



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea in Psicologia dello Sviluppo, della Personalità e delle Relazioni Interpersonali

Elaborato finale

**SULLA LINEA DI CONFINE: UNA PANORAMICA ATTUALE
SUL DISTURBO BORDERLINE IN ADOLESCENZA**

**On the boundary line: a current overview
of Borderline Disorder in adolescence**

Relatore: Prof. Paolo Albiero

Laureanda: Alice De Nardi

Matricola: 1165551

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

1. INTRODUZIONE AL DISTURBO BORDERLINE IN ADOLESCENZA: IN BILICO TRA NORMALITÀ E PATOLOGIA Pag. 3
2. IDENTIFICAZIONE CON L'AGGRESSORE: IL GERME DEL FALLIMENTO ALLA BASE DI AUTOLESIONISMO E AUTOSABOTAGGIO Pag. 12
3. CONCLUSIONI: LA DISTRUZIONE COME CAUSA DELLA NASCITA Pag. 20
4. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI Pag. 24

*Ai miei amati nonni,
Angelo e Margherita*

1. INTRODUZIONE AL DISTURBO BORDERLINE IN ADOLESCENZA: IN BILICO TRA NORMALITÀ E PATOLOGIA

*“Nessun albero può crescere fino al Paradiso se le sue radici non scendono fino all’Inferno”
Carl Gustav Jung*

Forse non tutti conoscono la leggenda di “Sigfrido”, uno dei personaggi più noti della mitologia nordica.

Egli è ancora un adolescente quando, assetato di conoscenza e desideroso di varcare i confini, conquista il tesoro dei Nibelunghi, si spinge oltre nuovi regni, vince ogni convenzione sociale amando la valchiria Brunilde, “la bruna guerriera” con cui vivrà lo “ἱερός γάμος” (matrimonio sacro), l’unione degli opposti tipica delle divinità.

Il giovane ragazzo è simile agli dei perché non conosce la paura, ma resta pur sempre un umano, con il suo “tallone d’Achille” (Kress-Rosen, 2003).

Lui, che si è reso invincibile immergendosi nel sangue di drago, è al tempo stesso vulnerabile a causa di un piccolo punto sulla spalla su cui si è accidentalmente posata una foglia di tiglio e che dunque non ha permesso una totale “deificazione” del suo corpo (Zucconi, 2019).

Sigfrido incarna perfettamente l’immagine dell’adolescente in lotta tra l’ardente senso d’onnipotenza e l’ineluttabile esame di realtà.

Anche la mitologia ellenica testimonia come molti tratti e temperamenti dell’animo, tipici degli adolescenti, siano costanti nella storia dell’uomo, dopotutto: “Homo sum, humani nihil a me alienum puto” (Publio Terenzio Afro, 165 a.C.).

Ad esempio, Icaro e Patroclo sono due personaggi noti per aver osato “andare oltre”.

Icaro, nonostante le raccomandazioni del padre, vola sempre più in alto a tal punto che il Sole brucia le sue ali e lo fa piombare sul mare. Patroclo, invece, si dirige sotto le mura di Troia, l’unica zona che gli è stata severamente proibita da Achille, poiché là si battono i soldati più abili.

Per gli dei greci il peggior peccato è proprio ὑβρις, l’oltrepassare i limiti, e così i giovani vengono puniti con la morte (Graves, 1955).

Eppure la morte non ha un ruolo primario in questi racconti.

Per gli antichi era importante sottolineare che Icaro e Patroclo fossero due giovani ragazzi, nel fiore degli anni, desiderosi di agire e arricchire la propria conoscenza, di mettere alla prova sé stessi e le proprie forze per costruire un'immagine di sé, e non tanto per il piacere di disobbedire: la disobbedienza è una mera conseguenza del loro impulso primordiale alla crescita e sperimentazione. Ma quanto l'andare oltre i limiti rientra in quella che può essere definita "normalità", specie in una fase di vita così delicata come quella adolescenziale?

Da osservare che il termine *borderline* significa "linea di confine", così come l'adolescenza rappresenta il confine tra la fanciullezza e la vita adulta e così come l'adolescente tenta ripetutamente di andare oltre i propri limiti.

L'obiettivo del mio elaborato è dunque quello di evidenziare le principali differenze tra un adolescente "nella norma", con le sue caratteristiche tipiche, e un giovane che invece presenta quelli che possono costituire i prodromi del Disturbo Borderline di Personalità che, come in seguito dimostrerò, presenta molte somiglianze con lo "Sturm und Drang" adolescenziale ma, al tempo stesso, possiede specifici caratteri distintivi.

In questo primo capitolo introduttivo mi concentrerò sull'instabilità emotiva, sulle "crisi" dei giovani *borderline* (che si differenziano dalle classiche crisi puberali) e sui tentativi di autoregolazione delle emozioni, sottoforma di agiti.

Successivamente, nel secondo capitolo, passerò in rassegna il concetto di "identificazione con l'aggressore" e, esponendo i casi di alcuni giovani adolescenti, analizzerò le conseguenze psicofisiche e sociali a cui conduce tale meccanismo disadattivo.

Infine, il capitolo conclusivo sarà dedicato al caso di Sabina Spielrein, giovane paziente di Jung spintasi oltre le "Colonne d'Ercole" del mare adolescenziale, nonché a una riflessione sul significato simbolico dell'autolesionismo.

L'adolescenza è sicuramente un periodo complicato, ma al contempo affascinante: i giovani si trovano ad affrontare lo sviluppo puberale e al contempo si affacciano a nuove dinamiche psicosociali (Albiero, 2012).

I cambiamenti sono spesso inaspettati: un attimo prima si è bambini e si crede di essere degli eterni Peter Pan, ma improvvisamente e rapidamente s'innescano una serie di trasformazioni corporali e psichiche con cui è difficile stare al passo e che sconvolgono profondamente l'immagine di sé (Palmonari, 1993).

La figura dell'adolescente mi richiama alla mente quella di Vitangelo Moscarda, protagonista di "Uno, Nessuno, Centomila", famoso romanzo di Luigi Pirandello.

Un giorno la moglie di Vitangelo gli fa notare che il suo naso “pende verso destra”, dettaglio da lui mai osservato prima. Questa scoperta è per lui sconcertante. Improvvisamente non si riconosce più, è in preda a una vera e propria crisi d’identità. Convinto di aver sempre avuto un naso perfettamente allineato, comincia a interrogarsi assiduamente su chi davvero lui sia: se il Moscarda che ha sempre creduto d’essere o l’εἶδωλον (idolo) fantasmatico che va via via erigendosi sulla base delle altrui percezioni e proiezioni (Pirandello, 1926).

Ma le trasformazioni dell’adolescente non sono solo morfologiche, organiche e sessuali.

In primis cambia il rapporto con i genitori, i quali non sono più i detentori di una verità assoluta (Lancini, 2015), ma vengono messi in discussione e vengono privati del controllo che esercitavano nei confronti del corpo del figlio: ora sono i ragazzi a decidere come vestirsi, se cambiare colore o taglio di capelli, se tatuarsi ecc. in difesa del proprio “libero arbitrio” (Albiero, 2012).

Anche il rapporto con i pari varia e s’intensifica a causa dei profondi mutamenti del pensiero e degli stati d’animo.

Gli amici diventano i migliori compagni di viaggio, i massimi consiglieri, i principali punti di riferimento in una molteplicità d’ambiti. Vengono senza dubbio preferiti ai genitori.

P. Albiero fa luce sul “picco di reminiscenza” (Steinberg, 2015), ossia su quella facoltà di ricordare molto più intensamente gli avvenimenti adolescenziali. Ciò dipende dal fatto che, in questo periodo, eventi banali scatenano emozioni più forti: è semplicemente impossibile scordarsi del migliore amico del liceo o della prima cotta adolescenziale (Albiero, 2012).

Come abbiamo visto poco fa, l’adolescente ha una scarsa definizione dell’identità, tant’è che il caratteristico funzionamento mentale dell’adolescente viene definito da Corigliano e Carratelli (2001) “stabilmente instabile”, dicitura che richiama la personalità borderline.

Il Disturbo Borderline di Personalità è un disturbo molto complesso e dalle molteplici sfaccettature. Tra le caratteristiche principali, la persona con disturbo borderline presenta instabilità emotiva e nell’immagine di sé e dell’altro (Kernberg, 1987).

Anche solo un giudizio inaspettato o negativo da parte dell’altro può diventare motivo di profonda crisi e insicurezza, proprio come accade al protagonista del romanzo di Pirandello precedentemente citato.

Ed ecco nuovamente l’immagine dell’εἶδωλον a cui accennavo prima, simbolo che calza a pennello sia per l’adolescente che per il soggetto borderline: infatti, spesso sia adolescenti che borderline si rendono accomodanti e cercano di somigliare all’altro per sentirsi accettati e non rifiutati, sviluppando un falso Sé (Castelli et al., 2001).

Elemento imprescindibile all'interno del disturbo borderline è la paura dell'abbandono, paura che nella maggior parte dei casi conduce a dinamiche di sottomissione e dipendenza o a troncature direttamente le relazioni interpersonali di fronte ai minimi segnali, reali o immaginari, di rifiuto: ti abbandono prima che sia tu ad abbandonarmi! (Giannopoulos, 2021)

La paura dell'abbandono è un sentimento certamente insito anche nel "midollo adolescenziale": è svilente non sentirsi pienamente accettati dal proprio gruppo di amici, non ricevere considerazione dai compagni di classe o dai "popolari" della scuola.

La percezione di rifiuto, specie in età adolescenziale, può mettere seriamente a repentaglio la propria autostima, che è ancora in via di costruzione assieme alla propria identità, ed ecco che sorgono domande come: "Perché non piaccio? In che cosa sbaglio?" e spesso, erroneamente, si giunge a conclusioni come: "Sicuramente perché sono brutto/a, troppo grasso/a o magro/a, oppure troppo poco alla moda/divertente".

A. Mura, nel suo articolo "L'organizzazione di personalità borderline in età adulta e in adolescenza" (2011), sostiene che dal punto di vista clinico è come se gli adulti con Disturbo Borderline di Personalità fossero fissati all'epoca adolescenziale e, citando Kernberg, di diverso dall'adolescente avrebbero solo il fatto di dover fronteggiare alcune problematiche specifiche legate all'età come questioni burocratiche, lavorative, coniugali ecc.

Tra le varie caratteristiche che accomunano adolescenti e soggetti borderline ritroviamo la debolezza dell'Io (nei primi derivante dalle crisi puberali, nei secondi dall'intolleranza alla frustrazione) e un Super Io molto rigido (nei primi a causa di un'eccessiva severità autoinflitta, nei secondi a causa dell'introiezione materna arcaica). (Mura, 2011)

Altra caratteristica comune è il ricorso a meccanismi di difesa primitivi come la scissione: per l'adolescente dividere il mondo in buoni e cattivi è funzionale per vincere l'ambivalenza rivolta alle figure genitoriali e scacciare l'inconscia e catastrofica immagine dell'incesto, mentre per il soggetto borderline la scissione è di vitale importanza per custodire l'immagine buona di sé e dell'altro e per non farla "infettare" da quella cattiva (Bracconier e Marcelli, 1983).

Dal momento che la "sintomatologia adolescenziale" e quella borderline sono molto simili, possiamo facilmente dedurre che diagnosticare un disturbo borderline in età adulta è più semplice e meno ambiguo poiché il paziente, pur mostrando tratti adolescenziali, rimane un adulto.

Se invece la diagnosi è circoscritta al periodo adolescenziale, 10/18 anni, la questione si fa più complicata.

Detto ciò, credo che possa accadere che alcuni aspetti dell'adolescente vengano facilmente confusi con quelli del borderline o, ancora peggio, che i campanelli d'allarme di un disturbo borderline in giovane età vengano trascurati e omologati ai tratti tipici dell'adolescenza, facendo di un'erba un fascio e rischiando di non diagnosticare precocemente una sintomatologia che non solo potrebbe essere contenuta, ma addirittura attenuata se riconosciuta e trattata per tempo!

La pubertà è un periodo di transizione e d'instabilità, e il borderline è la persona più instabile per eccellenza: il confine è dunque molto sottile e vanno analizzate con cura le differenze più importanti.

L'adolescente, oltre alla tempesta ormonale a cui è sottoposto, è alla continua scoperta e definizione di sé stesso, come se si dovesse "assecondare" in un mondo che lo sottopone a continue sfide quotidiane (scolastiche, personali, interpersonali ecc.). (Albiero, 2012)

Ecco il motivo dei facili cambiamenti d'opinione e d'umore, che spesso spaventano i genitori: sta semplicemente combattendo una battaglia interiore, che nessun'altro vede al di fuori di lui.

La domanda sorge spontanea: "Ma allora che differenza sussiste tra l'instabilità emotiva dell'adolescente e quella del borderline? Quando un adolescente si può definire borderline?".

Innanzitutto, l'adolescente con disturbo borderline ha nella stragrande maggioranza dei casi una storia passata infelice: un'infanzia costellata di profonde negligenze emotive o maltrattamenti da parte dei caregiver e, nei casi peggiori, molestie e abusi sessuali (Giannopoulos, 1999).

"Il modello bio-psico-sociale" può certamente aiutare a comprendere le origini della sintomatologia. Questo modello si basa sul principio secondo cui allo sviluppo del disturbo borderline (ma non solo) partecipano più fattori come la genetica, le caratteristiche psicologiche e l'ipersensibilità della persona, i genitori o i caregiver con i loro vissuti personali (Paris, 1997).

Per quanto riguarda la storia passata dei genitori, mi collegherò successivamente al concetto di "memorie traumatiche" (Mucci, 2020) trasmesse per via intergenerazionale e ne riporterò un caso esemplificativo.

Un perfetto esempio sul modello bio-psico-sociale viene riportato da Y. Giannopoulos nel suo libro "L'Arco di Ulisse" (2021). Egli racconta, nell'aneddoto "Le favelas", di due coetanei nati in due famiglie con le stesse difficoltà socio-economiche.

Nel primo caso, il ragazzo subirà uno sventurato incidente, suscitando così un maggior interessamento da parte dei genitori, che si prenderanno cura di lui più di ciò che avrebbero normalmente fatto. Le difficoltà economiche saranno quindi compensate con l'affetto e il contenimento genitoriale. Il bambino crescerà con un attaccamento sicuro e un giorno si realizzerà in ambito prima scolastico e poi lavorativo.

Nel secondo caso, invece, il bambino non solo subirà gli svantaggi della povertà, ma dovrà anche fare i conti con due genitori anaffettivi, svilenti e punitivi.

Non è poi così difficile ipotizzare il futuro di questo “povero sfortunato”, che convivrà con l’interiorizzazione di un’immagine svalutante di sé. Quale strada percorrerà? Salvo miracoli, quella del fallimento (Giannopoulos, 2021).

Questo racconto dimostra dunque come il nucleo familiare possa giocare un ruolo importantissimo nella struttura di personalità della persona, molto più che lo status economico.

Penso allo stesso Jung, che proveniva da una famiglia molto povera e in seguito è diventato uno dei più grandi psicoanalisti del mondo!

Come Jung riporta in “Ricordi, Sogni e Riflessioni” (1961), la sua infanzia e adolescenza sono state segnate dalla povertà, ma in compenso poteva contare sulla figura di un padre benevolo, accogliente e comprensivo.

Al contrario, la madre era emotivamente volubile a tal punto che il giovane Carl riconosceva in lei due polarità: di giorno regnava la madre N.1, quella amorevole, ma di notte predominava la madre N.2, quella tenebrosa, inquieta, imprevedibile. Ed è proprio contemplando l’immagine della “madre ombra”, che ha più volte ammesso di sentirsi incaricato a sanare traumatizzazioni non risolte non solo dei genitori, ma anche dei parenti più lontani (Jung, 1961).

Non a caso ho precedentemente accennato alle memorie traumatiche e a questo proposito riporto il caso di “Virginia” (affrontato da Y. Giannopoulos, 2001).

Virginia ha sedici anni, è nel pieno della sua pubertà e ha deciso di rivolgersi a uno psicoterapeuta di sua spontanea volontà, per essersi accorta di “non essere più la stessa”, a causa di “alcuni pensieri e comportamenti strani” che l’accompagnano nell’ultimo periodo.

Questa presa di coscienza, considerando la sua giovanissima età, potrebbe essere assolutamente in linea con la metamorfosi adolescenziale, ma i pensieri e i comportamenti di cui lei parla si riveleranno poi essere dei veri e propri sintomi che navigano ben oltre la “linea di confine” tra normalità e patologia!

A questo proposito ribadisco nuovamente quanto sia di estrema importanza discernere tra “sintomi adolescenziali” nella norma e campanelli d’allarme di un nucleo psicopatologico in crescendo.

In particolare, Virginia riporta un sogno ripetitivo e angosciante che ormai da sei mesi non le dà tregua, a tal punto da essere diventato una vera e propria ossessione (ci rimugina anche durante il giorno, contro la propria volontà).

Sogna di percorrere le scale dell’abitazione in cui sua madre viveva quand’era bambina.

Ad un certo punto raggiunge un pianerottolo su cui si trova adagiato un topolino rosa, completamente glabro, viscido, alla cui vista prova un senso di disgusto.

Il topo le parla e l'avverte che, se solo varcherà la porta d'ingresso oltre il pianerottolo, si troverà in grave pericolo.

Allora Virginia scappa, scende le scale velocemente, sente che si sta mettendo in salvo, ma prova ancora una sgradevolissima sensazione di pericolo e ribrezzo dovuta alla vista del ratto.

La giovane adolescente ha intrapreso un trattamento di psicoterapia a causa di una serie di sintomi molto invalidanti che le impedivano di vivere con serenità la propria quotidianità.

Sintomi come ansia, depressione e gravi agiti, tutti riconducibili alla sfera del disturbo borderline successivamente diagnosticato.

L'incubo era diventato talmente disturbante da farla sobbalzare nel letto quasi ogni notte, sudata e in preda a "un senso di violazione", utilizzando le sue stesse parole.

Ma perché ho introdotto il caso di Virginia ricollegandomi al concetto di memoria traumatica? Perché la ragazza nel sogno non era Virginia, ma sua madre, che da ragazza era stata abusata sessualmente dal padre proprio in quella casa.

Il topolino rappresentava naturalmente un simbolo fallico e il suo significato riconduceva allo "sporco" subito dalla madre all'interno dell'abitazione.

Qualcuno potrebbe semplicisticamente affermare: "Beh, la ragazza ha sicuramente appreso dalla madre la tragica vicenda accadutale e, rimasta sconvolta, ha rivissuto nel sogno il terribile fatto". No! Virginia non era minimamente a conoscenza di questo particolare scabroso quando sognava il topolino, finché un giorno il terapeuta invitò la madre a partecipare alla seduta e quest'ultima decise di rivelare quel suo segreto angosciante, credendo (giustamente!) potesse essere un indizio utile per aiutare la figlia nel suo percorso terapeutico.

È proprio questo il fatto curioso, anche se comunque raccapricciante: la figlia stava rivivendo in sogno sottoforma di "coazione a ripetere" (Freud, 1920) le scene traumatiche vissute dalla madre, pur senza saperne nulla a riguardo!

Elemento ancor più curioso è che l'incubo ha cominciato a infestare le notti di Virginia a partire dai sedici anni, la stessa età in cui la madre subì la violenza.

Il trauma dell'incesto e il già presente nucleo borderline nella madre sono stati in parte tramandati intergenerazionalmente alla figlia.

Ma i sintomi del disturbo borderline in Virginia non si sono manifestati solo ed esclusivamente a causa delle memorie traumatiche (si tratterebbe di una spiegazione eziopatogenetica estremamente riduttiva), ma vi è senza dubbio stata la compartecipazione dello stile educativo rigido e punitivo dei genitori, specie dell'anaffettività e dei repentini cambi d'umore della madre.

Degno di nota è il fatto che, una volta che la madre ha confessato il proprio vissuto traumatico, il sogno nella figlia non si è mai più ripresentato.

Virginia ha messo in atto una vera e propria “identificazione con l’aggressore” (Ferenczi, 1932), ossia si è rispecchiata con la madre, che è stata prima vittima di abuso da parte del padre e poi carnefice nei confronti della figlia attraverso il proprio stile genitoriale: tuttavia, approfondirò il concetto di identificazione con l’aggressore nel secondo capitolo ad esso dedicato.

Tornando ai criteri diagnostici precedentemente citati, l’instabilità emotiva dell’adolescente borderline è molto più frequente, marcata e distruttiva rispetto a quella di un tipico adolescente (Linehan, 2021).

Di conseguenza, le ripercussioni sulla vita quotidiana sono molto più numerose e invalidanti.

Se ci focalizziamo sulla “crisi”, la crisi puberale è certamente struggente per il giovane che la vive: può insorgere da insicurezze sul proprio corpo, difficoltà scolastiche, incomprensioni tra compagni di classe e spesso, non sempre, porta a rifugiarsi in sé stessi e a preferire il silenzio allo scambio comunicativo con i genitori (Albiero, 2012).

A volte i genitori si arrabbiano quando il proprio figlio, dopo aver trascorso l’intera cena senza proferire parola, si rinchiude in camera a chiacchierare ore e ore al telefono con il suo migliore amico: tutto ciò è invece assolutamente normale e di grande utilità per il giovane ragazzo che trova rifugio, comprensione e consiglio in un coetaneo a cui vuole bene.

Diversa è la “crisi” del giovane borderline, che è della stessa sostanza della crisi borderline in età adulta (Bateman et al., 2019).

Metaforicamente parlando, la paragonerei a un’ubriacatura: si accumula goccia per goccia, ha un picco e dei postumi.

È come se ci trovassimo di fronte a una scacchiera: eventi negativi, pensieri ossessivi e paranoie muovono le “pedine della psiche” del giovane, che non sa assolutamente a che gioco sta giocando.

Lo scacco matto rappresenta il picco massimo di dolore, rabbia e disperazione.

Poi, con tempistiche e ripercussioni fisico-emotive diverse (ecco perché parlo di “postumi”), vi è il ritorno a uno stato di quiete.

Con lo “scacco matto” l’adolescente ha sicuramente perso qualcosa: durante la crisi potrebbe aver litigato con i genitori, forse con il partner e gli amici, potrebbe aver masochisticamente sprecato intere giornate che diversamente sarebbero state produttive o ha direttamente evitato la scuola, gli esami o un’importante finale di calcio (non a caso, le crisi si manifestano in prossimità di eventi importanti, come se il giovane avvertisse la necessità di agire la propria convinzione di essere un fallimento).

E per una persona che ha perso è difficile poi rimettersi in gioco.

Il borderline solitamente non riesce a comunicare il proprio stato d’animo e di conseguenza non riesce a sentirsi compreso, ecco perché gli agiti (acting out) sono il principale modo con cui viene gestita la propria disregolazione e impulsività.

Alcuni esempi di acting out sono la guida spericolata, lo shopping compulsivo, le abbuffate, l'abuso di alcol e droghe, la promiscuità sessuale e l'autolesionismo (Kernberg, 1987).

Ma gli acting out possono essere anche "silenziosi": ritiro, apatia e anedonia non devono essere visti solo ed esclusivamente come stati emotivi, ma come dei veri e propri tentativi (inefficaci) di scarica di vissuti negativi interiori.

A questa incapacità comunicativa del giovane borderline si ricollega il concetto di "alessitimia", sviluppato da J. Nemiah e P. Sifneos nel 1973.

L'alessitimia consiste in una seria difficoltà a connettersi con il proprio sé interiore, a comunicare i propri pensieri e le proprie emozioni e a riconoscere i sentimenti altrui (Caretto et al., 2005).

In una ricerca molto interessante di G. Basile, L. Quadrana e G. Monniello (2009), utilizzando gli strumenti SAR E TAS-20 per la valutazione dell'alessitimia, è emerso che gli adolescenti che presentano un maggior numero di tratti alessitimici sono proprio quelli con disturbo borderline.

Ritornando al concetto di crisi, credo vivamente che molti genitori non riescano a discernere questo particolare tipo di vissuto da cui vengono sopraffatti ciclicamente i loro figli.

Per esempio, una ragazza che è solita alleviare la propria sregolazione emotiva con lo shopping e nei momenti di malessere chiede dei soldi ai genitori, viene immediatamente etichettata come capricciosa e spendacciona.

Oppure, un ragazzo che si ritira in camera per qualche giorno ed è estremamente silenzioso, irritabile e sembra non badare ai propri bisogni primordiali come la fame e la pulizia, viene spesso dipinto come un pigrone, nullafacente.

No! Questi non sono assolutamente casi di ribellione e malessere "nella norma".

Non stiamo parlando del preferire un pomeriggio al centro commerciale con le amiche piuttosto che andare alla lezione di scuolaguida e non stiamo nemmeno parlando di un semplice ritiro riflessivo nella propria camera, episodi assolutamente in linea con l'età adolescenziale.

Si tratta di casistiche molto più gravi, degne di particolare attenzione e intervento.

Perché la crisi è così complessa? Innanzitutto perché, proprio come un'ubriacatura, quando è iniziata è difficile arrestarla, e soprattutto perché è difficile comunicare il proprio stato.

Dopotutto esiste forse un ubriaco con il quale si riescono a compiere grandi conversazioni?

Comprensione e amore, nel bene e nel male, accogliendo la rabbia, dando ascolto a quei silenzi che sono più rumorosi di qualunque altra cosa: questa è la miglior cura, il miglior contenimento da offrire a un giovane borderline.

2. IDENTIFICAZIONE CON L'AGGRESSORE: IL GERME DEL FALLIMENTO ALLA BASE DI AUTOLESIONISMO E AUTOSABOTAGGIO

“L'amore è donare ciò che non si ha a qualcuno che non lo vuole”

Jacques Lacan

Ricollegandomi a quanto è stato precedentemente detto riguardo gli agiti, mi concentrerò ora su una particolare tipologia di acting out molto frequente negli adolescenti borderline: l'autolesionismo, “figlio” dell'identificazione con l'aggressore.

Successivamente esaminerò il concetto di autosabotaggio, anch'esso legato alla ferita primaria, a quel fantasmatico germe del fallimento introiettato e mai del tutto debellato.

L'identificazione con l'aggressore (Identifikation mit dem Aggressor) è un concetto ritrovato per la prima volta nel “Diario clinico” di Ferenczi (1932).

C. Rocchi, nell'articolo “Identificazione con l'aggressore in Sándor Ferenczi” (2014), sottolinea quanto questo meccanismo di difesa sia molto più complesso rispetto a quello successivamente sviluppato da Anna Freud nel 1936, che rimane tuttavia il più conosciuto. Secondo A. Freud il bambino, di fronte all'esperienza traumatica, s'identifica con l'aggressore e da vittima si trasforma in carnefice (Rocchi, 2014).

Ferenczi, invece, va molto più a fondo della questione. In “Confusione delle lingue tra adulti e bambini” (1932), egli afferma che di fronte all'esperienza traumatica (abuso, maltrattamento ecc.), il bambino si trova del tutto inerme: la sua personalità è troppo poco formata anche solo per ribellarsi mentalmente.

Ne consegue l'impossibilità a pensare, parlare, reagire. Il terrore lo porta a essere schiavo dell'altro e a indovinare ed esaudire tutti i suoi desideri... per sopravvivere. Il bambino sente sia cosa prova l'aggressore, sia cosa vuole che la vittima provi. Si verifica dunque uno stato di completa identificazione con ciò che l'altro si aspetta, che concede però un “alibi”: quello di intuire, visto che “io sono lui”, come comportarsi per evitare un totale annientamento (Ferenczi, 1932).

I bambini diventano dei veri e propri strateghi nell'anticipare le mosse del proprio aguzzino, ecco perché una volta diventati adolescenti (e poi adulti) saranno molto capaci di entrare nella mente dell'altro e comprenderne pensieri e sentimenti: dopotutto, sono allenati da una vita!

“Pura intelligenza che preserva la vita” sostiene Ferenczi: non a caso, le persone con disturbo borderline spesso presentano un'intelligenza sopra la media.

Durante l'episodio traumatico si verifica un fenomeno dissociativo: la mente del bambino è invasa dalle percezioni dell'aggressore, cosicché l'esperienza è vissuta in stato oniroide (in psicopatologia, "stato di coscienza in cui il soggetto conserva un certo orientamento temporale e spaziale, pur con la presenza di fantasie deliranti e allucinazioni sensoriali", Treccani) o come se fosse vista dall'esterno (Ceragioli, 2013).

Di conseguenza la realtà viene negata, ecco perché uno dei principali meccanismi di difesa tipici del disturbo borderline rimarrà la negazione (assieme al diniego), sia in adolescenza che in età adulta (Giannopoulos, 2021).

Ferenczi individua anche uno stato scissionale, durante il quale il bambino perde completamente fiducia nei propri sensi: d'altronde come può sentirsi innocente e colpevole nello stesso momento? Alla dissociazione si accompagna una regressione allo stadio precedente l'evento traumatico, che permette così di "dimenticare" illusoriamente a livello della coscienza e di continuare ad amare il genitore, nonostante tutta la sua crudeltà (Ferenczi, 1932).

Ciò che però permarrà inconsciamente è, oltre alla propria sofferenza e umiliazione, il senso di colpa e di vergogna dell'adulto con cui è avvenuta l'identificazione.

Nella stragrande maggioranza dei casi, chi perpetra l'abuso raccomanda alla vittima di "Non dire niente a nessuno" oppure minimizza sostenendo che "Non è successo niente", generando ulteriore confusione nel bambino.

Ciò mi fa tristemente pensare al caso di due giovani sorelle, abusate dal padre negli anni 70 (Giannopoulos, 2001).

Nonostante le intimidazioni del padre, presero coraggio e confessarono l'accaduto alla madre. Quest'ultima non solo non le prese sul serio, ma le punì (traumatizzazione vicaria, Ferenczi).

Allora decisero di denunciare la violenza alla polizia. Ma quelli erano anni di povertà, le famiglie avevano bisogno dello stipendio del "pater familiae", nessuno poteva di certo permettersi di avere un padre/marito stupratore in carcere. E questo le forze dell'ordine lo sapevano bene.

Difatti la polizia non credette alle ragazze, o meglio... non volle credere.

"L'abbandono emozionale" e la "solitudine traumatica" di cui parla Ferenczi, sono state le conseguenze di tale misconoscimento emotivo nelle giovani adolescenti: l'"enfant terrible" della psicoanalisi aveva nuovamente fatto centro con le sue teorie.

Fortunatamente gli anni sono cambiati e molte associazioni contro gli abusi sui minori sono sempre attive e a disposizione di chi si trova tragicamente in una condizione simile a quella qui sopra citata. Il medioevo, salvo eccezioni, è passato.

Che cosa rimane dell'identificazione con l'aggressore? Solo un brutto ricordo inconscio, che magari bussa alle porte dei sogni? No. Rimane la sua cicatrice, profonda e dolorosa, alcune volte invisibile, altre volte ben marchiata sulla pelle.

Anzieu, nel suo libro "L'Io-pelle", descrive la pelle del soggetto borderline come un campo di battaglia tra l'interno e l'esterno, tra il detto e il non detto (Anzieu, 1987).

Ciò richiama nuovamente il concetto di alessitimia di Sifneos a cui ho fatto riferimento nel primo capitolo. L'alessitimia è fortemente associata ai disturbi psicosomatici, d'altronde se non è la voce, è il corpo a parlare: non a caso, tra i principali meccanismi di difesa del borderline ritroviamo anche la somatizzazione (Caretta et al., 2005).

Quanto dunque un'inflammazione cutanea o uno stato di amenorrea nell'adolescente è riconducibile a uno scompensamento ormonale e quanto invece può essere indice di somatizzazione?

Il corpo diventa un vero e proprio bersaglio, anche senza esserne consapevole.

In un giovane adolescente, l'herpes periodico e il senso di bruciore attorno alla bocca possono costituire un tentativo di minare l'arcaico punto di contatto tra sé e il seno materno; nel caso di una giovane ragazza, l'interruzione dell'ovulazione può rappresentare una condanna verso sé stessa, verso la propria femminilità, verso la propria madre.

Non è forse la voce dell'identificazione con l'aggressore a gridare?

Ecco perché è estremamente importante avere un occhio di riguardo per i giovani adolescenti e di fronte a una manifestazione somatica non dire semplicemente "è la crescita" o "è la crisi puberale", perché spesso... non è quel che sembra!

Ma l'identificazione con l'aggressore non si manifesta solo silenziosamente attraverso la somatizzazione.

Gli attacchi al proprio corpo e al proprio sé interiore possono avvenire anche in altri modi, perpetrati attivamente e consapevolmente dalla persona stessa: l'autolesionismo ne è un perfetto esempio (Linehan, 2021).

M. Linehan, nella sua autobiografia "Una vita degna di essere vissuta", si mette completamente a nudo e descrive i suoi anni giovanili, trascorsi tra istituti psichiatrici.

Lei stessa, ideatrice della terapia dialettico-comportamentale (DBT) per il trattamento del disturbo borderline, confessa di portare ancora con sé le cicatrici del suo "mostro interiore".

Ma quelle cicatrici, pur avendole provocato un'enorme sofferenza, le hanno permesso di aiutare moltissime altre persone a uscire dall'inferno.

"Ora sento che potrei piangere per la ragazza che ero. Forse è per questo che sono una buona terapeuta: perché capisco come si sentono i miei clienti" (Linehan, 2021).

La parola “autolesionismo” deriva dal greco “αὐτός” (sé stesso) e dal latino “laedere” (danneggiare). Comunemente viene inteso come il mero atto di autoinfliggersi delle ferite corporali, in realtà si tratta di un concetto molto più esteso e complesso, che consiste anche in atteggiamenti e/o comportamenti prolungati nel tempo, volti a nuocere a sé stessi nella propria globalità sia fisica che psichica (l’autosabotaggio, di cui parlerò successivamente, fa parte di essi).

L’autolesionismo comprende morsi, tagli o bruciature (di solito di sigaretta) a livello di polsi, braccia e gambe, ma anche in zone del corpo meno visibili come torace, seno e pianta dei piedi: spesso, infatti, l’atto si accompagna a un profondo senso di vergogna che porta la persona a celarne il più possibile i segni (Giannopoulos, 2021).

C’è anche chi sbatte ripetutamente la testa o qualche altra parte del corpo contro il muro o altri supporti fino a provocarsi fratture (un giovane adolescente, a causa di una delusione amorosa, è arrivato a fratturarsi l’ulna dell’avambraccio a furia di sbatterlo contro il lavandino del bagno!).

Altri esempi di autolesionismo sono le restrizioni o le abbuffate di cibo, il vomito autoindotto, l’abuso di alcol e/o di droghe: condotte molto spesso presenti nel periodo adolescenziale e che possono facilmente cronicizzarsi ed estendersi alla vita adulta se non tempestivamente riconosciute, trattate e ridimensionate.

La forma più estrema di autolesionismo è il tentativo di suicidio, che in alcuni casi può concludersi in tragedia (Giannopoulos, 2021).

Molti adolescenti con disturbo borderline riportano di avvertire, poco prima di lasciarsi andare alla pratica autolesionistica, un profondo senso di vuoto, di sconnessione dal mondo e da sé stessi.

Altri riferiscono che sono “emozioni negative ingestibili” a scatenare l’acting out (Mucci, 2020).

“Farsi del male” è la loro unica strategia per fronteggiare l’oblio emotivo e i sentimenti negativi, come se non trovassero altre vie di consolazione, altre strade per ritornare a uno stato di quiete.

L’esperienza dell’abbandono da parte di un amico o del partner, il senso di colpa per essere venuto meno alle aspettative altrui, la vergogna per il proprio corpo: sono solo alcune delle motivazioni che possono indurre a punire sé stessi.

Tutto è metaforicamente vissuto “sulla linea di confine” a cui io spesso faccio allusione: tutto è tragico, come la trincea, come la guerra.

L’autolesionismo può assumere diversi significati e scopi a seconda della persona che lo mette in atto.

Nel caso di Fabian (paziente di C. Mucci), gli atti bulimici, i tagli alla faccia e ai polpacci e i tentativi di suicidio dipendono da un profondo rifiuto per il proprio sé, per la propria immagine corporea e sessualità.

Il ragazzo ha perso la madre a causa di cancro quando aveva appena sei anni e da allora ha vissuto con il padre, affetto da disturbo bipolare, e con la matrigna, da cui ha subito un grave abuso psicologico. La donna l'ha sempre offeso e svalutato definendolo brutto, troppo grasso e puzzolente, indegno di vivere una storia d'amore, criticando persino i suoi ottimi voti perché "la scuola non serve a niente per la vita": degno di nota è il fatto che il padre non ha mai preso le difese del figlio (di nuovo: traumatizzazione vicaria, Ferenczi).

L'identificazione con l'aggressore è viva in Fabian e, oltre ad orchestrare un'autodistruttività egosintonica, genera in lui diffusione d'identità e sessuale (Mucci, 2020).

Nel caso di Amanda (affrontato da Normandin et al., 2022) è la paura dell'abbandono il movente principale dei suoi gesti autolesivi: si tratta di un tentativo estremo di tenere legato a sé l'oggetto d'amore di cui teme l'allontanamento, la perdita. La giovane, particolarmente sensibile ai comportamenti del proprio fidanzato, reagisce con aggressività anche solo quando lui parla con le compagne di scuola o quando esce con gli amici. Il ragazzo arriva così a chiederle di interrompere la relazione, per potersi concentrare sugli studi e sullo sport senza provare sensi di colpa. Amanda reagisce in modo estremo: si ritira nella propria camera, annuncia sui social network di volersi suicidare, mentre continua assiduamente a chiamare al telefono il ragazzo, che però blocca il suo numero. Lei allora, in preda alla disperazione, assume una dose di farmaci e lascia un messaggio d'addio (Normandin et al., 2022).

Invece, prendendo in considerazione Anna (paziente di A. Ruggieri, autore dell'articolo "Riflessioni riguardo al Disturbo di Personalità Borderline in adolescenza", 2018), le sue motivazioni a "farsi del male" sono ben altre.

Anna è una giovane ragazza che richiama l'attenzione clinica specialmente per i suoi inspiegabili gesti automutilanti. Com'è possibile tutto questo? Lei che è sempre figurata come una giovane attenta al proprio corpo, responsabile, studiosa, oserei dire "quasi perfetta", improvvisamente getta tutto all'aria?

Già... "Quasi perfetta". Ed è proprio quel "quasi" ad aver risvegliato il suo "demone interiore", che non credo debba essere visto per forza in senso negativo, seppur l'atto autolesionistico sia di per sé drammatico (esporrò questo mio pensiero personale, secondo cui l'autolesionismo porta con sé una forza distruttiva ma tendente alla rinascita, nel terzo capitolo).

I genitori hanno sempre preteso molto da Anna, fin da bambina.

Ma quando l'adolescenza bussa alle porte della psiche, è inevitabile lo scontro tra il proprio vero Sé e quelle che invece sono le aspettative altrui: inutile dire che c'è chi, pur riconoscendo di essersi cucito addosso un falso Sé, non protesta affatto e chi invece ha estrema sete di libertà e si ribella.

“La corsa alla perfezione” era ormai diventata sempre più stancante e opprimente: Anna non ne vedeva mai la fine. Dopotutto è come se si tentasse di acquistare una merce che non esiste: anche si possedessero tutti i soldi del mondo... se non esiste, non esiste!

Il suo sentirsi costantemente sotto pressione ha portato la ragazza a chiedersi: “Quale vita sto vivendo? Quella che desidero io o quella a cui ambiscono i miei genitori?”.

E così ha coraggiosamente deciso di ritrovare la sua vera essenza.

Ma come comunicare questo “cambio rotta” a chi l’ha vestita per tanto tempo di falsa apparenza?

Di per certo Anna ha adoperato una strategia disfunzionale, ma era l’unica che possedeva... per tornare a vivere.

La giovane infatti, procurandosi ferite anche molto profonde, stava chiedendo una tregua dal dover essere perfetta, stava reclamando di voler decidere per la propria vita.

Se un infermiere si mostrava troppo sicuro di averla capita e rassicurata, lei avvertiva che la sua problematica fosse sottostimata, si sentiva abbandonata e dunque si tagliava di nuovo: nessuno, infatti, stava comprendendo che non v’erano altre cause alla base del suo problema se non un disperato tentativo di ripresa di controllo su di sé (Ruggeri, 2018).

Anche nel caso dell’anoressia o della bulimia, ingerendo ed espellendo il cibo, la persona tenta di padroneggiare qualcosa di affettivo su cui non ha avuto controllo nel passato (Mucci, 2020).

Un modo meno “visibile” e meno consapevole di agire contro sé stessi è l’autosabotaggio, che comunque rientra nel quadro dell’autolesionismo, in quanto danneggia la persona e la devia dal raggiungimento dei propri obiettivi, provocandole molta sofferenza (Giannopoulos, 2021).

Il termine autosabotaggio proviene dal greco “αὐτός” (sé stesso) e dal francese “sabot” (zoccolo), nel senso di “lavorare senza cura, come nel produrre uno zoccolo”.

Ne deriva che l’autosabotaggio consiste nel mettere in atto comportamenti non curanti dei propri reali bisogni.

L’autosabotaggio è come un tarlo in un mobile: ne consuma lentamente l’interno, senza fare troppo rumore, ma lasciandone innumerevoli tracce all’esterno.

Un esempio rappresentativo dell’autosabotaggio viene proposto da Normandin et al.: Claire è una studentessa di diciassette anni, molto intelligente, che si è prefissata di concludere con buoni voti il liceo e poi di frequentare l’università, ma che nella pratica non studia abbastanza, spreca molto del suo tempo e si dà a comportamenti rischiosi come abuso di alcol e sessualità promiscua.

Solo con l’adeguata psicoterapia, la ragazza ha preso consapevolezza che tali condotte si verificano specialmente in prossimità di interrogazioni e verifiche, proprio perché strettamente legate al tentativo di sabotare il proprio percorso scolastico che ha profondamente a cuore (Normandin et al., 2022).

Trasformare questo insano meccanismo da inconscio a conscio permette di disinnescarlo.

Ma non solo: una volta smascherato, occorre anche molta forza di volontà per non lasciarsi andare al proprio istinto autodistruttivo (Silvestri, 2019).

Un altro caso significativo è quello di Deborah (affrontato da Y. Giannopoulos, 1996), vittima di un passato di trascuratezza da parte dei genitori, che hanno abbandonato lei e i suoi fratelli dai nonni per andare a convivere con i corrispettivi nuovi partner.

La ferita d'abbandono ha seminato in lei la convinzione secondo cui "non merita di essere amata" e, nonostante appaia molto in gamba (chiunque la descrive come brillante, studiosa, amichevole e intraprendente), in un ambito preciso della sua vita si autosabota regolarmente.

Il suo desiderio più grande è sempre stato quello di incontrare "l'uomo dei suoi sogni", colui che le avrebbe finalmente permesso di vivere l'affetto di quel padre andatosene troppo presto.

Qualunque donna, indipendentemente dai traumi e dagli abbandoni subiti, desidera incontrare l'amore vero. Ma in questi casi, più che negli altri, l'autosabotaggio è sempre in agguato ed è pronto a sferrare il suo attacco da un momento all'altro.

Infatti, Deborah si ritrova puntualmente tra le braccia di uomini sbagliati, nonostante lei sia profondamente convinta facciano al caso suo.

Prima si fidanza con un ragazzo freddo e disinteressato (ritratto del padre degno di Van Gogh!), nei confronti del quale ha tentato di operare un cambiamento disperato, essendosi più volte incolpata "di non aver fatto abbastanza per non far scappare i genitori".

Inutile dire che si è trattato di un tentativo fallito miseramente: oltre a non aver mai cambiato atteggiamento, il ragazzo ha abbandonato Deborah il giorno del suo sedicesimo compleanno, con un gelido messaggio d'addio.

Anche C. Mucci, esponendo il caso di Ariadna, mostra quanto il senso di colpa in un bambino possa condurlo alla dinamica di "role reversal", ossia cercare in tutti i modi di prendersi cura dell'adulto, piuttosto che esserne oggetto di cura.

La convinzione alla base, che è la stessa di Deborah, è che "se i miei genitori non mi accudiscono è perché sono sbagliata, dunque devo essere io a darmi da fare per essere accettata".

Ne consegue un malfunzionamento del Super-io (tipico dei soggetti borderline, nei quali è troppo rigido o troppo debole).

Le adolescenti qui trattate presentano entrambe un Super-io ipertrofico, con tratti masochistici, che porta a impegno e rigidità, a doversi mostrare perfette in ogni contesto e a mettere al primo posto le esigenze altrui, a scapito del proprio benessere (Mucci, 2020).

Tornando a Deborah, la sua situazione sentimentale si aggrava ulteriormente quando entra in scena il partner successivo, più grande di qualche anno, che fin da subito si dimostra presente e attento, ma al contempo molto diffidente e possessivo.

Deborah si convince di aver finalmente trovato il compagno ideale che, al contrario di tutti gli altri uomini della sua vita, rimane al suo fianco. Ma a che prezzo?

L'autosabotaggio non la fa minimamente accorgere che, a causa della gelosia ossessiva del partner, sta pian piano perdendo tutto: non ha più tempo per lo studio, per gli amici, per gli hobbies.

I voti a scuola cominciano a peggiorare, gli amici la evitano perché non sopportano di doverla incontrare solo ed esclusivamente in presenza del ragazzo, per di più deve rinunciare ai corsi di nuoto in piscina perché a detta di lui “troppi la vedrebbero in costume”.

Tuttavia lei si convince che gli atteggiamenti del fidanzato siano una dimostrazione del suo amore smisurato e arriverà anche a giustificare non solo la sua violenza verbale, ma anche fisica.

La “fame d’amore” è un istinto d’autoconservazione e chi si trova nella “selva oscura” sa che solo se sarà saziato di quel primordiale nutrimento che gli è mancato durante l’infanzia si salverà. Tuttavia l’autosabotaggio è un temibile nemico che conosce bene i nostri desideri più profondi, benda gli occhi e conduce nella via più scoscesa, facendoci imbattere in persone che non vediamo per ciò che realmente sono.

Riporto un passo tratto dal libro “Donne che amano troppo” di R. Norwood, che non solo attribuisce un significato profondo al contenuto qui sopra presentato, ma accende anche un barlume di luce nel buio della sofferenza emotiva.

*“È un principio spirituale quello secondo cui continueremo a incontrare altri che incarna-
ranno per noi l’occasione di apprendere la lezione che ci sta più a cuore. Quando impareremo a superare i
problemi in noi stesse, i nostri insegnanti scompariranno a poco a poco.”*

Robin Norwood

Nel capitolo successivo mi focalizzerò su un caso particolare, quello di Sabina Spielrein, paziente e “anima” di Carl Gustav Jung, che in seguito divenne una grandissima psicoanalista.

La giovane racchiude in sé molte caratteristiche del disturbo borderline precedentemente citate: raffigura l’adolescente che non rimane a contatto con la realtà, ma che s’immerge nei meandri più bui della psiche.

3. CONCLUSIONI: LA DISTRUZIONE COME CAUSA DELLA NASCITA

“Quando morirò voglio che il dottor Jung abbia la mia testa, solo lui potrà aprirla e sezionarla. Voglio che il mio corpo sia cremato e che le ceneri siano sparse sotto una quercia su cui sia scritto: anche io sono stata un essere umano.”
Testamento spirituale di Sabina Spielrein

Sabina era solo un'adolescente quando fu ricoverata nell'ospedale psichiatrico di Burghölzli, nei pressi di Zurigo, con sintomatologia che oggi definiremmo borderline: appare chiaro che il suo più grande desiderio di allora fosse quello di essere compresa e amata incondizionatamente.

La Spielrein, giovane ebrea di origini russe, manifestava da tempo comportamenti anomali, aggravatisi dopo la morte della sorella a causa di tifo.

Se analizziamo la cartella clinica del Burghölzli, stilata dallo stesso Jung, ritroviamo molti elementi del disturbo borderline trattati precedentemente.

Sabina presentava fasi depressive e crisi emotive che di tanto in tanto lasciavano spazio a stati di apparente benessere. L'ansia e l'angoscia, accompagnate da ossessioni e tic nervosi, si alternavano a picchi di risa e momenti d'esuberanza: il quadro sintomatologico s'esperava quando veniva lasciata sola.

Nel suo racconto, la ragazza lascia intuire un fatto scabroso accaduto in famiglia, molto probabilmente di natura sessuale: quasi certamente, l'Edipo irrisolto è stato il dio ispiratore della patologia (Jung, 1904).

La giovane adolescente si sentiva abietta, indegna di vivere, in particolare si riteneva un fallimento agli occhi del padre, il quale fin da bambina era solito minacciare e picchiare lei e i suoi fratelli. Centrale è la modalità, il rituale per così dire “bizzarro”, con cui venivano inflitte le punizioni corporali: l'umiliazione derivante è la chiave del mondo di Sabina (Carotenuto, 1981).

Contemplando nuovamente il costrutto di identificazione con l'aggressore, si nota come la figura del padre, caricata di profonda ambivalenza dalla figlia, è stata da Sabina introiettata e utilizzata come campo di battaglia tra pulsione di vita e di morte.

Difatti molte volte tentò il suicidio, per esempio digiunando o infliggendosi ferite corporali, nel tentativo di domare gravi stati di agitazione emotiva o di colmare profondi sentimenti di vuoto.

Personalmente credo che il “sentimento di vuoto”, tanto citato dai criteri diagnostici, sia una riemersione dall'inconscio dell'antico stato oniroide traumatico di cui parla Ferenczi.

Dopotutto, come afferma Freud, non solo i sogni rimettono in scena il vissuto traumatico, anche la quotidianità può rilasciare materiale inconscio (Freud, 1920).

In effetti è curioso come il senso di vuoto venga spesso descritto come accompagnato da “senso di disorientamento, di scissione, di perdita di controllo e di distacco dalla realtà”, caratteristiche simili a quelle utilizzate da chi rievoca il ricordo di un maltrattamento o di un abuso.

È come se il giovane “approfittasse” di riavvertire quelle antiche sensazioni e che poi si lasciasse andare all’autolesionismo per riscattare sé stesso, per cercare di superare il trauma infantile: “Se ora sono io ad agire, sono io e soltanto io il colpevole, non più mia madre/mio padre”.

Obiettivo primario è dunque riacquisire il controllo di sé stessi, lo stesso che un tempo fu completamente perduto nel momento della totale sottomissione alla volontà e all’angheria genitoriale.

Riassumendo credo che l’autolesionismo, più che avere il fine ultimo di liberarsi dal senso di vuoto e dalle emozioni negative, consista piuttosto nell’“approfittare” di tali stati interiori con il tentativo di superare il trauma originario, sostituendosi al genitore e non tanto identificandosi con lui.

Sostituirsi non è sinonimo di identificarsi.

Sostituirsi significa rimettersi al timone della propria nave.

“La distruzione come causa della nascita” (Die Destruktion als Ursache des Werdens) è il titolo di uno dei più famosi scritti della dottoressa Spielrein, che successivamente ispirarono le opere dello stesso Freud.

In esso si legge:

“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” (Spielrein, 1912).

Ciò mi fa tornare al concetto di autolesionismo e riflettere sulla sua simbologia.

Come già ho accennato nel secondo capitolo, è consuetudine ritenere che alla base delle condotte autolesive vi sia principalmente il desiderio di farsi del male e di procurarsi dolore.

Ma allora perché molte persone che praticano autolesionismo sostengono di sentirsi meglio dopo aver compiuto l’atto?

C’è chi riferisce di non avvertire più il senso di vuoto, chi si sente finalmente libero dalle emozioni negative, addirittura c’è chi si sente più vivo, rinato!

Qualcuno confessa di provare dolore misto a piacere ed eccitamento, esattamente come nel caso dell’atto riproduttivo, lo stesso in cui la Spielrein intravedeva la distruzione come causa del divenire.

Non voglio in alcun modo sostenere che l’autolesionismo sia una pratica efficace, considerando quanto le sue conseguenze possano essere tragiche.

Desidero tuttavia riflettere sull’intenzione pulsionale che precede il gesto.

Credo che la pratica autolesionistica non abbia lo scopo ultimo di farsi del male, ma piuttosto quello di distruggersi pur di riacquisire il controllo su di sé.

Perché riacquisire il controllo su di sé è così importante? Perché significa riconquistare la propria libertà, a costo della propria incolumità. Dopotutto... solo l'uomo libero vive!

Nell'atto autolesionistico si cela, come nascosta dal velo di Maya, la distruzione come causa della nascita.

Nella trattazione del disturbo borderline in adolescenza, nella discussione dei casi clinici e nell'interpretazione simbolica delle condotte autolesive ho assunto una prospettiva psicodinamica: naturalmente esistono altri approcci che intervengono nel quadro dei disturbi di personalità.

Ricollegandomi alla differenza tra adolescenti "nella norma" e adolescenti borderline presentata nel primo capitolo, appare chiaro che i sintomi di Sabina Spielrein (l'instabilità dell'umore, la paura abbandonica, i gesti automutilanti ecc.) non possano essere ricondotti a una semplice crisi puberale.

La sua infanzia tormentata, la mancanza di contenimento affettivo, le punizioni fisiche e l'incolmabile sofferenza per la morte della sorella l'hanno condotta a un vero e proprio sconfinamento psichico.

Anche un "tipico" adolescente potrebbe aver vissuto un'infanzia infelice, aver affrontato un lutto o una separazione in famiglia: per di più, tutti i giovani s'interfacciano quotidianamente con i propri cambiamenti di pensiero e d'umore, lottano contro il senso di inadeguatezza per un corpo che è in continua evoluzione, si scontrano con i genitori e con le regole e cercano ardentemente nuovi stimoli. Ma la differenza risiede in chi l'adolescente sente di essere quando il mare è in burrasca: se il bambino maltrattato che non merita cure e attenzioni o un giovane che, nonostante i suoi fallimenti, è comunque degno d'amore. La differenza sta nel simbolo interiorizzato, che può essere svalutante e punitivo o benevolo e comprensivo.

Sabina, quando da giovanissima scrive il suo "testamento spirituale", arriva a una presa di coscienza fondamentale per la sua guarigione. Jung, la sua prima fonte di amore, incarna per lei un nuovo simbolo, un simbolo di accettazione e di vita: un simbolo che non abbandonerà mai, poiché gli è indispensabile per sopravvivere, così come il cuore non può fare a meno delle sue valvole.

Ecco che finalmente, dopo anni di turbamento, la giovane si ricrede sul proprio valore e riflette sul tempo di vita trascorso: "Anche io sono stata un essere umano".

Come è stato ampiamente dimostrato, il disturbo borderline può essere di gran lunga invalidante per la vita personale, scolastica e sociale dell'adolescente.

La sofferenza che genera è direttamente proporzionale all'impossibilità di gestire il proprio "caos psichico" e all'estenuante incapacità di farsi comprendere nei momenti di forte reattività emotiva.

Ribadisco nuovamente quanto sia di estrema importanza interpretare e dare un significato ai comportamenti atipici che il giovane mette in atto, senza incriminarlo: saper discernere i sintomi di un disturbo di personalità da quelli che invece sono normali periodi evolutivi e di fragilità puberale è il primo passo per intervenire ed essere di supporto a un familiare, a uno studente o a un amico.

Come M. Linehan sostiene: la soluzione è bilanciare accettazione e cambiamento a favore di una vita... degna di essere vissuta (Linehan, 2021).

Tornando al periodo dell'ospedalizzazione della Spielrein, l'unico che riuscì a guarirla fu proprio Jung, che per la prima volta nella sua carriera adoperò con lei il metodo della "cura con la parola".

Niente più docce gelate o trattamenti simil medioevali, solo parole salvifiche.

Grazie al dottor Jung la malattia di Sabina si trasformò in poesia e da allora Thanatos fu sposa di Eros.

“Se si insegna la libertà a un bambino fin dall'inizio forse diventerà un uomo veramente libero”

Sabina Spielrein

4. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

*Albiero, P. (2012). *Il benessere psicosociale in adolescenza. Prospettive multidisciplinari*. Carocci Editore, 2021.

*Anzieu, D. (1987). *L'Io-pelle*. Raffaello Cortina Editore, 2017.

*Basile G., Quadrana L., Monniello G. (2009). Alessitimia e Disturbi di Personalità in Adolescenza. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, vol. 76, p.513-531.

*Bateman A., Fonagy P. (2010). *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione. Per il disturbo borderline di personalità*. Raffaello Cortina Editore.

Braconnier A., Marcelli D. (1983). *Adolescenza e psicopatologia*. Masson, 1999.

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

*Carotenuto, A. (1980). *Diario di una Segreta Simmetria. Sabina Spielrein tra Jung e Freud*. Casa Editrice Astrolabio, 1990.

Castelli A., Colombini M.J., Ferri F., Forte F., Mauri M., Moschini G.P., Panti M., Quarti M.A., (2001). Crisi adolescenziale e funzionamento borderline: l'accoglimento nei Centri di ascolto. In A. Novelletto ed E. Masina, *Il disturbo di personalità in adolescenza. Borderline, antisociali, psicotici* (p.87-94).

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.

Corigliano N., Carratelli T. (2001). Il trattamento psicoanalitico dell'adolescente borderline.

In A. Novelletto ed E. Masina, *Il disturbo di personalità in adolescenza. Borderline, antisociali, psicotici* (p.253-268).

*Ferenczi, S. (1932). *Diario Clinico*. Raffaello Cortina Editore, 2004.

*Ferenczi, S. (1932). Confusione delle lingue tra adulti e bambini, in *Opere, Volume Quarto*. Raffaello Cortina Editore, 2002.

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

Giannopoulos, Y. (1996). *Psicoterapie Brevi Dinamiche e Disturbo di Personalità Borderline. Realtà o utopia?*

Relazione presentata al II European Congress On Personality Disorders, Ospedale San Raffaele (Milano), 26-29 giugno 1996.

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

Giannopoulos, Y. (2001). *Abuso sessuale e Personalità Borderline*.

Relazione presentata al Convegno Congiunto OPIFER e AAP, Venezia.

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

*Graves, R. (1992). *I miti greci*. Longanesi.

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

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

*Kress-Rosen, N. (2003). *La passione di Sabina. Freud, Jung e Sabina Spielrein*. La Tartaruga.

*Lancini, M. (2015). *Adolescenti Navigati. Come sostenere la crescita dei nativi digitali*. Erickson.

*Linehan, M. (2021). *Una vita degna di essere vissuta*. Raffaello Cortina Editore.

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

*Mura, A. (2011). L'organizzazione di personalità borderline in età adulta e in adolescenza. *International Journal of Psychoanalysis and Education*, vol. III, n°2, p.92-125.

*Normandin L., Ensink K., Weiner A., Kernberg O. (2022). *Adolescenti con gravi disturbi di personalità. La psicoterapia focalizzata sul transfert*. Raffaello Cortina Editore.

*Norwood, R. (1989). *Donne che amano troppo*. Feltrinelli, 2013.

*Palmonari, A. (1993). *Psicologia dell'adolescenza*. Il Mulino, 2011.

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

*Pirandello, L. (1926). *Uno, nessuno e centomila*. Edimedia, 2021.

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

*Ruggieri, A. (2018). Riflessioni riguardo al Disturbo di Personalità Borderline in adolescenza. *Polaris. Psicoanalisi e mondo contemporaneo*, n°3, p.95-110.

*Silvestri, D. (2019). *Il potere del cambiamento*. Hoepli.

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

Steinberg, L. (2015). *Adolescenti. L'età delle opportunità*. Codice.

*Zucconi, E. (2019). *Sigfrido. L'eroe leggendario protagonista di un viaggio che s'inizia alle origini della storia europea*. NovAntico.

* = **Fonti direttamente consultate**

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio il mio relatore, il Professor Albiero, per l'interessamento, il supporto e la pazienza offertami in questi mesi per la stesura della tesi.

Ringrazio il Professor Giannopoulos per la sua disinteressata generosità nel trasmettermi la sua esperienza e per la preziosa opportunità di crescita personale e 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 percorso universitario.

Un grande ringraziamento alle mie amiche, la mia seconda famiglia.

In particolare ringrazio Aurora, Elisa, Giada F., Giada P., Isabella e Martina: ciascuna di voi compone un pezzo unico e insostituibile di quel puzzle che è il mio cuore. Vi sono riconoscente per ogni attimo trascorso assieme, per ogni risata strappatami, per essermi sempre state di sostegno in questi anni. Come il mare e le sue onde, siete parte inscindibile di me.

Ringrazio tutte le compagne d'università che hanno sempre e sinceramente fatto il tifo per me: in particolare Eleonora e Sara.

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