali, ha offerto una teorizzazione dei “Tipi psicologici” applicabile anche a questo disturbo di personalità, oggi fin troppo stigmatizzato.

In conclusione, C. Jung sostiene che nella vita occorre trovare un equilibrio tra gli atteggiamenti e le funzioni psichiche: ciò vale anche per il trattamento dei profili esternalizzanti e internalizzanti del DBP.

I profili esternalizzanti hanno la possibilità, attraverso la terapia, di riprendere contatto con le proprie emozioni, discernerele ed esprimerle in modo sano, senza agirle in maniera indifferenziata; i profili internalizzanti, invece, possono liberarsi dai sadici tribunali dell’anima e dar voce ad un’interiorità troppo spesso denegata... “per salvare l’altro”.

“Divenendo inconscia la funzione inferiore la sua energia residua viene trasferita nell’inconscio, che in tal modo viene attivato in modo innaturale. Da ciò nascono fantasie corrispondenti alla funzione divenuta arcaica. Una liberazione della funzione meno differenziata dall’inconscio per mezzo dell’analisi, può perciò aversi solo facendo affiorare le figurazioni inconsce della fantasia che erano state appunto suscitate dalla funzione divenuta inconscia. Rendendo coscienti queste fantasie anche la funzione inferiore viene riportata alla coscienza e avviata così verso una possibilità di sviluppo.”

(Jung, 1921, p. 484)

3. IL CASO DI ANTONY: UN ESEMPIO DI DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ ESTERNALIZZANTE

“Ma viene sempre il giorno in cui un uomo, per quanto eroe, per quanto poeta, non ce la fa più a vagare solo nel deserto. Viene sempre il momento in cui si stanca di vivere perché si stanca di perdere. Stroncato dalla nausea dice a se stesso bisogna-che-vinca-almeno-una-volta, e dicendolo pensa alla morte (ora addosso col suo profumo, vicina), quasi fosse una carta vincente.”

(Fallaci, 1979, p.571)

Questo capitolo è dedicato alla presentazione di un caso clinico emblematico rispetto alle teorizzazioni sul DBP sinora esposte.

“Il caso di Antony: l'uomo che giocava con la pistola” (2022) è stato affrontato da Y. Giannopoulos utilizzando il suo metodo personale, l'Intervento Breve Attivo (IBA), ed è stato da lui presentato in occasione del II European Congress on Personality Disorders con tema “Short Term Dynamic Psychoterapies and the Borderline Disorder”, Milano, 27-29 giugno 1996.

L'IBA, che ha un approccio multidimensionale e integrato, s'inscrive all'interno della cornice delle terapie dinamiche brevi; trattandosi di una terapia breve, essa deve essere di natura focale (Malan, 1976): il terapeuta e il paziente identificano cioè i nodi problematici durante la prima o la seconda seduta di anamnesi-valutazione (Gabbard, 2015).

Inoltre, l'intensità del trattamento può provocare angoscia: il terapeuta formula la sua ipotesi centrale in modo rapido e procede dall'interpretazione delle resistenze (che consistono nell'emersione delle difese caratterologiche del paziente) all'insight (cioè alla comprensione improvvisa e profonda di aspetti del Sé) molto precocemente e in modo incalzante (Gabbard, 2015).

Ciò è possibile soprattutto grazie alla tecnica del pressing maieutico (Davanloo, 1980), che mira a stimolare il paziente a portare alla luce informazioni e/o sentimenti repressi o inconsci: come sostiene F. Gustafson (1984), tale approccio d'intervento necessita di una base empatica, altrimenti il paziente si sente attaccato (Gabbard, 2015).

Il caso di Antony è rappresentativo in termini di brevità ed efficacia dell'IBA (diciassette incontri), efficacia che è stata avvalorata anche dai quattro follow-up successivi alla terapia (Giannopoulos, 2022).

È doveroso specificare che il paziente ha formalizzato il consenso affinché ogni seduta clinica potesse essere videoregistrata da Y. Giannopoulos, così come ogni riferimento all'identità del paziente è stato da me accuratamente celato in questa tesi, in rispetto delle norme etiche e professionali.

Antony è un giovane uomo di 29 anni quando si reca per la prima volta (il 25 novembre 1993) presso lo studio di Y. Giannopoulos: già dalla prima seduta di anamnesi-valutazione emergono dati che soddisfano ampiamente i criteri diagnostici per il DBP secondo il DSM-5-TR (APA, 2022).

Studente di legge, ad Antony mancano soltanto due esami per completare il suo percorso di studi.

La sua corporatura è alta e atletica, e manifesta un intrigante connubio tra una fisicità prestante e sensuale e un'acuta sofisticazione mentale.

Di estrazione sociale media, il paziente descrive la sua infanzia come “terribile”: la madre, da lui dipinta come “isterica”, esibiva frequenti crisi emotive accompagnate da manifestazioni psicosomatiche, generando in lui sentimenti di incertezza e vulnerabilità; il padre, che Antony idealizza in alcune circostanze e svaluta in altre, rivela il suo incessante bisogno di una figura maschile, autorevole (non autoritaria) e contenitiva, con cui non è mai riuscito a identificarsi.

La sorella, più piccola di due anni, viene additata come “un peso”, essendo che il paziente ha da sempre avvertito di avere molte responsabilità nei suoi confronti.

Questa ambivalenza nelle relazioni familiari ha contribuito a sviluppare una visione distorta di se stesso e una consistente instabilità emotiva, tipica del DBP.

Gli anni più difficili risalgono al periodo scolastico, durante il quale ha subito svariati episodi di bullismo: le violenze verbali e fisiche hanno generato in lui un profondo senso di umiliazione e impotenza, con conseguenti problematiche di autostima e difficoltà nelle relazioni sociali.

All’osservazione clinica, Antony presenta un umore molto instabile e irritabile, con oscillazioni che vanno dalla depressività alla motivazione, dall’abulia all’attività: viene così soddisfatto il criterio n°6 secondo il DSM-5-TR: *“Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell’umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni)”*.

Rispetto alla questione dell’identità personale, il paziente racconta di ritrovarsi spesso a riflettere su chi sia veramente: si sente inadeguato, un fallito; il suo vissuto interiore risponde al criterio n°3 secondo il DSM-5-TR: *“Alterazione dell’identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile”*.

Tali sentimenti negativi sono permeati da un profondo senso di vuoto, disinteresse e noia (criterio n°7 secondo il DSM-5-TR: *“Sentimenti cronici di vuoto”*) che, per compensazione, lo inducono a reazioni esternalizzanti, come fare uso di superalcolici, droghe leggere e psicofarmaci, andando così a soddisfare il criterio n°4 secondo il DSM-5-TR: *“Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es., spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate)”*.

Le relazioni interpersonali risentono inevitabilmente del suo stato d’animo: i suoi rapporti sono caotici, caratterizzati da incostanza, litigi, separazioni e ricongiungimenti; anche la sua sessualità risente di periodi di ipereccitabilità che si alternano a periodi di inappetenza

sessuale (criterio n°2 secondo il DSM-5-TR: *“Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall’alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione”*).

L’immagine metaforica per rappresentare Antony è quella di un ragno che tesse con cura la sua tela per poi distruggerla improvvisamente, senza motivo, perlomeno conscio.

Il paziente riferisce di aver intrapreso un percorso psicoterapeutico della durata di un anno, che tuttavia non ha portato a miglioramenti tangibili: è stato il suo ex psicoterapeuta a consigliargli l’IBA; inoltre, ha riferito di essersi sottoposto a un trattamento farmacologico con litio, sempre per un anno, senza evidenti benefici.

Dall’anamnesi psichiatrica emergono dati cruciali: due tentativi di suicidio e due ricoveri al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e di Cura (SPDC), segnali allarmanti di una profonda sofferenza emotiva e di un’urgente necessità di intervento terapeutico.

Il caso di Antony offre un chiaro esempio delle complessità e delle sfide associate al DBP, evidenziando la necessità di un approccio terapeutico tempestivo e mirato per affrontare l’instabilità emotionale, le difficoltà relazionali e i comportamenti autodistruttivi caratteristici di questa condizione.

In particolare, sulla base delle teorizzazioni precedentemente indagate, è possibile riscontrare in lui un tipo psicologico caratterizzato da un predominio delle funzioni sentimento e sensazione sul versante estroverso: l’assetto psichico inflessibile rappresenta il detonatore della sua condizione psicopatologica.

Riporto di seguito i passi salienti degli incontri tra Y. Giannopoulos e Antony, focalizzandomi sulla sintomatologia esternalizzante del paziente e analizzando le caratteristiche che soddisfano i criteri del DBP secondo il DSM-5-TR (APA, 2022), nonché il transfert, i meccanismi di difesa, gli acting out ecc.

Via via, commenterò anche le tecniche dell'IBA applicate al caso clinico in questione (dall'anamnesi-valutazione all'alleanza terapeutica, dal pressing sino alla gestione della rabbia, ecc.).

3.1 Anamnesi-valutazione: i criteri diagnostici rispondono al Disturbo Borderline di Personalità secondo il DSM-5-TR

(A= Antony – T= Terapeuta)

Antony entra, si siede e chiede:

A – Il Prof. X l'ha già contattata?

T – Sì, mi ha accennato qualcosa.

A – Le ha dato dati sufficienti o...

T – Preferisco rendermi conto personalmente della sua situazione. Voglio dirle che prendo sempre degli appunti e registro gli incontri per aver più completo il quadro della situazione. È d'accordo?

A – Sì, va bene.

Come segnalato in precedenza, è stato lo psicoterapeuta che ha seguito Antony per un anno a suggerirgli di rivolgersi a Y. Giannopoulos.

Fin dal primo istante, il paziente fa trapelare un intenso bisogno di controllo, difatti si preoccupa di cosa i due professionisti possano essersi comunicati in merito alla sua situazione; il terapeuta, prontamente, chiarisce che vuole conoscere il suo paziente personalmente e non per conto di terzi: il setting è uno spazio sacro e sicuro, i cui protagonisti sono esclusivamente loro due.

Questa restituzione infonde fiducia ad Antony e getta fin da subito le basi per costruire una solida alleanza terapeutica.

R. Greenson (1965) ha definito la relazione tra il terapeuta e il paziente “alleanza di lavoro”; G. Gabbard (2015) sottolinea che in tutte le forme di psicoterapia è importante instaurare e mantenere una solida alleanza terapeutica: infatti, una meta-analisi recente ha dimostrato che c'è una forte correlazione tra alleanza terapeutica ed esiti terapeutici positivi, come già si rese conto S. Freud.

G. Gabbard (2015) suggerisce di identificare precocemente gli obiettivi terapeutici e allearsi con gli aspetti egoici sani del paziente che mirano al raggiungimento di tali obiettivi: così, il paziente percepirà il terapeuta come un alleato che collabora con lui e non contro di lui.

L'alleanza terapeutica è più difficile da instaurare e mantenere lavorando con pazienti con un Io fragile e che tendono ad instaurare relazioni transferali turbolente, come nel caso dei pazienti borderline.

I motivi della consultazione: il cadavere congelato e il regno del non senso

T – Vorrei sapere da lei il motivo per il quale mi ha chiesto questo incontro.

A – Dolore che provo dal fatto che vivo (ride) l'80/90% del mio tempo in uno stato di odio e risentimento nei miei confronti. Immagini la situazione di una persona che dal momento in cui apre gli occhi la mattina avverte sul proprio petto il peso di dover trascinare un'esistenza che non sente come propria, che non lo soddisfa... una sorta di cadavere congelato! Ecco!

Come si evince dallo scambio riportato, una primissima tecnica dell'IBA si basa sul chiedere al paziente che cosa lo abbia portato a chiedere aiuto, così da iniziare a definire il focus d'intervento (Giannopoulos, 2022).

Fin dal primissimo incontro, è possibile osservare come Antony esprima un profondo senso di impotenza e nullità a fronte di un'esistenza a cui non riesce ad attribuire un significato; un profondo senso di autoaccusa e risentimento verso se stesso permea le motivazioni per cui anela la morte: i propri limiti cognitivi (nonostante sia dotato di una spiccata intelligenza), il carattere, la spiccata sensibilità (vista come un difetto), ecc.

Il paziente si sente vecchio: pur avendo soltanto 29 anni, parla come se si stesse avvicinando alla fine dei suoi giorni (*"in passato, quando queste cose mi aggredivano, godevo dell'energia della giovinezza"*); soprattutto dalle videoregistrazioni è possibile scorgere un atteggiamento teatrale, sia nella comunicazione verbale che non verbale, mentre Antony descrive la propria situazione attuale attraverso immagini e metafore (*"una sorta di cadavere congelato", "il regno del non senso"*).

Questo utilizzo delle immagini può riflettere una funzione simbolica, attraverso la quale il paziente cerca di esprimere un mondo interno complesso e intricato che altrimenti sarebbe difficile da verbalizzare, a causa di una forte componente alessitimica (Sifneos et al., 1973).

Come sostengono E. Faccio et al. (2010), le metafore non sono solo un espediente linguistico, bensì sono uno strumento eccellente per organizzare la realtà e il nostro pensiero in modo comprensibile e culturalmente condivisibile; le metafore sono centrali nella svolta narrativo-linguistica: lo psicoterapeuta orientato a "cavalcare l'onda delle metafore" ha spesso un approccio psicodinamico/umanistico, cerca di comprendere i sintomi all'interno di una cornice più ampia e simbolica, concede tutta la libertà di espressione per poter comunicare il proprio disagio e considera il linguaggio metaforico

come un modo che la persona ha per esprimere i propri traumi passati, i conflitti interiori e le dinamiche relazionali attuali.

È possibile osservare un massiccio ricorso all'intellettualizzazione (*"intelletto divisibile"*, *"anela e progetta la fine biologica della persona"*) - meccanismo di difesa maturo (Lingiardi, 2014) - attraverso il quale Antony tenta strenuamente di mantenere la distanza dai propri vissuti interni dolorosi; è altresì presente una fugace risata - riconducibile al meccanismo di difesa maturo dell'umorismo (Lingiardi, 2014) - per esorcizzare la carica emotiva di cui vestono le sue parole.

Degno di nota è l'appello metaforico al *"recinto"*, che contempla l'assenza di punti di riferimento e contenimento: la costituzione di un setting terapeutico definito, sicuro e supportivo diventa cruciale, sia per affrontare le emozioni intense e le esperienze di vita del paziente, sia per favorire l'instaurazione di schemi relazionali più adattivi nel tempo.

Gli acting out e i tentativi di suicidio

A – Non avevo più motivazioni, ero stufo, non ce la facevo più, non avevo energia, non mi interessava niente... ero congelato, un cadavere! Allora decido: ok, finiamola, usciamone onorevolmente. I dettagli, non so se le interessano, comunque sono... era successo che si era sparato un ragazzo della mia scuola un anno prima, io avevo una pistola a casa e mi impossessai di codesta pistola...

Antony, già durante la prima seduta di anamnesi-valutazione, parla apertamente della sua prima ideazione suicidaria, andando così a soddisfare il criterio diagnostico n°5 del DSM-5-TR: *"Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante"*.

All'età di 19 anni, dopo aver conseguito la maturità classica, s'iscrive alla Facoltà di Giurisprudenza, inizialmente con grande entusiasmo e ottimi risultati accademici: tuttavia, prova ben presto un gelido senso di disillusione.

Riconosce di trascurare altri aspetti fondamentali della vita, come la cura del corpo (ridendo: *“non ho mai praticato uno sport, sono fondamentalmente un'ameba fisicamente”*): è interessante notare come, ancora una volta, il paziente svaluti se stesso nonostante la realtà tangibile indichi il contrario (è di costituzione atletica).

Altra particolarità è che l'arma con cui Antony aveva pianificato di togliersi la vita fosse la pistola *“del padre”* (non dice *“di mio padre”*): è come se, a livello simbolico, impugnasse il fallo paterno/il paterno fallace (effettivamente vissuto come fallimentare, debole, inconsistente) e lo investisse di forza e determinazione nel perseguire un obiettivo: quello di dar fine alla propria vita; in sostanza, la decisione di suicidarsi può riflettere una forma di ribellione contro una figura paterna percepita come debole e impotente.

A – Poi ebbi uno sfogo di vitalità improvvisa e cominciai a frequentare un sacco di gente, giravo continuamente, mi ubriacavo selvaggiamente. Tornai in collegio, dormivo due ore a notte. Ebbi un bell'anno ed ebbi una storia d'amore con una ragazza che ai miei occhi, a quel tempo, rappresentava quanto di massimo potesse esserci. Era una donna esplosiva, una donna con la quinta di reggiseno ed era stupenda, era colta, aveva viaggiato dappertutto, fu una storia bellissima.

Antony racconta di essere tornato a vivere con i suoi genitori per un breve periodo di tempo dopo che la sua prima ideazione suicidaria era stata sventata; riprende a studiare e a dare esami ma, al contempo, viene inebriato da una vitalità eccessiva, ingestibile, che lo spinge a trascorrere molto tempo fuori casa, a socializzare intensamente, a ubriacarsi e

a trascurare il riposo (una volta tornato in collegio, arriva a dormire anche solo due ore per notte).

Tali vissuti esternalizzanti richiamano il concetto di acting out (Kernberg, 1985), che si rifà al criterio diagnostico n°4 del DSM-5-TR: *“Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es., spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate)”*.

Inoltre, il paziente racconta di aver conosciuto una ragazza, da lui descritta come *“quanto di massimo potesse esserci”*, con cui intraprende una profonda storia d’amore: tuttavia, all’eccessiva idealizzazione della ragazza corrisponde una netta svalutazione di se stesso (criterio diagnostico n°2 del DSM-5-TR: *“Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall’alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione”*).

A – Successe che durante quell’estate l’energia scemò nuovamente e mi ritrovai a gestire tante cose difficili. Il fatto che non mi sentissi più in grado di andare avanti con gli esami, il fatto che con la ragazza mi sentivo inadeguato... non ero quello che volevo essere e non ero quello che pensavo fosse giusto dovessi essere per poter godere del suo affetto, della sua stima. E insomma tentai una seconda volta il suicidio con un paio di scatole di Tavor.

Nel paziente si scatena un insopportabile senso di inadeguatezza relazionale che si somma al già presente e angoscioso stato di paralisi nell’adempire ai propri doveri universitari: si assiste dunque ad una strenua lotta tra un Super-Io debole, caratterizzato da mancanza di confini, irresponsabilità e acting out, e un Super-Io sadico, che dirige un concerto di autoaccuse, risentimento e senso di impotenza (Freud, 1920).

Ne consegue non tanto un'ideazione suicidaria, bensì un tentativo di suicidio dettato più dall'impulsività che dalla premeditazione: Antony assume due scatole di benzodiazepine che, come effetto collaterale, lo fanno sprofondare in un lungo sonno letargico; a seguito di quest'ultimo tentativo di suicidio, il paziente viene ricoverato per una settimana presso il reparto di psichiatria.

L'identità instabile: sono omosessuale?

A – Poi ad un certo punto ho deciso di dare un taglio. Cosa successe? Avevo conosciuto un amico. È un omosessuale lui. Io non sono un omosessuale, però gli piaceva la mia compagnia. E a me andava benissimo perché era un uomo a cui piaceva per esempio Bach, come anche a me, gli piaceva l'architettura, la storia dell'arte, sapeva disquisire di letteratura, di filosofia.

Mi piaceva tantissimo la sua compagnia. Fu un'anomala storia di... una sorta di omosessualità non compiuta, nel senso che non c'era niente di fisico. Anche se avessi avuto dei dubbi allora, me li chiarii.

Antony sceglie impulsivamente di raggiungere un suo amico omosessuale negli Stati Uniti, nonostante debba frequentare le lezioni universitarie nella città in cui vive.

Il paziente ammette di aver avuto dei dubbi circa il proprio orientamento sessuale: riflette sull'affinità intellettuale che condivideva con l'amico e descrive la relazione con lui come un' "omosessualità non compiuta", un'esperienza che gli ha permesso di darsi risposte sulla propria identità (tale dinamica risponde al criterio diagnostico n°3 del DSM-5-TR: "Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile").

Il corso da ufficiale nell'Esercito: un anelito all'autodeterminazione

A – Adoravo l'ambiente del corso ufficiali perché c'era da correre, da farsi male, da non dormire. Mi diedero un'attitudine militare paurosa. Io fui capo corso del mio corso ufficiali, fui anche eletto come migliore inquadratore della scuola (cambia tono di voce) però, dietro a questa facciata di così apparente realizzazione, io sapevo perché era così: perché mi dava soddisfazione farmi male.

T – Ha un senso masochistico questo?

A – Beh, sì. Come conseguenza logica, è un comportamento consequenziale alla considerazione che uno può avere di se stesso, se uno ha una triste considerazione di sé.

Desideroso di mettere un punto alla sua situazione, Antony decide di arruolarsi nell'Esercito, richiesta che viene approvata; ritorna prontamente in Italia, ristabilisce la relazione con il suo “grande amore” e, nel frattempo, colleziona una serie di esperienze sessuali, alimentando nuovamente una forte promiscuità.

Grazie alla sua forza di volontà e tenacia, Antony dimostra di possedere notevoli doti militari, al punto da diventare il “pupillo” dei suoi commilitoni e dei suoi superiori: finalmente, racconta, si sentiva “qualcuno”.

Il terapeuta lo incalza chiedendogli se ad un certo punto non fosse più necessario farsi del male, essendogli chiaro che il masochismo del suo paziente si stava trasformando in soddisfazione per un'identità che si stava via via delineando.

Antony risponde che si sentiva bene soltanto quando doveva gestire situazioni adrenaliniche che richiedevano una forte autodisciplina (ad esempio quando doveva correre con il freddo gelido e caricare di armi le vetture militari), mentre nei momenti di relativa quiete (ad esempio quando doveva fare controlli di routine in caserma), veniva sopraffatto da uno stato di intollerabile insofferenza.

È interessante notare come l'ambiente militare, con le sue regole e la sua disciplina, abbia permesso al paziente di rivendicare la propria mascolinità fino a quel momento sopraffatta, sia a causa di una difficoltosa identificazione con il padre, sia per il senso d'impotenza e d'ingiustizia vissuto negli anni in cui è stato vittima di bullismo.

Le relazioni instabili: tra coazione a ripetere e autosabotaggio

Una volta terminato il corso da ufficiale, Antony viene trasferito in un'altra città per proseguire la carriera militare ormai eccellentemente avviata; intraprende una nuova storia d'amore con una ragazza che non lo trascina sulle montagne russe dell'instabilità emotivo-relazionale: tuttavia, l'autosabotaggio è sempre in agguato e Antony comincia ad avvertire che "tutto è troppo perfetto", sia a livello lavorativo che amoroso.

A – Succedono ad un certo punto una serie di cose. Io non riuscivo a tollerare la storia d'amore, perché sentivo che prima o poi avrei ceduto e che tutto quello che lei credeva che io fossi non era vero e sentivo che sarebbe finita male e non volevo trascinarla con me. Allora mi ero fatto un programma. Avevo detto: aspettiamo che lei si laurei. Le davo una mano con gli esami, le ho preparato la tesi e quando si è laureata l'ho mandata da un mio parente che vive negli Stati Uniti. Avevo organizzato tutto: la macchina, l'appartamento, una cosa pazzesca.

Come si evince dal racconto di Antony, il fatto di sentirsi amato e la stabilità emotiva che caratterizzava il rapporto con la sua fidanzata lo ha spaventato e destabilizzato (d'altronde è sempre stato abituato a vivere nella promiscuità e nell'incertezza): le dinamiche attuate dal paziente si rifanno al criterio diagnostico n°1 del DSM-5-TR: "Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono".

Essendo che la sua paura era quella di essere abbandonato e di non essere in grado di sopportare il dolore della perdita, ha anticipato (senza alcuna motivazione tangibile e giustificabile) le mosse future (partorite dal suo immaginario catastrofico) della sua fidanzata.

Contro ogni aspettativa, una volta ritornata in Italia, la sua fidanzata era ancora più innamorata di prima; tuttavia, successivamente, quando la coppia stava per comprare casa, la ragazza ha lasciato Antony per un elicotterista americano, lasciandolo in uno stato di desolazione totale.

L'autosabotaggio è un elemento cruciale caratterizzante la storia di Antony: il terapeuta incalza il paziente a riflettere su come lui stesso abbia attivamente creato tutte le condizioni necessarie affinché venisse lasciato dalla sua fidanzata, per poi soffrire terribilmente nel momento in cui è stato effettivamente abbandonato.

Tale dinamica richiama il concetto di coazione a ripetere (Freud, 1914): il benessere relazionale può riattivare le emozioni legate al trauma dell'abbandono e, nel caso di Antony, lo ha spinto a mettere in atto comportamenti autodistruttivi.

Il setting come contenimento emotivo: il “recinto” comincia a tratteggiarsi

A – Lei non può immaginare la quantità paurosa di tempo che riesco a perdere. Ho ventinove anni e mi mancano ancora tre esami per finire l'Università (sospira). Posso alzarmi? Le secca se passeggiavo mentre parlo? Le dà fastidio? (si alza in piedi)

T – Perché vuole farlo?

A – Perché quando mi sento cose emotivamente vicine, mi viene l'agitazione (cambia tono di voce) e devo muovermi.

T – Lo può fare benissimo anche da seduto sulla poltrona.

A – (ride) Ok, come vuole. Favorisco la respirazione se sto in piedi (si rimette a sedere).

Tra parentesi, non si può fumare qui dentro, vero?

T – Se vuole può fumare.

A – Se non le dispiace, allora mi sfogo in quest’altro senso (accende una sigaretta).

Come si evince dalle battute precedenti, ogni qualvolta Antony si affaccia al proprio mondo interno, viene sopraffatto da un profondo senso di inquietudine e agitazione che non riesce a verbalizzare a causa delle difficoltà di natura alessitimica (Sifneos et al., 1973), motivo per cui sente un intenso bisogno di muoversi: ciò testimonia il fatto che, nel suo privato, la disregolazione emotiva lo spinge all’acting out (uso di alcol, droghe, farmaci oppure incontri casuali e sessualità promiscua) per compensare il senso di vuoto o l’irrequietezza che, altrimenti, non sarebbe in grado di gestire.

A questo proposito, si può considerare valida l’ipotesi junghiana precedentemente indagata, secondo cui il tipo sentimento-sensazione, appartenente al versante estroverso, ogniqualvolta cade preda di stati emotivi intensi, fatica ad accedere alla funzione pensiero e, dunque, al simbolico: per di più, la risoluzione del caos interno deve avvenire prontamente nel qui ed ora, attraverso i sensi.

Il paziente si alza in piedi, spiega al terapeuta di avere un urgente bisogno di passeggiare nella stanza d’analisi per rilassarsi e rivolge un fugace: *“Le dà fastidio?”*, quasi a provocare e mettere alla prova il suo interlocutore (infatti non ha atteso il consenso del terapeuta prima di alzarsi).

Il terapeuta, senza cambiare tono di voce, con atteggiamento calmo e al contempo autorevole, lo invita a sedersi, sostenendo che può benissimo calmarsi anche da seduto; Antony ridacchia, come un bambino che tenta di provocare giocoso il padre, si siede e attacca nuovamente chiedendo: *“non si può fumare qui dentro, vero?”*.

Il terapeuta è pienamente consapevole di aver frustrato la prima richiesta del paziente: così, mostrando comprensione e flessibilità, gli concede di fumare... a patto che fumi una sola sigaretta!

Qual è l'immagine di sé che il terapeuta restituisce ad Antony?

L'immagine di un uomo, prima ancora che di un terapeuta, che non si lascia manipolare e che non si spaventa a fronte della disregolazione emotiva del paziente; pone dei limiti, conferendo ordine non solo al setting, ma anche all'atteggiamento di Antony, che ha vissuto da sempre nel caos e nell'assenza di regole: tali manovre terapeutiche si rifanno alle raccomandazioni di N. McWilliams (2012) precedentemente esposte, riguardo alla necessità di stabilire un setting solido e contenitivo, che permetta al paziente borderline di vivere e integrare il senso di contenimento che non ha mai sperimentato.

3.2 Gli incontri centrali

La presa in carico di Antony avviene a termine delle prime due sedute di anamnesi-valutazione.

Gli incontri centrali sono carichi di emotività e informazioni sul passato e presente di Antony: inserirò gli estratti più significativi, come quelli riguardanti l'infanzia del paziente, il difficile rapporto con la madre e con i pari, e il fallimento nell'identificazione con il padre.

Degno di nota è il dodicesimo incontro, in cui il paziente si lascerà andare ad un acting out, in occasione del quale il terapeuta applicherà le tecniche specifiche dell'IBA nel trattamento della rabbia con i pazienti borderline.

3.2.1 Gli anni dell'infanzia: il difficile rapporto con il materno e il bullismo

T – Le scuole elementari come sono state?

A – (ride) Orribili. Quando ero piccolo era orrendo perché ero ossessionato dal fatto che i miei fossero poveri. (sbuffa) E tutti mi menavano a scuola. Erano anni in cui mia madre lavorava duramente, aveva dei problemi per conto suo, due ulcere, cadeva in crisi depressive ogni tanto, si metteva a piangere. Negli ultimi anni si è stabilizzata ma, quando ero piccolo, mi ricordo era tremendo a casa perché stava sempre male.

Il terapeuta sa bene, fin dal primissimo incontro, che l'infanzia di Antony è uno degli aspetti più importanti da indagare; il paziente definisce la propria infanzia, in particolare il periodo delle scuole elementari, come orrenda.

Sostiene che, a causa delle proprie caratteristiche fisiche (era di statura bassa, con i capelli rossi e le lentiggini), è caduto nel mirino dei bulli, dai quali subiva passivamente violenze psicofisiche: dico passivamente poiché Antony, denigrandosi nel qui ed ora per il bambino che era, giustifica (e dunque già allora giustificava) l'incubo in cui s'era addentrato.

Si può notare come il paziente, già allora, tendesse ad un'attribuzione di causa interna (tipica credenza patogena alla base della depressività secondo N. McWilliams, 2012) e non stupisce che, nel qui ed ora, sia ancora presente un profondo senso di colpa e autosvalutazione (in occasione del primo incontro afferma: *“sono fondamentalmente un'ameba fisicamente”*).

Il clima di terrore delle scuole elementari, che Antony fatica persino a nominare (la sua risata cela una profonda sofferenza), era aggravato da una situazione familiare disfunzionale: la madre, anziché costituire un porto sicuro, anziché fungere da una

Nausicaa che rifocilla un Ulisse che giunge naufrago, non si prendeva emotivamente cura del figlio, rendendo impossibile lo sviluppo di una base sicura (Bowlby, 1969).

Il paziente dipinge la madre come un'isterica, sempre arrabbiata, con una facile tendenza alla violenza fisica; tuttavia, sfodera subito una giustificazione volta a scagionarla, ossia che in quegli anni sua madre soffriva di depressione ed era tormentata da due ulcere: è qui possibile discernere una testimonianza della teorizzazione ferencziana secondo cui il bambino, pur di salvare i tanto amati caregiver, non ammette la loro colpevolezza.

Antony aggiunge che entrambi i suoi genitori lavoravano moltissimo perché oberati da difficoltà economiche: uno dei motivi per cui si sentiva inferiore ai suoi compagni di scuola era proprio che credeva ciecamente che la sua famiglia fosse povera.

In tali casi, ove il bambino non gode dell'affetto e della stabilità emotiva del genitore, è molto probabile che la credenza patogena che s'instilla sia quella di non essere meritevole di amore, di essere cattivo: il meccanismo di difesa maturo è definito "volgersi contro il sé" (Lingiardi, 2014).

Un esempio rappresentativo è il seguente.

Un padre di famiglia deve allontanarsi per una missione militare: il bambino prova rabbia per l'abbandono, ma anche senso di colpa per non averlo apprezzato abbastanza quando era presente; il bambino proietta i propri sentimenti sul padre, ma non può tollerare l'idea che il padre sia arrabbiato od offeso e quindi li ri-introietta dentro di sé.

Da adulto cercherà di provare solo sentimenti positivi verso chi ama, senza riconoscere quelli negativi, ecco perché ci sono persone che rimangono assieme a partner abusanti credendo che, se riusciranno ad essere più buone, loro smetteranno di maltrattarle (McWilliams, 2012).

A – Cazzo, mi menavano forte! Tornavo a casa con lividi! Era una scuola elementare in cui non si andava per il sottile. C'era abbastanza da correre, saltare, bacchettare e via.

T – Riconosce che in quel periodo della sua vita era particolarmente debole?

A – Sì, assolutamente.

Antony, prima di addentrarsi nel ricordo delle scuole elementari, oppone resistenza attraverso il meccanismo di difesa primitivo della negazione (*“non ho ricordi delle elementari”*).

La negazione è un meccanismo di difesa, originariamente teorizzato da A. Freud (1934), attraverso il quale l'individuo rifiuta di riconoscere aspetti della realtà esterna o della propria esperienza evidenti per gli altri (Lingiardi, 2014).

La testimonianza è molto triste e commovente: il paziente veniva picchiato dai bulli a tal punto da tornare a casa con i lividi.

Ritenendosi debole e “senza scudo”, comprava la protezione da un compagno di classe più robusto: una merendina in cambio dell'incolumità.

L'affermazione *“c'era abbastanza da correre, saltare, bacchettare e via”* getta un ponte tra l'infanzia di Antony e il periodo di vita trascorso nell'esercito: emerge chiaramente che durante il corso da ufficiale, per identificazione con l'aggressore (Ferenczi, 1932), era lui il “bullo”, era lui a comandare.

E, se durante il periodo delle scuole elementari cercava la sua stella polare nel compagno più forte, durante il periodo nell'esercito la stella di ufficiale, portata sulla divisa, rappresentava il suo distintivo controfobico per sentirsi qualcuno, per sentirsi un uomo.

3.2.2 La ricerca dell'identificazione con la figura maschile

T – A chi assomiglia di più lei?

A – A mia madre.

T – Per quale motivo?

A – Perché ho la stessa natura, come posso dire, mia madre è una donna dai picchi opposti. Quando è in compagnia, mio padre è una patata, non fa un cazzo, è sempre lì, non sa ridere, non sa scherzare, non si butta. Mia madre invece beve, scherza, si accende una sigaretta anche se non fuma, cade in depressioni pazzesche, però nello stesso tempo è generosa, non ho mai visto mia madre tirarsi indietro davanti a niente.

Dopo aver discusso dell'infanzia e, in particolare, della figura materna, Antony si esprime riguardo l'immagine che ha di suo padre.

Comincia sostenendo di assomigliare maggiormente alla madre, una donna molto emotiva e tendente alla depressività, ma che sa anche essere divertente e generosa; di contro, il padre viene dipinto come “una patata”, un uomo senza spirito che non sa godere della compagnia.

Subito dopo aver additato il padre come “un bambino”, Antony prende consapevolezza della propria disperata ricerca di attenzioni e interessamento da parte del padre, che si manifesta attraverso provocazioni.

T – Lei ha detto che suo padre è una patata, che suo padre può definirsi come uno spento, con dei problemi: la relazione tra lei e lui è zero. Quindi che cosa sta cercando di dire?

Lei non ha mai avuto da suo padre quello di cui aveva bisogno. Allora questo tipo di provocazione che cerca di fare a suo padre non è altro che un modo per attirare la sua

attenzione, una richiesta di interessamento per lei, non per gli altri. È una mia impressione questa?

A – (silenzio) Sì, può essere.

Il terapeuta, utilizzando la tecnica del pressing (Giannopoulos, 2022), insiste e affonda rapidamente le resistenze di Antony (costellate di parolacce, di risate e di “non lo so”).

L'intellettualizzazione, di cui si serve il paziente per giustificare le proprie provocazioni (“per avere un padre come me lo immaginavo, più sciolto, più disinibito con mia madre e poi con tutta la gente con cui entrava in rapporto”), viene prontamente smantellata dal terapeuta: le provocazioni non hanno come obiettivo quello di “forgiare” il padre e renderlo più desiderabile agli occhi degli altri, bensì quello di ottenere attenzioni da lui.

Il terapeuta, mantenendo un atteggiamento autorevole, determinato e al contempo empatico, che si rifà al *modus operandi* raccomandato dall'IBA (Giannopoulos, 2022), restituisce una chiara interpretazione del materiale psichico consegnatogli da Antony: essendo che la relazione con suo padre “è zero”, è normale che abbia più volte cercato, parlando di “argomenti da uomini”, di ricevere interessamento e affetto da parte del genitore.

Si possono individuare due interventi del terapeuta lungo il continuum supportivo-espressivo: l'interpretazione e la validazione empatica (Gabbard, 2015).

L'interpretazione consiste in un'osservazione esplicativa che collega un pensiero, un sentimento, un comportamento o un sintomo al suo significato inconscio: rende conscio ciò che prima era inconscio.

La validazione empatica è una dimostrazione dell'empatia del terapeuta nei confronti del paziente; essa consiste sia nel far sentire il paziente compreso, che nel normalizzare ciò che prova: se il paziente sente che il terapeuta comprende il suo vissuto, è più probabile che ne accetti le interpretazioni.

Il paziente, fin dal primo incontro, ha liberamente esternato al terapeuta le proprie svariate esperienze in campo amoroso.

È utile chiedersi, essendo che si è trattato dello stesso tipo di provocazioni che Antony ha messo in atto con suo padre: se il terapeuta avesse reagito a quei racconti facendo trapelare qualche forma di imbarazzo o fastidio, come avrebbe reagito? Si sarebbe presentato agli incontri successivi?

Il paziente ammette di aver messo alla prova fin da subito il terapeuta: la ricerca del padre, del maschile integro, è cominciata non appena Antony ha varcato la soglia dello studio di Y. Giannopoulos.

T – E in questo rapporto ha avuto delle pacche sulla spalla?

A – No.

T – No, ma che cosa è successo, fino ad oggi, in questo rapporto di terapia?

A – (silenzio) È come se avessi ricominciato da quando ero bambino!

T – Esatto! E che cosa significa questo?

A – Che ho rivisitato vecchie stanze che avevo sempre tenuto chiuse.

Come riporta G. Gabbard (2015), alcuni psicoanalisti sostengono che il transfert si caratterizzi per due dimensioni, che si possono osservare anche nel caso di Antony:

1. Dimensione ripetitiva: il paziente si aspetta e teme che il terapeuta si comporti come si sono comportati i suoi genitori;
2. Dimensione da oggetto-Sé: il paziente desidera fortemente un'esperienza emozionale correttiva (Alexander, 1946) che non è avvenuta nell'infanzia e nemmeno nelle fasi successive di vita.

Secondo H. Kohut (1971), il terapeuta deve permettere al paziente di fare esperienza di un “altro Sé”, diverso dal precedente: tuttavia questo “altro Sé” non deve essere

disconosciuto dal paziente, difatti è fallimentare proporsi come figura alternativa forte senza prima aver ospitato le proiezioni del paziente; anzitutto occorre instaurare una solida alleanza terapeutica, veicolare l'identificazione del paziente e condurre al cambiamento (Gabbard, 2015).

Al termine dell'intenso scambio tra il terapeuta e il paziente, quest'ultimo rimane per qualche istante in silenzio per poi rispondere e condividere quanto emerso: l'insight avviene quando il paziente, incoraggiato dall'interpretazione del terapeuta, comprende perché pensa, sente o fa qualcosa (Gabbard, 2015).

L'esperienza emozionale correttiva (Alexander, 1946) si sta via via consolidando.

3.2.3 Il dodicesimo incontro: l'acting out e la gestione della rabbia con l'IBA

Il dodicesimo incontro è emblematico sia come esempio d'esternalizzazione della rabbia che nutrono i pazienti borderline, sia per l'efficace gestione di essa attraverso le tecniche dell'IBA.

Negli incontri precedenti, Antony ha mostrato importanti segni di miglioramento, che sono stati discussi con il terapeuta.

Ma, come afferma N. McWilliams (2012), il transfert dei pazienti borderline è molto intenso e dicotomico e, in questo incontro, è possibile identificare sia il tentativo del paziente di "decapitare" il terapeuta, sia quello di autosabotare l'intera terapia attraverso un acting out.

Antony arriva in seduta, si siede, tira su le maniche della maglia (come se fosse in procinto di azzuffarsi) e rivolge al terapeuta un finto, fugace sorriso (indice di mascheramento dell'aggressività).

Esordisce dicendo di stare male, molto male: prova senso di vuoto, disperazione, stanchezza; rievoca teatralmente, per attirare l'attenzione, l'idea del suicidio o quella di ritirarsi in un monastero.

In preda alla rabbia, grida che non esiste alcun rimedio alla sua complessa situazione; con aria beffarda, intima una provocazione al terapeuta, rimproverandolo di non ammettere che il suo è un caso perso.

Il paziente è convinto che il percorso psicoterapeutico passato e quello attuale abbiano in comune lo stesso esito: il terapeuta controbatte prontamente, gettando un ponte tra il passato e il presente, e sottolinea che la terapia precedente ha avuto un esito perché conclusasi, mentre quella attuale, essendo ancora in corso, no.

Interrompendolo, Antony ribadisce che si può parlare di esito infausto anche in questo caso *“perché manca la materia prima!”*: a detta sua, il terapeuta non gli ha detto la verità riguardo al suo sentirsi “non normale”.

Come si evince dalle battute seguenti, il paziente è molto arrabbiato e cerca uno scontro attivo: dall'altra parte il terapeuta non risponde alla sua rabbia, ma cerca di comprendere al meglio il contenuto del suo stato d'animo.

T – Qual è la materia prima?

A – (si avvicina minacciosamente al terapeuta) Una persona normale, motivata e seria, con una coscienza, con un senso di identità, con un punto di riferimento! Manca tutto questo: lei non me l'ha detto! Lei mi trattava come una persona normale!

T – Cosa intende per normale?

A – Penso che una persona che passa dieci anni della sua vita, dai venti ai trent'anni, pensando un giorno sì e un giorno no al suicidio probabilmente sarà una persona quasi normale, ma non è normale, ok? Non è normale!

Il terapeuta riporta il paziente nel qui ed ora e, con delicatezza, lo incoraggia ad esprimere e contestualizzare i propri vissuti interiori: ciò a dimostrazione del fatto che l'IBA raccomanda l'assunzione di un atteggiamento di autorevolezza e al contempo di calore ed empatia (Giannopoulos, 2022).

Infatti, un consistente cambiamento emotivo è avvenuto nell'intervallo di tempo tra l'ultima seduta e quella attuale.

T – È interessante quello che sta dicendo...

A – (interrompendo) Per lei è tutto molto interessante!

T – Sì che è molto interessante. Bisogna che...

A – (interrompendo) Può essere interessante per lei, per i suoi studi, per le conferenze con qualche suo amico, per le quattro chiacchiere che terrà con qualche suo collega. (urlando) Che cosa è interessante? Il mio caso assolutamente idiota non serve a niente, non è interessante!

T – Lei non è un caso, non è un numero, non è una discussione con i colleghi! Lei è una persona che attraversa un momento difficile della sua vita, della sua esistenza. Bene, allora mettiamo le cose in chiaro: se lei ha intenzione di farsi fuori, lo può fare tranquillamente!

Da questo confronto si desume la profonda paura del paziente, mascherata da provocazioni (“*per lei è tutto molto interessante*”), rabbia e grida, di rappresentare solo un numero per il terapeuta, di essere solo uno dei tanti pazienti in cura: ciò rimanda all'intenso bisogno di essere visto dal padre, di essere amato nella propria essenza; l'autosvalutazione è evidente: non solo si autodefinisce un caso, ma anche “*un caso assolutamente idiota*”.

Il terapeuta gli risponde che non è un mero caso clinico, bensì una persona, con la sua unicità e con le sue difficoltà; affronta di petto le provocazioni di suicidio, dicendogli che è assolutamente libero di comportarsi come meglio crede e mostra la correlazione tra il fatto che Antony non comunica con suo padre da tre settimane (intervallo di tempo che coincide con la penultima seduta) e il suo attuale stato d'animo depresso e arrabbiato.

Il paziente ironizza e svaluta i contenuti emersi nei precedenti incontri (che invece sono stati di fondamentale importanza) e, con sdegno, sostiene di non credere ai nessi causali emersi e indagati.

Il terapeuta non risponde alla provocazione e, con autorevolezza, mette Antony alle strette: se non ha fiducia nel suo terapeuta e non crede alle tematiche che stanno esplorando assieme, può prendere in seria considerazione l'opzione di concludere il percorso psicoterapeutico.

Il paziente, improvvisamente, si alza in piedi.

T – La prego di sedersi.

A – No, sto in piedi! Che cosa deve risolvere, io l'ho sempre saputo. Mi hanno battuto sulle spalle un sacco di persone e, se non mi battevano sulle spalle, mi dicevano: “Sei un fallito”. Non ci sono alternative: o sono un fallito o mi battevano sulle spalle. Non c'è altra soluzione.

T – Sì, la pregherei di sedersi.

A – (in modo secco e arrogante) No, sto in piedi! (silenzio) Ho bisogno di camminare!

T – Se lei ha bisogno di camminare, lo può fare dopo che abbiamo concluso il nostro incontro.

Il terapeuta, con autorevolezza e senza mai alzare la voce, invita Antony a sedersi, cercando di riportarlo nel qui ed ora e ridefinendo i ruoli; sottolinea che gli incontri sono

dedicati esclusivamente al paziente, ma ciò non implica che possa comportarsi come desidera.

Antony, visibilmente amareggiato e arrabbiato, esprime il suo malcontento, evidenziando come nella sua vita abbia ricevuto solo pacche sulle spalle che hanno alimentato un profondo schema di fallimento; continua a ripetere di non sentirsi una persona normale e di considerare la terapia come un'esperienza non riuscita: è convinto, infatti, che sia già fallita.

Il terapeuta, in modo empatico, riprende il confronto e aiuta Antony a riconoscere ed esprimere a parole il suo turbamento interiore, ma soprattutto a ricostruire la sua rabbia: il paziente crede che il peggioramento emotivo delle ultime settimane dipenda dal fatto che lui non sia guaribile e che il terapeuta lo abbia illuso rispetto a un possibile successo terapeutico.

Il terapeuta ridefinisce i ruoli e sottolinea i punti fermi della situazione attuale: Antony è ancora in terapia, nonostante si riferisca ad essa come qualcosa di già concluso.

Antony comincia a mentalizzare (Bateman e Fonagy, 2006), rendendosi conto dell'atteggiamento finora adottato e dell'impatto che potrebbe aver avuto sul suo interlocutore: si preoccupa, infatti, che il terapeuta possa essersi infastidito e che non veda l'ora che la seduta si concluda.

Questa preoccupazione sottende una credenza patogena: l'idea che esprimere la propria emotività porti inevitabilmente all'allontanamento, sia fisico che emotivo, delle persone che ama.

Come sostengono A. Bateman et al. (2006), favorire un generale potenziamento della capacità di mentalizzazione è uno dei principali scopi del percorso psicoterapeutico.

In questa cornice s'inserisce la funzione di osservatore del terapeuta; il terapeuta fornisce osservazioni da una prospettiva esterna (è come se il paziente si guardasse in un video) e sottolinea come certi pattern stabili del paziente siano espressione di conflitti e difficoltà

emozionali: il terapeuta deve oscillare tra l'osservazione da una prospettiva in terza persona e la validazione empatica di ciò che il paziente vive in prima persona (Gabbard, 2015).

A tal proposito, P. Fonagy (1999) sottolinea che un elemento cruciale per il cambiamento sta nella capacità crescente del paziente di “trovare se stesso” nella mente del terapeuta.

A. Ferro (2002) sostiene che, per sviluppare la mentalizzazione nel contesto psicoterapeutico, occorrono l'empatia, la chiarificazione, l'interpretazione e l'epochè (ossia la sospensione del giudizio).

È indispensabile potenziare “l'apparato per pensare i pensieri” (Ferro, 2002) affinché il paziente:

1. Distingua il proprio mondo interno da quello degli altri;
2. Diventi consapevole dei propri stati mentali;
3. Comprenda che il proprio comportamento deriva dalle proprie credenze che non necessariamente coincidono con quelle degli altri.

F. Pine (1985) suggerisce: “Batti il ferro quando è caldo”, ma N. McWilliams (2012) avverte che tale strategia funziona con i pazienti nevrotici, nel senso che il miglior momento per fare un'interpretazione è quando sono agitati, in modo tale che non utilizzino il meccanismo di difesa dell'intellettualizzazione.

Con i pazienti borderline bisogna aspettare che si tranquillizzino, altrimenti si sentono criticati: il terapeuta, infatti, approfondisce le motivazioni alla base della rabbia di Antony quando quest'ultimo si è calmato.

Siamo a fronte di un'esperienza emozionale correttiva (Alexander, 1946), dal momento che il terapeuta comunica al paziente che il materiale che ha portato in seduta, seppur carico di rabbia e angoscia, non è un ostacolo alla terapia, bensì un elemento importante da osservare in un'ottica funzionale e costruttiva.

In questo incontro, il terapeuta ha adottato la tecnica del pressing, accompagnando il paziente nel superamento della propria alessitimia (Sifneos, 1973), aiutandolo a riconoscere ed esprimere il proprio stato interno di intensa rabbia.

Come teorizzato da Y. Giannopoulos (2022) nel libro “L’Arco di Ulisse”, la gestione della rabbia si fonda su quattro regole:

1. La rabbia deve essere esteriorizzata.

Tuttavia, se viene espressa impulsivamente può distruggere (come nel caso di Antony), mentre se viene trattenuta devasta.

2. La rabbia deve essere dosata per le stesse ragioni sopra menzionate.

A questo proposito, l’autore parla di “giusta misura” (il “taglio d’oro” come solevano dire gli antichi Greci).

3. La rabbia deve essere indirizzata verso il/i diretto/i interessato/i.

Non deve essere esteriorizzata senza avere chiara la direzione, altrimenti sprigiona una forza annientatrice.

4. La rabbia deve essere trasformata in attività, dinamismo e determinazione per affrontare le varie difficoltà della vita e raggiungere i propri obiettivi.

È evidente come il terapeuta sia riuscito a creare un rapporto di fiducia con Antony, tanto da fargli provare la sicurezza e la libertà di esprimere a 360° il proprio mondo emotivo.

In particolare, il paziente si è sentito libero di sprigionare il proprio nucleo di rabbia che rappresenta un’energia potentissima: se viene liberata senza controllo può risultare distruttiva, se viene trattenuta o repressa provoca auto-devastazione; in quest’ultimo caso ne consegue un annientamento della psiche stessa con sintomi di varia natura, come alterazioni consistenti dell’umore ed episodi depressivi, sino ai tentativi di suicidio (Giannopoulos, 2022).

Una volta scaduto il tempo, il terapeuta chiede ad Antony come ha vissuto l’incontro.

Il paziente si difende attraverso il meccanismo della proiezione, che consiste nel considerare qualcosa di interno come esterno (Lingiardi, 2014), e cuce addosso al terapeuta gli atteggiamenti e le strategie che lui stesso ha adottato (*“non ha risposto alle domande che facevo, è andato indietro, perché?”*).

T – Molto interessante. Bene, per la settimana prossima sa i suoi impegni?

A – Preferirei lunedì.

T – Lunedì alle prime ore del pomeriggio, vero?

A – Quando lei si sente più pronto!

T – Prego?

A – Quando lei si sente più in forma!

T – Interessante.

A – Ma lei davvero ha visto un esorcismo?

T – Possiamo riparlare anche di questo, magari al momento opportuno, d'accordo?

A – Mmm, io ho visto un esorcista!

Antony continua a provocare il terapeuta (*“ma lei davvero ha visto un esorcismo?”*).

Il terapeuta non cede: scendere a compromessi e discutere della tematica proposta dal paziente significherebbe deviare l'attenzione dai suoi reali bisogni e mostrarsi manipolabile.

Come afferma N. McWilliams (2012), i pazienti con personalità borderline sono spesso molto intelligenti e sarebbe interessante discutere con loro riguardo argomenti diversi, ma è fondamentale mantenere i limiti.

Poco prima di lasciare lo studio, Antony appare molto più rilassato rispetto all'inizio della seduta, tuttavia non abbandona la sua strategia: sulla soglia, per l'ennesima volta, mette alla prova il terapeuta.

Le battute finali, che concludono il dodicesimo incontro, rilevano un tentativo manipolatorio, sebbene innegabilmente divertente, da parte del paziente.

Il terapeuta è consapevole che queste provocazioni sono simili a quelle che ha riservato a lungo al padre, con l'intento di ottenere una compliance nella dinamica genitore-figlio; inoltre, esse rappresentano un tentativo di verificare se il terapeuta, proprio come il padre, possa rivelarsi fallibile nella sua forza, autorevolezza e coerenza.

A – (con sorriso duro e altamente provocatorio) Viene a farsi un bicchierino di grappa con me al bar?

T – Sarà per un'altra occasione!

3.3 La fine della terapia

All'interno della cornice terapeutica dell'IBA, il terapeuta comunica al paziente, fin dalle prime sedute di anamnesi-valutazione, che la durata della terapia è limitata e non è destinata a protrarsi negli anni, ma a concludersi entro alcuni mesi (Giannopoulos, 2022). Come sostiene G. Gabbard (2015), la fine della terapia è un momento molto delicato ed è vulnerabile ad acting out transferali e controtransferali: verso la fine del percorso psicoterapeutico possono ripresentarsi dei sintomi originari o può emergere per la prima volta un transfert negativo quando il paziente si rende conto che il terapeuta non sarà per sempre a sua disposizione.

Una buona regola per la conclusione della terapia è che il paziente abbia raggiunto gli obiettivi terapeutici stabiliti e/o abbia interiorizzato il processo terapeutico in assenza del terapeuta: ciò si è efficacemente verificato nel caso di Antony che, in occasione del diciassettesimo incontro, riporta un sogno emblematico.

Attraverso il sogno, la sua psiche non solo gli comunica che ha tratto beneficio dal percorso psicoterapeutico, ma anche che è ora di spiccare il volo da solo.

3.3.1 Il diciassettesimo incontro: il sogno dell'aviatore

Giunti al diciassettesimo incontro, Antony si presenta trasformato, sia fisicamente che emotivamente: ha un'aria distesa e rilassata, la barba curata e indossa abiti colorati.

Il paziente chiede al terapeuta un resoconto sui propri problemi passati e sui progressi terapeutici raggiunti, ammettendo ora di godere di un profondo senso di benessere che non provava da lungo tempo.

Senza rendersene conto, Antony si riferisce al proprio percorso psicoterapeutico utilizzando tempi verbali al passato: il terapeuta glielo fa notare, evidenziando così la sua reale volontà di terminare la terapia.

Successivamente, il paziente ribadisce il proprio stato d'animo e la propria tranquillità: è importante notare il suo grande progresso nell'esprimere i propri sentimenti, dando prova di aver vinto la paralisi alessitimica (Sifneos et al., 1973) che inizialmente caratterizzava la sua psiche.

Il terapeuta accoglie e conferma il vissuto di Antony, rinforzandolo: secondo G. Gabbard (2015) gli elogi consistono in una manovra terapeutica volta a validare e rinforzare un determinato pensiero, atteggiamento o comportamento del paziente; inoltre, il terapeuta propone di procedere assieme in una valutazione complessiva dell'andamento della terapia, evitando di creare una situazione in cui il paziente viene etichettato.

Il riferimento al contratto è essenziale: nell'IBA il contratto terapeutico costituisce la base per costruire una relazione terapeutica sana e autentica in cui, fin dall'inizio, sono definiti i ruoli, gli obiettivi e le aspettative (Giannopoulos, 2022).

A – (interrompendo) A questo proposito le cito anche il sogno che ho fatto stanotte.

T – Sì.

A – Buffo perché in questo sogno, un frammento di sogno perché era molto più articolato e mi sono dimenticato il resto, ero su una specie di grosso grattacielo, avevo una specie

di piattaforma dove stazionavano gli aviogetti ed io ero un pilota di un aviogetto. E tenevo il motore costantemente acceso perché si doveva entrare in azione prima o poi. Vicino a me stava un altro pilota con l'aviogetto orientato in direzione opposta, anche lui con il motore acceso. Io tentavo di dialogare con questo pilota nell'attesa, gli chiedevo qualcosa, ma mi sembrava che a lui non fregasse più di tanto di me, tanto che ad un certo punto ha troncato la conversazione ed è partito. Io me ne stavo lì su questo palazzo, era una città tipo Beirut con palazzi crollati, fumo, macerie e in questo contesto io mi son detto: "Beh Gesù Maria, se continuo a stare qua ad aspettare finisco la benzina fermo su sto tetto di grattacelo, al limite parto e dove va, va!". Voglio dire: ero preoccupato, ma nel sogno mi sorprendevo di me stesso perché ero tranquillo, non mi spaventava il fatto che stessi finendo l'autonomia di benzina. Mi dicevo: "Ok sta finendo la benzina, vediamo che cosa c'è!" e son decollato. Da lì poi sono andato in giro per la città, mi sono intrufolato in due tre punti e ho scoperto cose curiose. E ciò che mi ha fatto piacere nel sogno è che ero spinto da curiosità, ero motivato da curiosità. Spesso mi ha dato una mano la mia curiosità in passato e in questo sogno è tornata. Mi è tornato evidente come la curiosità mi abbia spinto a fare cose che razionalmente erano destinate al fallimento. Decollare con un aereo scarso di benzina, senza sapere dove andare... invidiavo l'altro pilota perché sapevo che lui aveva un obiettivo preciso, lo invidiavo e dicevo: "Guardate che fortunato quello lì che ha un obiettivo, a me nessuno l'ha dato. Dove vado non lo so, ma andiamo a vedere cosa c'è!". Così!

Il sogno di Antony è emblematico: è importante che abbia deciso di condividerlo con il terapeuta, in quanto esso rappresenta un elemento decisivo per la fine della terapia.

L'ambientazione del sogno (una città simile a Beirut, nota per i suoi conflitti passati) potrebbe riflettere ansie e paure legate a dinamiche personali: vi è un chiaro rimando alla

“guerra di Antony”, ossia alla sua instabilità emotiva e alle problematiche che ha affrontato con il terapeuta.

Sognare di essere un pilota di un aereo riflette un profondo desiderio di controllo sulla propria vita, così come mantenere il motore acceso indica una volontà di affrontare le sfide: infatti, il paziente è contento dei progressi raggiunti e sente di possedere le forze per mantenerli.

La curiosità che lo spinge a decollare, nonostante l'incertezza e la scarsità di benzina, è un aspetto molto positivo; Antony possiede risorse interne tali da permettergli di affrontare l'ignoto ed esplorare nuove possibilità, anche in situazioni che sembrano rischiose o precarie: in sostanza, accetta il rischio di concludere la terapia.

Di notevole importanza è la figura dell'altro aviatore, che senz'altro rappresenta il terapeuta; Antony lo guarda, lo ammira per la determinazione.

Parlano assieme, è un alleato, e ciò richiama la solida alleanza terapeutica (Alexander, 1946) consolidatasi tra Antony e il terapeuta, ma ad un certo punto il suo compagno di viaggio si eleva in direzione opposta.

Il terapeuta è un aviatore esperto, molto più esperto di Antony, ma ciò non lo demoralizza: anzi, nonostante il suo aereo non abbondi di carburante, il giovane lo imita e spicca il volo proprio come lui.

Il sogno di Antony può essere considerato un sogno di terminazione della terapia (Bolognini, 2016).

J. Oremland sostiene che l'ultimo sogno comunica lo stato psichico attuale del paziente, getta un ponte tra passato, presente e futuro e comunica lo stato relazionale con il terapeuta (Bolognini, 2016).

Inoltre, il sogno di Antony richiama la concezione di J. Fosshage riguardo ai sogni evolutivi: secondo l'autore, si tratta di sogni di tipo rielaborativo in cui emergono nuove

configurazioni psichiche per risolvere conflitti intrapsichici, integrarsi e realizzarsi (Bolognini, 2016).

È commovente come l'identificazione tanto ricercata con la figura maschile abbia effettivamente trovato la sua meta; siamo di fronte al mito di Icaro al contrario: in questo specifico caso, il padre/terapeuta non raccomanda al figlio/paziente di non volare troppo in alto, intimorendolo con l'avvertimento che il calore del sole potrebbe sciogliere le sue ali, ma lo lascia libero di decidere e utilizzare le risorse che ha a disposizione.

Infatti, il terapeuta non può che accettare che la terapia è conclusa: lo ha deciso l'inconscio del paziente (*"A quel punto pensai: è ora, il grano è pronto per la raccolta"*, Jung, 5-8 agosto 1957).

Insistere sul proseguire il percorso psicoterapeutico non avrebbe giovato a niente, se non a inceppare il motore dell'aviogetto di Antony.

Il terapeuta accompagna Antony nella revisione del viaggio condiviso: vengono ricapitolati i foci principali e le tappe significative del percorso psicoterapeutico; il paziente dimostra un'attenzione e un coinvolgimento notevoli, tanto da completare prontamente le frasi del terapeuta: questo comportamento denota la sua forte motivazione, anche al termine della terapia, e la sua profonda consapevolezza delle dinamiche interne esplorate.

Quando il terapeuta suggerisce di organizzare incontri di follow-up, il paziente accetta con grande serenità e determinazione.

A distanza di anni, Antony ha consolidato la sua posizione professionale e continua a volare, accumulando esperienza con il suo aviogetto (la sua anima), ora ben rifornito di carburante: il suo sogno profetico può dirsi realizzato.

3.3.2 Commento personale

C. Jung era solito sostenere che l'incontro di due personalità è come il contatto di due sostanze chimiche e, se c'è una qualche reazione, entrambe ne vengono trasformate, e il caso di Antony ne è una dimostrazione.

Studiando ed elaborando il caso in questione, è come se Antony e Y. Giannopoulos avessero interpretato gli attori di un film a cui io ho avuto l'onore di assistere: si è trattato senza dubbio di un film intenso, tragi-comico in alcune scene, istruttivo e commovente in altre.

Nelle prime sedute Antony appariva ai miei occhi come una crisalide desiderosa di trasformarsi in una farfalla, di librarsi nell'aria e di esprimere i colori della propria anima. Si trattava tuttavia di una crisalide tormentata dal proprio passato come bruco, ignara di possedere il potenziale per poter spiccare, di lì a poco, il suo primo volo.

Y. Giannopoulos ha accompagnato Antony lungo il suo processo trasformativo, incentivandolo a volare ogniqualvolta la paura del fallimento metteva a tacere la sete di libertà.

Penso che vi siano storie e finali che hanno il grande potere di aggiustare altre storie e altri finali: l'anima non segue le regole spazio-temporali a cui la nostra coscienza si è conformata, per cui è libera di spostarsi secondo un moto progressivo e regressivo, e così sarà sempre.

Penso che vi siano trame di libri e di film che hanno restituito un senso a vissuti personali inspiegabili, che vi siano canzoni e poesie che non sono state scritte per noi, ma che in qualche modo ci parlano e ci donano forza, speranza.

E questo caso clinico è stato catartico anche per me.

Antony, con la sua vena ribelle, mi ha ricordato un grande amico d'infanzia scomparso in un tragico incidente stradale: attraverso il volo finale, Antony e Y. Giannopoulos hanno sinergicamente e silenziosamente corretto il finale di un'altra storia.

Concludo con un estratto del "Piccolo Principe" di A. De Saint-Exupéry: anch'egli era un abile pilota, proprio come Antony.

«Quando tu guarderai il cielo, la notte, visto che io abiterò in una di esse, visto che io riderò in una di esse, allora sarà per te come se tutte le stelle ridessero. Tu avrai, tu solo, delle stelle che sanno ridere!».

E rise ancora.

«E quando ti sarai consolato (ci si consola sempre), sarai contento di avermi conosciuto. Sarai sempre il mio amico. Avrai voglia di ridere con me. E aprirai a volte la finestra, così, per il piacere... E i tuoi amici saranno stupiti di vederti ridere guardando il cielo. Allora tu dirai: "Sì, le stelle mi fanno sempre ridere!" e ti crederanno pazzo».

(De Saint-Exupéry, 2023, p.109)



Alice De Nardi, Natale '24

4. CONCLUSIONI

Nella stesura di questa tesi è stato adottato un approccio multidisciplinare integrato per approfondire il Disturbo Borderline di Personalità (DBP).

Nel primo capitolo, è stata ripercorsa l'evoluzione storica del concetto di "borderline", evidenziando le iniziali difficoltà dei professionisti della salute mentale nel definire tutte quelle entità nosologiche "sulla linea di confine", non deputabili né alla nevrosi né alla psicosi.

Inoltre, è stata presentata la classificazione del DBP secondo i sistemi diagnostici ufficiali (DSM-5-TR, ICD-11 e PDM-2).

Il confronto tra essi ha messo in luce quanto sia importante inquadrare i sintomi e i comportamenti per facilitare una diagnosi accurata, senza però relegare in secondo piano il funzionamento complessivo e l'adattamento sociale del paziente borderline.

Il riconoscimento della complessità dei fenomeni mentali favorisce un approccio più empatico e umanizzante nei confronti del paziente e, di conseguenza, un trattamento più specifico ed efficace.

“Dato che i professionisti della salute mentale hanno a che fare quotidianamente con la soggettività dei loro pazienti, ciò di cui hanno bisogno è una descrizione in grado di rendere giustizia all'esperienza interna specifica di quel dato paziente.”

(PDM-2, 2022, p.6)

Nel secondo capitolo, sono state esplorate le diverse prospettive teoriche che spiegano il DBP, integrando i contributi della psicoanalisi, della psicodinamica, della psicologia junghiana e delle neuroscienze.

Questa analisi, sulla scia del modello biopsicosociale, ha mostrato come le teorie psicoanalitiche tradizionali e le recenti scoperte neuroscientifiche s'intrecciano, offrendo una comprensione più approfondita delle dinamiche intrapsichiche e delle relazioni interpersonali dei pazienti borderline.

I dati emersi suggeriscono l'importanza di un approccio flessibile e personalizzato, capace di integrare le diverse prospettive per meglio rispondere alle complessità del DBP.

“Due individui che presentano lo stesso disturbo, sia esso depressione, lutto complicato, ansia o ogni altro tipo di patologia mentale, non avranno mai le stesse potenzialità, necessità di trattamento o risposte agli interventi terapeutici. Che si attribuisca o meno valore alle nomenclature diagnostiche descrittive come il DSM-5, l’assessment diagnostico psicoanalitico è un percorso di valutazione complementare e necessario, che si propone di fornire una comprensione profonda della complessità e unicità di ciascun individuo, e dovrebbe far parte dell’assessment diagnostico di ogni paziente, perché questo sia accurato e completo. Anche per quei disturbi psichiatrici che hanno una forte base biologica, vi sono fattori psicologici che contribuiscono all’esordio, al peggioramento e al modo in cui si esprime la malattia.”

(PDM-2, 2022, p.8)

Nel terzo capitolo conclusivo, attraverso la presentazione e l'analisi di un caso clinico applicativo, sono state messe in pratica le teorizzazioni precedentemente esposte, dimostrando come le varie prospettive psicologiche e neurobiologiche s'intersecano, plasmandosi vicendevolmente, determinando la complessità sintomatologica del DBP.

Il caso clinico in questione, affrontato attraverso l'Intervento Breve Attivo (IBA), testimonia che *“i sintomi indicano una diagnosi, ma raccontano anche una storia. Esprimono il modo in cui ciascun individuo fa i conti con l'esperienza della vita. E hanno*

una temporalità: perché ora? E in che rapporto sono con il passato e il futuro di questo individuo?” (PDM-2, 2022, p.148).

In conclusione, questa tesi di ricerca teorico-applicativa evidenzia la necessità di adottare un approccio multidisciplinare integrato che risponda alle diversità cliniche dei pazienti borderline, favorendo interventi più efficaci e meno stigmatizzanti.

Si auspica che future ricerche sul DBP continuino a integrare le diverse prospettive, contribuendo a una maggiore comprensione e a un miglioramento delle strategie terapeutiche, nel rispetto della dignità di ciascun individuo, perché *“è possibile uscire dall’inferno e costruire una vita degna di essere vissuta” (Linehan, 2021, p.400).*

5. BIBLIOGRAFIA

Akhtar, S., Samuel, S. (1996). The concept of identity: Developmental origins, phenomenology, clinical relevance, and measurement. *Harvard Review of Psychiatry*, 3 (5), 254-267.

Alexander, F. G., French, T. M. et al. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. University of Nebraska Press, 1980.

Alexander, P. C., Anderson, C. L., Brand, B. et al. (1998). Adult attachment and long-term effects in survivors of incest. *Child Abuse & Neglect*, 22, 45-61.

Allen, J., Bailey, B. A., Finn, P. (2020). Borderline Personality Disorder symptom comorbidity within a high externalizing sample: Relationship to the internalizing-externalizing dimensional structure of psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 34 (6), 814-826.

American Psychiatric Association (2022). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – DMS-5-TR*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore.

Baldoni, F. (2003). Il problema del burn-out tra vero e falso Sé. *Istituti Editoriali e Poligrafici Internazionali*, 61-76.

Bale, T. (2015). Epigenetic and transgenerational reprogramming of brain development. *Nature Reviews Neuroscience*, 16 (6), 332-344.

Bateman, A., Fonagy, P. (2006). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*. Raffaello Cortina Editore.

Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore, 1996.

Bergeret, J. (1976). *Depressione e stati-limite*. Il Pensiero Scientifico Editore, 1989.

Bergeret, J. (2002). *La personalità normale e patologica*. Raffaello Cortina Editore.

Bion, W. R. (1962). A theory of thinking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43 (pt.4-5). Reprinted in Bion, W. R. (1967). *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*, 110-119. Karnac Books, London.

Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*. Polimnia Digital Editions, 2023.

Bolognini, S. (2016). *Il sogno cento anni dopo*. Mimesis.

Bradley, R., Westen, D. (2005). The psychodynamics of borderline personality disorder: a view from developmental psychopathology. *Development Psychopathology*, 17, 927-957.

Caretti, V., La Barbera, D. (2005). *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Casa Editrice Astrolabio.

Ceragioli, G. (2013). L'odio nella relazione transfert-controtransfert come reciproca identificazione con l'aggressore in situazioni di grave abuso sessuale. Comunicazione presentata al Congresso dell'Associazione culturale Sándor Ferenczi "Il Diario Clinico oggi", Firenze, 17-19 maggio 2013.

Chaim, C. H., Almeida, T. M., de Vries Albertin, P., Santana, G. L., Siu, E. R., Andrade, L. H. (2024). The implication of alexithymia in personality disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 24 (1), 647.

Dalle Luche, R. P. (2013). "Borderlines": verso una tipizzazione clinica e psicopatologica. Alcune idee dall'esperienza nei servizi psichiatrici pubblici. *Journal of Psychopathology*, 19, 341-350.

De-Saint Exupéry, A. (1943). *Il Piccolo Principe*. Bompiani, 2023.

Di Agostino, C., Fabi, M., Sneider, M. (2016). *Autolesionismo. Quando la pelle è colpevole*. L'Asino d'oro edizioni.

Dias, B., Ressler, K. (2014). Parental olfactory experience influences behavior and neural structure in subsequent generations. *Nature neuroscience*, 17 (1), 89-96.

Eaton N. R., Krueger R. F., Keyes K. M., Skodol A. E., Markon K. E., Grant B. F., Hasin D. S. (2011). Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. *Psychological Medicine*, 41, 1041–1050.

Faccio, E., Salvini, A. (2006). Le “metaforizzazioni” nelle pratiche discorsive della psicologia clinica. *Psicologia Clinica. Dialoghi e confronti*, 123-138.

Fairbairn, W. R. S. (1943). The repression and the return of bad objects (with special reference to the ‘war neuroses’). *British Journal of Medical Psychology*, 19, 327-341.

Fallaci, O. (1979). *Un uomo*. BUR Rizzoli, 2014.

Ferenczi, S. (1932). *Diario Clinico. Gennaio-ottobre 1932*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, 2004.

Ferenczi, S. (1933). Confusione di lingue tra gli adulti e il bambino. Il linguaggio della tenerezza e il linguaggio della passione. Tr. it. In *Sandor Ferenczi Opere, Volume quarto (1927-1933)*, 91-100. Raffaello Cortina Editore, 2002.

Ferro, A. (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione*. Raffaello Cortina Editore.

Fonagy, P., Steele, H., Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62 (5), 891-905.

Fonagy, P., Target, M. (1997). Attachment and reflective function. Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9 (4), 679-700.

Fontana, M. (2008). La patologia borderline in psicoanalisi secondo una prospettiva relazionale. *Ricerca Psicoanalitica*, XIX (1), 9-42.

Freud, S. (1895). Progetto di una psicologia, in *Opere, Vol. 2*. Bollati Boringhieri, 1977.

Freud, S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale, in *Opere, Vol. 4*. Bollati Boringhieri, 1977.

Freud, S. (1914). *Dalla storia di una nevrosi infantile. (Caso clinico dell'uomo dei lupi)*. OSF, vol. 7.

Freud, S. (1914). Ricordare, ripetere e rielaborare, in *Opere, Vol. 7*. Bollati Boringhieri, 1977.

Freud, S. (1920). *Al di là del principio di piacere*. Bollati Boringhieri, 1977.

Freud, S. (1920). L'Io e l'Es e altri scritti, in *Opere, Vol. 9*. Bollati Boringhieri, 1977.

Freud, A. (1936). *L'Io e i meccanismi di difesa*. Giunti Editore, 2012.

Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore.

Gestri, C., Pazzagli, C., Ugolini, E. (2016). Il Disturbo Borderline di Personalità. Modelli e Strumenti per la diagnosi e il trattamento. *I Quaderni della Fondazione degli Psicologi della Toscana, 2*.

Giannopoulos, Y. *Il caso di Antony: l'uomo che giocava con la pistola*.

Caso presentato al II European Congress on Personality Disorders con tema "Short Term Dynamic Psychoterapies and the Borderline Disorder", Milano, 27-29 giugno 1996.

Giannopoulos, Y. (1999). *L'Altra realtà. Psicoterapia a breve termine ansia provocante (STAPP)*. CLEUP.

Giannopoulos, Y. (2021). *L'arco di Ulisse. L'Intervento Breve Attivo (IBA)*. NeP edizioni, 2022.

Giannopoulos, Y. *Un caso di trauma transgenerazionale in adolescenza trattato con Intervento Breve Attivo*.

Caso presentato al XIX Convegno Congiunto Internazionale Opifer “Infrangere le catene del trauma: la cura e il legame transgenerazionale”, Firenze, 20-21-22 ottobre 2023.

Grinker R. R., Werble, B., Drye, E. (1968). *The borderline syndrome: a Behavioural Study of Ego Functions*. New York: Basic Books.

Herzog, P., Kube, T., Fassbinder E. (2022). How childhood maltreatment alters perception and cognition - the predictive processing account of borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 52, 2899-2916.

Hughes, C. H. (1884). Moral (affective) insanity: psychosensory insanity. *Alienist Neurologist*, 5, 296-315.

Jaffé, A. (2023). *In dialogo con Carl Gustav Jung*. Bollati Boringhieri.

Jung, C. G. (1921). *Tipi psicologici*. Centauria, 2017.

Jung, C. G. (1936). *Gli archetipi dell'inconscio collettivo*. Bollati Boringhieri, 1977.

Jung, C. G. (1961). *Ricordi, Sogni, Riflessioni*. BUR Saggi, 2021.

Jung, C. G. (2006). *Analisi dei sogni. Seminario tenuto nel 1928-30*. Bollati Boringhieri.

Jung, C. G. (2012). *Il Libro Rosso*. Bollati Boringhieri.

Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15 (3), 641-685.

Kernberg, O. F. (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Bollati Boringhieri, 1978.

Kernberg, O. F. (1980). *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*. Bollati Boringhieri.

Kernberg, O. F. (1985). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Rowman & Littlefield, Lanham (MD).

Kernberg, O. F. (1987). *Disturbi gravi della personalità*. Bollati Boringhieri.

Kernberg, O. F. (1995). *Aggressività, disturbi di personalità e perversioni*. Raffaello Cortina Editore.

Klein, M. (1932). *La psicoanalisi dei bambini*. Giunti Editore, 2014.

- Klein, M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi. Tr. it. In *Scritti: 1921-1958*. Bollati Boringhieri, 1978.
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia*. Thoemmes Press, 2002.
- Langs, R. (1973). *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica*. Bollati Boringhieri, 1979.
- Lehrner, A., Yehuda, R. (2018). Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanism. *World psychiatry*, 17 (3), 243-257.
- Linehan, M. (2021). *Una vita degna di essere vissuta*. Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V., Madeddu, F. (1994). *I meccanismi di difesa*. Raffaello Cortina Editore, 2014.
- Lingiardi, V., McWilliams, N. (2022). *Manuale Diagnostico Psicodinamico – PDM-2*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G., Intreccialagli, B., Cerere, F. (1991). Esperienza di lutto nella madre e facilitazione dello sviluppo dei disturbi dissociativi della coscienza nella prole. Uno studio caso-controllo”. *Rivista di psichiatria*, 26, 283-291.
- Mangini, E. (2015). *Elementi dell'esperienza psicoanalitica*. Edizioni Libreria Cortina Milano.

Maurex, L., Zaboli, G., Öhman, A., Åsberg, M., Leopardi, R. (2010). The serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) and affective symptoms among women diagnosed with borderline personality disorder. *European Psychiatry*, 25 (1), 19-25.

McWilliams, N. (1994). *La diagnosi psicoanalitica*. Casa Editrice Astrolabio, 2012.

Migone, P. (1990). Evoluzione storica del concetto di “borderline”. *Il Ruolo Terapeutico*, 55, 30-33.

Minolli, M. (1993). Diagnosi e borderline. *Ricerca Psicoanalitica*, 1, 57-77.

Moretti, P. (2018). Lo spettro borderline: questioni cliniche e nosografiche. *Rivista Scientifica di Ricerche in Psicologia Analitica*, 1 (1).

Mosquera, D., González-Vázquez, A. (2012). Disturbo borderline di personalità, trauma e EMDR. *Rivista di psichiatria*, 47 (2), 26-32.

Mucci, C. (2020). *Corpi borderline*. Raffaello Cortina Editore.

Normandin L., Ensink K., Weiner A., Kernberg O. F. (2022). *Adolescenti con gravi disturbi di personalità*. Raffaello Cortina Editore.

Panagulis, A. (1974). *Vi scrivo da un carcere in Grecia*. PGreco Edizioni, 2017.

Paris, J. (1997). *Contesto sociale e disturbi di personalità. Diagnosi e trattamento in una prospettiva bio-psico-sociale*. Raffaello Cortina Editore.

Paris, J. (2018). Clinical features of borderline personality disorder. *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*, 2, 419-425.

Poletti, M. (2011). Aspetti evolutivi del Disturbo Borderline di Personalità. *Psicologia dello Sviluppo*, XIV (3), 449-469.

Rocchi, C. (2014). Identificazione con l'aggressore in Sándor Ferenczi. *SpiWeb*.

Rosse, I. C. (1890). Clinical evidence of border insanity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 17, 669-683.

Schore, A. N. (2017). All our sons. The developmental neurobiology and neuroendocrinology of boys at risk. *Infant Mental Health*, 38 (1), 15-52.

Semi, A. A. (2011). *Il metodo delle libere associazioni*. Raffaello Cortina Editore.

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22 (2-6), 255-262.

Silbersweig, D., Clarkin, J. F., Goldstein, M., Kernberg, O. F., Tuescher, O., Levy, K. N., Brendel, G., Pan, H., Beutel, M., Pavony, M. T. (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164 (12), 1832-1841.

Spielrein, S. (1912). La distruzione come causa della nascita. *Giornale storico di psicologia dinamica*, I (1), 1977.

Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489, 2017.

Tambelli, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Il Mulino Editore.

Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Kringlen, E. et al. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (6), 416-425.

Winnicott, D. W. (1960). La distorsione dell'Io in rapporto al vero e al falso Sé. *Sviluppo affettivo e ambiente*, 177-193, 1965.

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

Filmografia:

The Silence of the Lambs (J. Demme, 1991)

6. RINGRAZIAMENTI

Ringrazio la mia Relatrice, la Prof.ssa Cristina Marogna, per tutto ciò che mi ha insegnato attraverso i suoi corsi universitari: porterò sempre nella mente e nel cuore le sue lezioni; grazie per l'interessamento, il supporto e la pazienza offerti durante la stesura della tesi.

Ringrazio il mio Correlatore e Tutor di Tirocinio, il Dott. Ioannis Giannopoulos, per la sua disinteressata generosità nel trasmettermi la sua esperienza e per la preziosa opportunità di crescita professionale concessami in questi anni.

Ringrazio i miei nonni, Angelo e Margherita, per tutto l'amore con cui mi avete cresciuta e che mi avete insegnato a donare incondizionatamente.

Ringrazio i miei genitori, Roberto e Susi, mia sorella Silvia e mio cognato Nicola, per essere sempre stati un punto di riferimento e per avermi supportata e incoraggiata lungo il mio percorso universitario.

Ringrazio i miei nipoti, Ettore e Caterina, per farmi vivere la gioia d'essere zia e per farmi assaporare ogni giorno la bellezza della libertà, della spensieratezza e della genuinità.

Un grande ringraziamento a tutti i miei amici e colleghi di università che amo e che amerò per sempre: voi sapete chi siete, sia quaggiù che lassù.

Infine, ringrazio Killer e Calliope, miei fedelissimi compagni di avventura, la mia inestimabile fonte di pet therapy.