

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE
E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea triennale in Servizio Sociale



***IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ:
vivere in balia di un sé fluttuante***

Relatrice: Prof.ssa Gianna Magnolfi

Laureanda: Chiara Zen

Matricola n. 1224473

A.A. 2021-2022

RINGRAZIAMENTI

*Ai miei affetti più cari
e a me stessa*

INDICE

INTRODUZIONE	6
CAPITOLO 1 – Disturbi di personalità: il disturbo borderline di personalità	9
1.1 Disturbi di personalità	9
1.1.1 Costrutto di personalità e la sua origine storica	9
1.1.2 Diagnosi di disturbo di personalità	10
1.2 Disturbo borderline di personalità (<i>BPD</i>)	12
1.2.1 Evoluzione del termine “ <i>borderline</i> ”	12
1.2.2 Epidemiologia	15
1.2.3 DSM-5: definizione e sintomatologia	16
1.2.4 Disregolazione emotiva e comportamentale	18
CAPITOLO 2 – Cause, trattamento e possibili conseguenze del BPD	22
2.1 Eziologia: interazione tra fattori genetici e ambientali	22
2.1.1 Trauma infantile	24
2.2 Cura e trattamento	25
2.2.1 Farmacoterapia	27
2.2.2 Psicoterapia	28
2.2.3 Trattamento ospedaliero	30
2.2.4 Terapia della famiglia	31
2.3 Conseguenze comportamentali correlate alla disregolazione emotiva	34
CAPITOLO 3 – Il mondo relazionale del paziente borderline	38
3.1 BPD e comorbidità psichiatriche	38
3.1.1 Disturbo dipendente	38
3.1.2 Ansia da separazione	39
3.2 Relazioni interpersonali	40
3.2.1 Rapporto con il partner	41
3.2.2 Rapporto con i professionisti	42
3.2.3 Rapporto con il proprio sé	45
3.3 Il caso di Anna	45
CONCLUSIONI	49
BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA	54

INTRODUZIONE

L'elaborato affronta il tema relativo al disturbo borderline di personalità, in sigla "BPD", uno dei dieci disturbi di personalità attualmente riconosciuti e diagnosticati dai professionisti della salute mentale. Esso si presenta come una patologia complessa e poliedrica, i pazienti che ne sono affetti manifestano caratteristiche peculiari ed anche le ragioni che portano ad un suo sviluppo sono diversificate e soggettive. Tuttavia, sono le tempistiche dell'esordio, collocato per la maggior parte in adolescenza ed entro la prima età adulta, ad essere uno dei tratti che accomuna le persone borderline. Inoltre, un ulteriore elemento distintivo è correlato alle chiare problematicità in campi come il controllo degli impulsi e le relazioni interpersonali, motivo per cui il funzionamento del soggetto nei vari ambiti di vita risulta fortemente compromesso. La scelta del titolo richiama al fatto che la persona con BPD soffre di continui sbalzi d'umore e veloci oscillazioni degli stati emotivi, che la costringono a "vivere in balia di un sé fluttuante" e di conseguenza ad agire in modo irrazionale e talvolta incomprensibile.

La motivazione che mi ha spinto ad approfondire tale argomento è stato lo svolgimento di un tirocinio presso un Centro di Salute Mentale, intrapreso in virtù del forte interesse nutrito nei confronti della psichiatria. Di quel luogo ricordo un corridoio sempre affollato: sedute, varie persone, pazienti e familiari, ognuna con un'espressione differente e con un linguaggio non verbale che puntualmente cercavo di decifrare con curiosità. Ricordo lo spaesamento dei primi giorni, emozioni varie che parevano una fusione tra entusiasmo, imbarazzo, tristezza e paura, probabilmente perché mai fino ad allora avevo avuto l'occasione di vedere concretamente quanto prima immaginavo e leggevo tra i manuali. Non è stato semplice varcare la soglia di quella porta, provare per osmosi il dolore dei pazienti e il disagio che provavano a causa dei pregiudizi che ancora oggi sono rivolti alle persone con malattie mentali. Già dal primo giorno di questa esperienza ho ritenuto necessario riflettere su ogni stato d'animo che provavo, su ogni difficoltà che mi faceva sentire impotente, su ogni sguardo che incrociavo implorante d'aiuto e che spesso mi metteva soggezione. Ho capito che una riflessione interiore e un costante confronto con gli operatori, anche e soprattutto sui lati emotivi, sarebbero stati degli strumenti indispensabili per poter trarre il meglio da un tirocinio svolto in un contesto tanto delicato e complesso. Affiancata da un'assistente sociale, ho avuto modo di ascoltare i racconti di

decine e decine di persone, ciascuno con delle specificità che rendevano imprescindibile la definizione di percorsi di cura individualizzati e flessibili. Tra gli innumerevoli casi però, è stato uno ad avermi particolarmente colpita, ossia quello di una donna che ho deciso di chiamare Anna. Anna è una paziente affetta dal disturbo borderline di personalità ed è la sua storia, caotica e burrascosa, ad avermi guidata nella scrittura di questo elaborato. Dal primo momento in cui ho parlato con lei, è scaturita in me una particolare curiosità nei confronti del BPD, che mi ha portata a renderlo il perno di questa tesi.

Di seguito, si definiscono gli snodi tematici attraverso cui si struttura l'elaborato, il quale presenta tre capitoli.

Il primo capitolo introduce l'argomento in un'ottica ampia, descrivendo innanzitutto l'origine storica del costrutto di personalità e i criteri per diagnosticare i disturbi di personalità; successivamente, viene ristretto il campo al BPD, rispetto al quale viene analizzata l'evoluzione del termine "borderline", la distribuzione e frequenza della patologia tra la popolazione generale, i sintomi e i criteri per effettuarne la diagnosi, nonché la sua principale caratteristica, ovvero la disregolazione emotiva e comportamentale.

Nel secondo capitolo si scende ancor più nello specifico del tema in questione. Viene esaminata l'eziologia del disturbo borderline, legata ad una commistione tra fattori biologico-individuali e fattori socio-culturali, in cui i primi predispongono il soggetto ad una vulnerabilità genetica e i secondi, se negativi e stressogeni, lo portano con maggior probabilità a sviluppare la malattia. Il sottoparagrafo 2.1.1 è totalmente dedicato al trauma infantile che, in quanto causa principale dell'insorgenza del BPD, ricorre frequentemente all'interno della tesi. Il capitolo due accompagna inoltre il lettore verso la conoscenza dei principali trattamenti proposti dall'equipe socio-sanitaria sia per i pazienti borderline, la cui cura è complessa e non sempre garantita, che per i caregiver, il cui coinvolgimento all'interno del percorso di cambiamento risulta essenziale. Quanto agli interventi descritti, viene sottolineata la maggior efficacia della psicoterapia rispetto alla farmacoterapia. Successivamente, vengono riportate le conseguenze comportamentali del disturbo, intese come atti impulsivi causati dalla disregolazione emotiva e che pongono la persona in una costante situazione di rischio.

Infine, il terzo ed ultimo capitolo che, partendo dall'analisi di due comorbilità che spesso si presentano in concomitanza al BPD, ossia il disturbo dipendente e il disturbo da ansia da separazione, si concentra sulla questione relativa alle dinamiche relazionali tipicamente vissute da un paziente borderline, con una particolare sottolineatura sui rapporti disfunzionali che in genere intrattiene con il partner, con i professionisti dell'aiuto e con sé stesso. A causa dell'instabilità emotiva e dell'impulsività della persona borderline, le relazioni che intrattiene risultano altamente disadattive, vissute in modo patologicamente altalenante e spesso destinate a terminare. In conclusione a questo capitolo, ho scelto di collocare la storia di Anna, come dimostrazione concreta degli approfondimenti teorici proposti nel corso della tesi.

L'obiettivo dell'elaborato, perciò, è quello di fornire, tramite un approccio descrittivo, una vasta panoramica rispetto al disturbo borderline di personalità, accompagnando il lettore nella comprensione delle sue molteplici sfaccettature e complessità sintomatologiche. Inoltre, scrivere su questo argomento permetterà a me di approfondire conoscenze e riflessioni in merito, dando un senso più completo alla preziosa esperienza di tirocinio compiuta.

CAPITOLO 1

DISTURBI DI PERSONALITÀ: IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

1.1 DISTURBI DI PERSONALITÀ

1.1.1 Costrutto di personalità e la sua origine storica

“Persona” in latino significa “maschera teatrale”, “personaggio sulla scena”; pertanto, il termine “personalità” rimanda alla modalità di relazione fra l'agire dell'attore e il suo teatro. Dunque, la personalità si presenta come un pattern che consente alla persona di vedere, comprendere e relazionarsi con il mondo e con sé stessa. Nello specifico, si definisce come una combinazione di pensieri, emozioni e comportamenti che rendono ogni individuo unico, in altre parole è l'insieme dei tratti e delle qualità che lo contraddistinguono e lo rendono diverso dagli altri. A differenziarla dal temperamento, che è la componente più biologica e genetica dell'essere umano espressa attraverso l'istinto, gli impulsi, le disposizioni naturali, le necessità e gli stati affettivi, è il fatto che la personalità sia il risultato di due condizionamenti, ovvero i fattori genetico-biologici e i fattori ambientali. Essa inizia a formarsi durante il periodo infantile, attraverso l'interazione tra i fattori appena citati. Se nello sviluppo normo-tipico i bambini imparano gradualmente ad interpretare i segnali sociali e a rispondervi in modo appropriato, al contrario nello sviluppo atipico in cui ciò non avviene è possibile che si generi un disturbo di personalità. Perciò, si può dire che se le strategie che permettono di adattarsi ai cambiamenti esterni non vengono utilizzate efficacemente e finiscono per diventare disfunzionali, la persona può sviluppare un disordine di questo genere.

Sul piano storico, il costrutto della personalità è molto antico. Già Ippocrate di Kos, medico-filosofo vissuto tra il 460 e il 370 a.C., aveva introdotto il concetto di “temperamento” identificandone alcune forme: il flemmatico era la persona tipicamente pacata, il sanguigno era sicuro di sé, il collerico era costantemente arrabbiato, infine il melanconico era triste e si ritirava socialmente. Gli umori, ossia le sostanze di cui era composto il corpo umano secondo questa teoria, erano bile nera, bile gialla, flegma e infine sangue o umore rosso, i quali dovevano essere proporzionati in ogni individuo e in caso contrario, qualora sopraggiungesse uno squilibrio tra le parti, sorgeva la malattia, sia

del corpo che dello spirito. In altre parole, la malattia era sinonimo di un'alterazione nel bilanciamento dei quattro umori essenziali, perciò per curarla era necessario ristabilire un ordine. Con queste supposizioni Ippocrate ha definito la "Teoria dei Quattro Umori", che corrisponde al primo tentativo di classificazione dei diversi temperamenti dell'essere umano e che lo ha reso il più antico precursore dello studio della personalità. Tale teoria è stata accettata ed applicata dalla maggior parte dei medici fino alla metà dell'Ottocento, proprio per questa peculiare scoperta dell'esistenza di tratti specifici e differenti di persona in persona. È poi da evidenziare il fatto che già nell'Antica Grecia, periodo in cui è emersa tale teoria, si percepivano la mente e il corpo come un'unica entità, pertanto la malattia non era vista come una questione meramente organica.

Un altro importante e più recente studioso del costrutto della personalità è Kurt Schneider, psichiatra e filosofo tedesco (1887-1966). Egli riteneva che i disturbi di personalità risalissero da "*Personalità in qualche modo abnormi, che per la loro anomalia soffrono o fanno soffrire la società*"; con questa definizione Schneider ha introdotto un dettaglio rilevante ed estremamente attuale, dicendo che questi tratti patologici non riguardano solo l'individuo, ma hanno dolorose conseguenze anche su chi lo circonda. Nello specifico, sosteneva che queste "*personalità abnormi*" fossero dieci e si discostassero dai comportamenti che rappresentavano la norma. Tuttavia, anche se egli è ritenuto il pioniere della classificazione delle personalità psicopatiche, ad oggi la sua teoria è considerata obsoleta. Uno dei limiti dei suoi studi è legato al fatto che non li abbia condotti con totale oggettività, ma che abbia fuso un approccio medico ad uno più morale; ha delineato, infatti, delle diagnosi di personalità basate prettamente su giudizi di valore che non sono contemplabili dalla scienza. Ciò nonostante, alcune sue intuizioni sono state utilizzate come punto di partenza per certe descrizioni successive, comprese le attuali classificazioni di disturbi di personalità del DSM-5.

1.1.2 Diagnosi di disturbo di personalità

I disturbi di personalità costituiscono un gruppo eterogeneo di disturbi psichici, che sono accomunati dal fatto di comportare nei pazienti sintomi come un pensiero distorto, risposte emotive problematiche, difficoltà relazionali e un'eccessiva o ridotta capacità di regolare gli impulsi. La modalità di intendere e di riconoscere questi disturbi è variata nel

corso del tempo di pari passo con le sempre nuove ricerche perseguite a livello internazionale sui temi della psichiatria. Pertanto, il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (*DSM*), redatto dall'Associazione di Psichiatria Americana (*APA*) è nato nel 1952 per cercare di creare un linguaggio comune di classificazione che fosse il più condiviso possibile tra gli esperti di tutto il mondo. Il *DSM-5*, pubblicato nel 2013 negli Stati Uniti e nel 2014 in Italia, è l'attuale edizione e si può considerare come il frutto di anni di progressi nel campo della medicina e della scienza.

L'odierna edizione per fare diagnosi riprende il modello già presente nel *DSM-IV*, che differenzia dieci tipi di personalità organizzati in tre cluster, ossia in tre insiemi. Il cluster A include il disturbo paranoide, il disturbo schizoide e quello schizotipico, caratterizzati da stravaganza ed eccentricità, disagio provato negli ambienti sociali, ritiro sociale e sfiducia verso gli altri. Il cluster B comprende il disturbo borderline di personalità, il disturbo narcisistico, il disturbo istrionico e quello antisociale; i pazienti mostrano una difficoltà nel controllo degli impulsi e nella regolazione emotiva, perciò il loro comportamento è drammatico, emotivo, disregolato ed imprevedibile. Infine, nel cluster C rientrano il disturbo evitante, il disturbo dipendente e il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, per cui gli individui che ne soffrono hanno alti livelli di inibizione sociale, ansia e timore, sentimenti di inadeguatezza ed un'ipersensibilità ai giudizi negativi.

La diagnosi effettuata secondo questa classificazione in cluster prevede una valutazione della presenza di quattro criteri:

- Il criterio A valuta il funzionamento e nello specifico afferma che per diagnosticare un disturbo di personalità deve esserci una compromissione del funzionamento della personalità, ovvero deve sussistere un modello abituale di esperienza interiore e di comportamento che si discosta marcatamente rispetto alle aspettative della cultura del soggetto. Questo modello si deve manifestare in almeno due delle seguenti aree: la cognitività, intesa come il modo di percepire e interpretare sé stessi, gli altri e gli eventi; la sfera affettiva, cioè la varietà, l'intensità e l'adeguatezza della risposta emotiva; il funzionamento interpersonale ed il controllo degli impulsi;
- Il criterio B, secondo cui tale condizione è inflessibile e pervasiva in diverse situazioni, sia personali che sociali;

- Il criterio C, per il quale è una condizione che genera disagio clinicamente significativo e/o una compromissione del funzionamento socio-lavorativo ed affettivo;
- Il criterio D, secondo cui le caratteristiche compromesse sono di lunga durata, stabili nel tempo e costanti in vari contesti. Inoltre, sancisce come l'esordio avvenga solitamente in adolescenza o nella prima età adulta;
- Il criterio E, per cui questo pattern non è dovuto ad altro disturbo mentale;
- Il criterio F, per cui non è una condizione attribuibile a effetti di sostanze (farmaci o sostanze d'abuso) o di altra condizione medica (ad esempio un trauma cranico).

Questo procedimento per punti permette di guidare lo psichiatra verso la definizione di diagnosi il più possibile esaustive. Sono comunque necessari ulteriori studi per definire ancor meglio l'area della valutazione della personalità. Infatti, è evidente che un approccio categoriale non sia del tutto rispondente alla realtà, poiché spesso i pazienti presentano comorbidità e criteri delle varie tipologie di personalità, motivo per cui non vi è una totale chiarezza nei confini posti tra i cluster e ciò conduce a diagnosi spesso incerte o sovrapposte. Di conseguenza il prossimo DSM-6, attualmente in via di definizione, si sta proponendo di introdurre una serie di novità per superare tali limiti, nella consapevolezza che la mente umana e la personalità non si possano analizzare solo tramite categorie. I disturbi di personalità non sono infatti entità a sé stanti e sotto la stessa diagnosi categoriale possono presentarsi varie sfaccettature psicopatologiche anche molto diverse fra loro. Pertanto, con le novità in arrivo i clinici dovranno gradualmente abbandonare questa classificazione per gruppi e sviluppare una prospettiva più ampia dei disturbi di personalità, al fine di ideare progetti sempre più individualizzati e rispettosi della specificità e complessità di ogni singolo paziente.

1.2 DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ (BPD)

1.2.1 Evoluzione del termine “borderline”

La diagnosi di disturbo di personalità borderline è attualmente una delle più frequenti, ma sono trascorsi decenni prima di comprendere il vero contenuto dietro il termine “borderline”. Infatti, circa un secolo fa, nel periodo prepsicoanalitico, gli studiosi si interessavano primariamente alle due psicosi maggiori, ossia la schizofrenia (allora

definita “*dementia precox*” da Kraepelin) e la psicosi maniaco-depressiva. Successivamente, nei primi anni del Novecento, con la diffusione della pratica ambulatoriale i clinici hanno iniziato ad osservare e nutrire interesse anche per forme comportamentali ibride, che si potevano collocare a metà tra ragione e follia (Hughes, 1884; Rosse, 1890); queste forme apparivano come pattern che oscillavano e fluttuavano alternativamente da uno stato di normalità ad uno stato patologico. È in questo momento che nasce il termine “*borderline*”, che appare per la prima volta in uno scritto scientifico di Hughes del 1884 ed intitolato “*Borderline psychiatric records. Prodromal symptoms of neurologist*”. La traduzione letterale del concetto è “zona di confine” o “limite” e sotto questo cappello si comprendevano appunto tutti quei pazienti di difficile identificazione che non rientravano all’interno di semplici ed abituali etichette diagnostiche e non rispondevano bene né alle psicoterapie né agli psicofarmaci.

Successivamente la psicoanalisi ha approfondito l’argomento, ritenendo che questo disturbo presentasse un quadro psicopatologico intermedio tra nevrosi e psicosi (Adolph Stern, 1938), definito come “*sindrome pseudo-nevrotica*”, “*stato limite*” o “*sindrome marginale*”. Sembrava come se il disturbo borderline di personalità si differenziasse o fosse una forma più attenuata delle psicosi classiche, talvolta indicativo di forme atipiche e più leggere di schizofrenia. “*Borderline*” era quindi un’appendice associata a quelle persone che manifestavano queste forme morbose, al bordo delle psicosi. Tuttavia, il concetto veniva ancora utilizzato raramente perché erano pochi i casi che allora erano collocabili in quest’area intermedia.

Il costrutto “*borderline*” è poi emerso più frequentemente verso la metà del Novecento con autori come Adolph Stern (1879-1958), Robert P. Knight (1902-1966) e Roy Grinker (1900-1993). Stern nel 1938 ha descritto i pazienti borderline come ipersensibili, idealizzatori e al contempo svalutatori dei terapeuti, con un costante senso di inferiorità e con meccanismi proiettivi che tendevano a sconfinare in deliri. Quindici anni dopo Knight ha intuito che fossero persone con un Io debole, a causa di disfunzioni come il pensiero primario e l’incapacità di programmare realisticamente le azioni e di difendersi contro impulsi primitivi; tuttavia, ad egli si deve soprattutto il fatto di aver iniziato a categorizzare il disturbo borderline di personalità come un’entità autonoma. Successivamente, negli anni ’60 Grinker sulla scia di Knight, ha condotto una ricerca che ha portato alla definizione di alcuni criteri diagnostici del BPD: tendenza alla depressione

pervasiva, rabbia come emozione prevalente, difficoltà nelle relazioni interpersonali, assenza di un'immagine di sé coerente. Il principale merito di Grinker è l'aver distinto il disturbo borderline di personalità dalla schizofrenia, confutando in tal modo l'idea, al tempo molto diffusa, che il borderline fosse in realtà uno schizofrenico.

Nel 1967 è stato Otto Kernberg ad approfondire ulteriormente l'argomento. Egli ha coniato l'espressione "*organizzazione borderline di personalità*", associandola ad una modalità intrapsichica, stabile nel tempo e con caratteristiche specifiche, quali la presenza di una diffusione di identità, di un esame di realtà integro e di operazioni difensive primitive. Egli aveva identificato anche alcuni aspetti secondari, non necessari alla diagnosi ma molto comuni tra questi pazienti, quali una bassa tollerabilità dell'ansia, limitate capacità sublimatorie e un ridotto controllo degli impulsi. Anche per lo psichiatra, dunque, le persone borderline manifestavano elementi sia della nevrosi che della psicosi, ribadendo che tale condizione si trovasse in una zona di limite. Successivamente, prendendo consapevolezza che i sintomi descrittivi non erano sufficienti per una diagnosi definitiva, nel 1975 Kernberg ha svolto un'attenta analisi strutturale che ha rivelato altre quattro caratteristiche chiave del BPD, tra cui: manifestazioni non specifiche di debolezza dell'Io, quali una mancanza di tollerabilità, di controllo degli impulsi e di sublimazione delle pulsioni più intense, le quali comportavano comportamenti disfunzionali e disregolati; scivolamento verso processi di pensiero primario e simil-psicotico specie di fronte ad affetti intensi, anche se prevalentemente associato ad un esame di realtà integro; presenza di operazioni difensive specifiche, come l'idealizzazione primitiva, l'onnipotenza e svalutazione, l'identificazione proiettiva e la scissione; presenza di relazioni d'oggetto patologiche interiorizzate, che comporta il rapportarsi con gli altri oscillando tra idealizzazione e svalutazione, guardare il mondo in modo totalmente negativo o positivo senza riuscire a captare degli stati intermedi, tenere dei comportamenti ed atteggiamenti contraddittori, nonché avere un'immagine di sé altalenante. Il pensiero di Kernberg è stato molto rilevante all'epoca, ma i criteri identificati non risultavano specifici del BPD, ma generalizzabili ai diversi disturbi di personalità, quindi parlare di "*organizzazione borderline di personalità*" permetteva in realtà di riferirsi a varie condizioni.

È stato John G. Gunderson (1942-2019), a superare tale limite e ad avvicinarsi molto alla concezione attuale, delineando chiare caratteristiche specifiche del disturbo borderline di

personalità: basso rendimento lavorativo, tratti impulsivi, intenti suicidari e manipolatori, brevi o lievi episodi psicotici, malfunzionamento a livello relazionale. In particolare, rispetto a quest'ultimo criterio, lo studioso aveva notato che i pazienti tendono alla depressione in presenza delle persone care, nonché all'ira, ai gesti suicidari o a reazioni psicotiche quando percepiscono un timore di abbandono; inoltre, sentimenti come la rabbia prevalgono sul calore emotivo.

Nel frattempo, anche il DSM-III era diventato un punto di riferimento per effettuare le diagnosi. Infatti, nonostante la prima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentale fosse stata pubblicata ancora nel 1952, solo con la terza edizione del 1980 si era diffuso questo sistema nosografico per l'analisi e diagnosi dei disturbi mentali. Tale versione delineava i criteri diagnostici del BPD affidandosi ai contributi di Kernberg e Gunderson e prevedendo inoltre una valutazione multiassiale, eliminata nel DSM-5, secondo cui il disturbo borderline si poteva annoverare all'interno dell'asse II, appunto tra i disturbi di personalità. Le successive due edizioni si sono poi sviluppate in coerenza con i nuovi studi in tema di personalità patologiche; nel paragrafo 1.2.3 elenco i criteri del DSM-5 attualmente validi.

Si può concludere che al giorno d'oggi non si segue più la distinzione tra nevrosi e psicosi, ma la diagnosi di BPD si basa su segni di instabilità emotiva, sentimenti di depressione, vuoto interiore, nonché sulla presenza di gravi problemi comportamentali e relazionali. Nonostante la definizione e le modalità per diagnosticarlo siano cambiati, il termine "*borderline*" è rimasto.

1.2.2 Epidemiologia

Il disturbo borderline di personalità non è un disordine raro. È molto comune sia fra gli adulti che fra i più giovani, con i più alti tassi di incidenza nella fascia d'età compresa tra i 18 e i 35 anni. Infatti, la fase della vita in cui tendenzialmente avviene l'esordio è la prima età adulta.

Circa il 75% dei pazienti a cui viene diagnosticato è di sesso femminile, ciò è probabilmente dovuto al fatto che negli uomini tende a manifestarsi con una sintomatologia che dà origine ad un quadro clinico che in parte è differente da quello

presentato da una tipica paziente borderline; agli uomini, quindi, vengono più spesso associate altre condizioni, come il disturbo antisociale di personalità, disturbo narcisistico, oppure il disturbo provocato da uso di sostanze.

La prevalenza del BPD oscilla circa tra lo 0,7% e l'1,8% nella popolazione generale, ma il tasso di prevalenza aumenta notevolmente al 15-20% nelle popolazioni cliniche, ossia quando ci si riferisce ai pazienti che vengono ricoverati per disturbi mentali. Pertanto, si può affermare che sia una delle patologie più diffuse nelle cliniche e reparti psichiatrici, nonché uno tra i disturbi di personalità più rappresentati.

1.2.3 DSM-5: definizione e sintomatologia

Il disturbo borderline di personalità è uno dei disturbi di personalità riconosciuti dal DSM-5 che, colpendo in primo luogo il comportamento di una persona piuttosto che la sua percezione di benessere fisico, risulta essere una condizione fortemente debilitante. Appartiene al cluster B, il quale comprende tutti quei disturbi di personalità caratterizzati da una difficoltà nella gestione delle emozioni, da un'instabilità generale e dall'incapacità di coltivare delle relazioni sociali e/o interpersonali stabili e significative. Tra i disturbi del secondo cluster, accanto al BPD emergono il disturbo narcisistico, quello istrionico e quello antisociale.

Date le molteplici manifestazioni che ogni disturbo può assumere, il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali aiuta ad identificare diagnosi precise qualora sussista un numero minimo di sintomi, che è specifico per ciascuna condizione psichica. Nel caso del disturbo borderline di personalità, l'attuale edizione elenca nove criteri, ma perché sia diagnosticato è sufficiente la presenza di almeno cinque; essi hanno tutti la medesima rilevanza poiché non vengono effettuate distinzioni tra sintomi primari e secondari.

Nello specifico, il manuale afferma che si tratta di: *<< Un pattern pervasivo di instabilità di relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, che inizia nella 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.*

- 2) *Un modello di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato da un'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.*
- 3) *Alterazione dell'identità: immagini di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili.*
- 4) *Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per esempio spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate).*
- 5) *Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento auto-mutilante.*
- 6) *Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per esempio, intensa disforia episodica, 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 esempio, frequenti eccessi di ira, rabbia costante o ricorrenti scontri fisici).*
- 9) *Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi >>.*

Analizzando i criteri clinici, si comprende che per diagnosticare questo disturbo i pazienti devono presentare un modello persistente di instabilità ed impulsività in vari ambiti, tra cui quello relazionale, emozionale, familiare e lavorativo. È un pattern pervasivo e stabile, che emerge in giovane età e che è indipendente da altra condizione medica, altra patologia mentale o dall'uso di sostanze.

Uno dei segni e dei sintomi distintivi del BPD è la propensione a comportamenti impulsivi. Questa impulsività può manifestarsi in modo negativo, per esempio attraverso atti di autolesionismo, che consistono nel ferirsi o prodursi della sofferenza fisica oppure nel tenere dei comportamenti autodistruttivi, come assumere droghe. Inoltre, chi ha questa diagnosi può essere incline a scoppi d'ira e talvolta può spingersi persino a compiere reati come risultato di un'urgenza impulsiva ed un'incapacità di valutare gli effetti dei propri comportamenti. Un'altra caratteristica tipica del disturbo è la labilità affettiva o disregolazione emotiva, per cui il paziente è sottoposto ad oscillazioni frequenti e repentine di emozioni, sentimenti e stati umorali, che non sa gestire. Ulteriori elementi chiave del disturbo sono: la distorsione della realtà, la

tendenza a vedere gli eventi in “bianco e nero” senza comprendere il fatto che possano esistere molteplici sfumature; la propensione alla depressione, una scarsa sensazione di autoefficacia e una ridotta autostima, nonché comportamenti sia eccessivi come il gioco d’azzardo e/o la promiscuità sessuale sia dipendenti come l’uso di alcol o sostanze. Questi tratti tipici possono rendere molto complesso mantenere un buon rapporto con una persona con disturbo borderline, poiché il suo pensiero e le sue azioni possono essere difficili da capire e da tollerare agli occhi altrui, siano essi i familiari, le persone significative o l’equipe medica, motivo per cui il trattamento risulta particolarmente complicato e spesso inefficace. Ne deriva il fatto che oltre al paziente, soffre anche chi lo circonda, così come affermava Schneider quando parlava di “*Personalità abnormi che per la loro anomalia soffrono o fanno soffrire la società*”.

1.2.4 Disregolazione emotiva e comportamentale

Il disturbo borderline di personalità ruota attorno a due perni: la disregolazione delle emozioni e il malfunzionamento relazionale; questo paragrafo sarà dedicato al primo di questi elementi, che in realtà è anche la causa del secondo. Infatti, la disregolazione emotiva è il sintomo cruciale del BPD, poiché riesce a spiegare tutte le caratteristiche del disturbo, quali l’impulsività, le alterazioni del pensiero, i comportamenti pericolosi e l’instabilità relazionale. Questa si definisce come una combinazione di fattori tramite cui il paziente borderline si relaziona con il mondo, con sé stesso e con le sue emozioni. In particolare, comporta una forte vulnerabilità emotiva, dunque un’elevata sensibilità agli stimoli emotivi ed un’incapacità a modulare in modo costruttivo le risposte ad essi, che quindi risultano insolite ed illogicamente intense. I pazienti sperimentano di frequente emozioni molto negative: la rabbia, la vergogna, l’ansia e la depressione sono quelle che prevalgono. Di conseguenza, temendo l’intensità di tali vissuti, cercano di evitarli o almeno controllarli, mettendo in campo però strategie impulsive che per la maggior parte delle volte risultano controproducenti, come l’uso e abuso di sostanze, i gesti autolesivi o suicidari ed altre azioni eccessive e appunto disregolate. La principale motivazione per la quale reagiscono in tal modo al caos psicologico e ai sentimenti di vuoto cronico che vivono nel quotidiano, è il voler sentirsi vivi, provare una scarica adrenalina in grado di superare un dolore ritenuto insostenibile; per questo, hanno comportamenti estremi senza

però avere consapevolezza delle spiacevoli conseguenze degli stessi. Per altri, invece, si tratta più di un desiderio di sentire temporaneamente la quiete, in contrapposizione alla confusione della mente; altri ancora vogliono non sentire, o meglio non sentirsi, alienarsi.

In generale, la tendenza a perdere il controllo sulle proprie emozioni sembra essere un fattore legato ad aspetti in parte cognitivi, tipici appunto delle persone con BPD. Numerosi studi svolti su campioni ampi di pazienti borderline hanno dimostrato la presenza in loro di un'iperattivazione basale dell'amigdala, ossia quella piccola struttura presente nel cervello che regola le emozioni attribuendo appunto significato emotivo agli stimoli provenienti dall'esterno. Ciò non significa che i pazienti che soffrono di questo disturbo, avendo un'amigdala particolarmente sensibile, sono gli unici a sperimentare una tale difficoltà a livello emotivo; infatti, questa disregolazione è presente nella maggior parte dei disturbi di personalità, anche se è più marcata in quello borderline.

Ciò non può che comportare anche una disregolazione comportamentale, che si manifesta su vari piani. Le relazioni interpersonali, innanzitutto, sono vissute in modo caotico tanto quanto le emozioni; l'incapacità di mantenere rapporti stabili e duraturi nasce appunto dall'essere "*in balia di un sé fluttuante*", che fluttua alternando in modo repentino e senza una logica stati emotivi differenti. Anche le varie crisi di aggressività, la difficoltà a controllare i propri impulsi, la scarsa fiducia nelle proprie capacità e i vani tentativi di impegnarsi nel comportamento finalizzato allo scopo in ambiti come quello lavorativo, della cura di sé o della partecipazione sociale, non sono altro che delle conseguenze, sul piano delle azioni, di un sé emotivamente disregolato ed instabile. Inoltre, uno dei fattori che può amplificare queste reazioni inadatte è il sentirsi incompresi dalle persone, siano essi familiari, amici o professionisti; spesso, infatti, si sentono dire di essere esagerati, di ingigantire i problemi, di creare futili drammi e ciò non fa altro che peggiorare ulteriormente lo stato d'animo di questi pazienti, nonché la loro cura. Si tratta dunque di un circolo vizioso, in cui ad esempio ansia e depressione provocano un episodio di disregolazione emotiva, la quale provoca comportamenti impulsivi che per la maggior parte hanno effetti indesiderabili e sfociano, nuovamente, in ansia e depressione; si ripete così il processo.

In generale, si può dire che questo temperamento emotivamente vulnerabile tipico del paziente borderline deriva spesso dall'aver vissuto in un ambiente traumatico e/o

invalidante che ha portato alla crescita di adulti caratterizzati da un'importante sofferenza emotiva e da un'incapacità a governarla. Infatti, la regolazione emotiva è una competenza che di norma dovrebbe svilupparsi a partire dall'infanzia, periodo in cui di frequente queste persone vivono esperienze negative o traumi che li portano a non acquisire tale abilità e a sviluppare spesso un BPD.

CAPITOLO 2

CAUSE, TRATTAMENTO E POSSIBILI CONSEGUENZE DEL BPD

2.1 EZIOLOGIA: INTERAZIONE TRA FATTORI GENETICI E AMBIENTALI

La ricerca è attualmente ancora in via di definizione per quanto concerne l'analisi delle cause relative ai disturbi di personalità. Sembra però evidente, oramai, la presenza di una multifattorialità eziopatogenetica che vede coinvolti una varietà di aspetti, ancora in parte sconosciuti. In particolare, tali disturbi sembrano essere il risultato della combinazione ed interazione tra fattori genetici e fattori ambientali, che contribuiscono nella medesima misura alla determinazione di queste patologie, tra cui anche del BPD.

Rispetto alla componente più biologica, si può affermare che alcuni individui nascono con una tendenza a sviluppare maggiormente questo genere di disturbi, poiché sono naturalmente portati a reagire in modo disadattivo agli stress della vita. Questo perché l'ereditarietà gioca un ruolo importante, per cui i parenti di primo grado o ad esempio, i gemelli omozigoti di persone con un disturbo di personalità, possono facilmente ereditare una vulnerabilità biologica che li espone con più probabilità al rischio di vedersi diagnosticata la medesima condizione rispetto alla popolazione generale. Si può, detto diversamente, essere più predisposti a soffrire di un disturbo di personalità solo per il fatto di nascere in un contesto genetico particolarmente sfortunato.

Nonostante siano ancora limitate le evidenze a pieno supporto dell'influenza dei fattori biologico-individuali, molti studi di imaging strutturale hanno evidenziato che i pazienti con un BPD sembrano avere delle anomalie a livello di strutture cerebrali. Alcune parti del cervello responsabili del processamento emotivo, cognitivo e sociale coinvolte sia nella gestione degli impulsi che nella regolazione delle emozioni e dell'umore sembrano alterate e non totalmente funzionanti. Più specificatamente, sono persone che hanno una funzionalità serotoninergica più bassa rispetto ai soggetti non affetti da questo disturbo: ridotti livelli del neurotrasmettitore serotonina, anche detto "ormone del buonumore", sembrano essere una delle cause coinvolte nella vulnerabilità emotiva che porta i pazienti borderline a percepire eventi di rilevanza minima in modo inspiegabilmente intenso e a mettere in atto risposte disregolate. Inoltre, un'area cerebrale coinvolta in tali meccanismi

è il sistema limbico in cui si trova anche l'amigdala, che si attiva eccessivamente in risposta a stimoli emotivi. L'iperattività di questa zona provoca un'ipervigilanza, dunque un'intensa attivazione dell'arousal, caratterizzato da un forte stato attentivo-cognitivo di risposta, il quale porta a sviluppare alterazioni dell'attenzione, come la tendenza a interpretare gli eventi neutri come negativi o a captare segnali di futili minacce. Ciò comporta anche notevoli problematiche relazionali, proprio per l'estrema sensibilità che tali pazienti hanno rispetto alle espressioni dei volti altrui, spesso percepite come inaffidabili e ostili, mai neutrali.

Gunderson nel 2014 ha portato il proprio contributo rispetto alla questione eziologica, ipotizzando che alla base del BPD possa esserci un temperamento innato, geneticamente determinato, costituito da un'ipersensibilità interpersonale a causa della quale il paziente ha difficoltà fin dalla tenera età a contenere le emozioni. Questa sensibilità individuale va a condizionare negativamente le esperienze che vive il bambino a partire dai rapporti che intrattiene con le figure curanti, ponendo in tal modo le basi per un attaccamento disfunzionale ed una personalità patologica. Questo permette di comprendere l'influenza bidirezionale tra geni e ambiente. Anche Zanarini e Frankenburg (1997) hanno parlato a proposito della stretta relazione tra fattori biologici e contestuali, identificando tre elementi principali che fungono da catalizzatori capaci di attivare la sintomatologia del BPD: un temperamento costituzionalmente vulnerabile che può aumentare la probabilità di esposizione a condizioni di vita negative; un ambiente familiare traumatico e caotico costituito da disaccordo emozionale, separazioni precoci, atteggiamenti di rifiuto, insensibilità e negazione; eventi scatenanti come violenze, abusi, rapporti interpersonali disadattivi.

Si può quindi capire che la vulnerabilità individuale sia solo uno degli aspetti compresi nell'eziologia del disturbo di personalità, poiché essa può essere soppressa o più spesso amplificata dai fattori ambientali, ugualmente coinvolti. Il contesto socio-familiare di riferimento del soggetto risulta centrale, condizionando ed essendo condizionato dalla malattia, motivo per cui spesso per il trattamento dei pazienti borderline si chiede la partecipazione anche dei caregiver.

2.1.1 Trauma infantile

Il percorso che porta a sviluppare un disturbo borderline di personalità è attualmente ancora oggetto di dibattito scientifico, ma come già detto in precedenza, vi sono alcune cause rispetto alle quali concordano la maggior parte dei ricercatori. Questo paragrafo è dedicato ad uno dei fattori di rischio principali, ossia vivere esperienze traumatiche durante l'infanzia come l'esposizione a psicopatologia familiare, presenza di genitori abusatori di sostanze e/o di alcol, atti di trascuratezza e negligenza, abbandoni, maltrattamenti e violenze, abusi di vario genere. Spesso infatti ricostruendo le storie di vita di questi pazienti, si nota la presenza di contesti di crescita invalidanti che hanno comportato traumi ed intensi stress psico-sociali che, soprattutto se vissuti in età precoce, hanno contribuito allo sviluppo del BPD. Porre il focus sul periodo infantile è importante proprio perché è in questa finestra temporale che il bambino impara molto su sé stesso e sul mondo che lo circonda, definendo il proprio sé soprattutto attraverso il legame che costruisce con le figure di riferimento; per questo, quando si parla di disturbo borderline è necessario comprendere la presenza di eventuali rapporti patologici che il bambino instaura nell'infanzia. Creare un rapporto disfunzionale con i caregiver e specie con la madre, può comportare difficoltà a strutturare una personalità solida ed unitaria e ad acquisire competenze come la regolazione emotiva. Si può costituire infatti un tipo di attaccamento disorganizzato (J. Bowlby, 1907-1990) che, a causa dell'incoerenza degli stati emotivi dei genitori e della contraddittorietà delle loro risposte verso il figlio, crea nel bambino un vissuto interiore fatto di incertezze, negatività e sfiducia verso gli altri. In tale contesto si creano le basi per la nascita di possibili psicopatologie.

Tra i tanti ricercatori, ad approfondire l'argomento è stata anche la psicologa americana Marsha Linehan (1943-) che nei primi anni '90 ha elaborato la "*Teoria biosociale*". Secondo questa teoria, la componente biologica che comporta una predisposizione genetica alla fragilità emotiva si associa sempre ad un ambiente familiare invalidante che rifiuta o punisce l'espressione delle emozioni, l'esperienza interiore e i bisogni del bambino. Nello specifico, si tratterebbe per Linehan di ambienti dove le figure curanti non sono in grado di riconoscere gli stati emotivi del figlio e tendono a rispondervi con modalità inappropriate, caotiche ed eccessive, svalutandoli, punendoli, criticandoli e maltrattandoli sul piano emotivo, psicologico e talvolta anche fisico. Il futuro paziente, dunque, privato di cure e attenzioni, è un bambino che non ha imparato a raccontare le

sue sofferenze interiori, né a darvi un nome o un senso. Le emozioni represses, accumulandosi, finiscono per esplodere generando una più intensa disregolazione emotiva che con gli anni può sfociare in una diagnosi di BPD.

Tuttavia, se non per una negazione di emozioni come appena descritto, il disturbo può sorgere anche a causa di esperienze traumatiche come gli abusi sessuali, che Linehan considera la più grave forma di invalidazione che si può presentare in età precoce. È stato scoperto che i tassi di questa forma di abuso sono significativamente più alti nel disturbo borderline di personalità rispetto ad altri tipi di patologie psichiatriche; alcuni dati sperimentali hanno indicato che la percentuale di pazienti con BPD che hanno subito uno o più abusi sessuali durante l'infanzia varia dal 40% al 76% (Crowell et al., 2009) e circa il 25% ha una storia di incesto familiare. Inoltre, i sintomi più gravi si presentano nelle bambine che hanno subito atti sessuali completi con penetrazione (Luthra, 2009); frequenti episodi di derealizzazione e depersonalizzazione ne sono un esempio.

Chiaramente, tali avversità rimangono indelebili e, compromettendo la capacità di placare emozioni spiacevoli, di regolare gli stati d'animo e di avere fiducia in sé stessi e negli altri, rischiano di essere invalidanti per tutta la vita. Ciò fa intravedere le possibili complicazioni nel trattamento, sia esso somatico o psicologico.

In conclusione, è necessario ribadire che ogni paziente borderline può avere alle spalle un quadro eziopatogenetico differente, che coinvolge in varia misura i fattori predisponenti. Infatti, anche se accade di frequente, non tutte le persone con BPD hanno alle spalle esperienze traumatiche come quelle sopra indicate, poiché in sé e per sé non risultano essere necessarie né sufficienti per lo sviluppo della patologia.

2.2 CURA E TRATTAMENTO

Per lungo tempo si è mantenuta l'idea che il disturbo borderline di personalità fosse una condizione cronica resistente alla maggior parte delle cure. La realtà oggi è diversa: le scoperte relative alla sua complessa eziopatogenesi e i numerosi studi longitudinali, hanno permesso di comprendere maggiormente la patologia, rilevare il fatto che la maggioranza dei pazienti risponde bene ai trattamenti combinati e quindi sperare che ci possa essere una prognosi favorevole. È per questo che lo psichiatra canadese Joel Paris,

nel 2012, ha affermato che *“Il disturbo borderline non è, come si pensava in passato, una condanna all’ergastolo”*.

Alcune ricerche prospettiche di follow-up a lungo termine hanno evidenziato che i sintomi acuti più comuni, quali la disregolazione emotiva, l’impulsività e i comportamenti auto-mutilanti, tendono generalmente ad una remissione anche in assenza di cure. Tuttavia, la remissione dei sintomi non equivale sempre ad una remissione completa, che invece sta ad indicare un buon funzionamento sociale, lavorativo e/o scolastico. Si può comprendere che nonostante si possa non soddisfare più tutti i criteri, si possano continuare ad avere difficoltà legate ad un malfunzionamento generale come strascico della malattia e che necessita di un trattamento continuativo. Considerato ciò, la soluzione per i pazienti borderline, appresa anche e soprattutto grazie al sostegno dei familiari e alla psicoterapia, è imparare a condurre una vita soddisfacente indipendentemente dai problemi che possono persistere. Nel 2011, l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha a proposito coniato il concetto di *“salute”* identificandolo come la *“Capacità di adattamento e di autogestione di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive”*; la salute, perciò, è intesa come convivenza e accettazione del proprio stato di salute, nella consapevolezza che certe condizioni non possano prevedere una cura totale ma almeno un miglioramento grazie ad un’autogestione del problema. *“Salute”*, in altre parole, non è da intendere come *“assenza di malattia”*, ma come capacità di vivere anche in condizioni di irreversibile raggiungimento di piena guarigione.

Quanto alla possibile cura del BPD, le evidenze dimostrano come il trattamento generale sia il medesimo rispetto a quello proposto per tutti i disturbi di personalità previsti dal DSM-5. La terapia consiste nella presa in carico da parte di un’equipe socio-sanitaria, la quale pone in essere trattamenti che prevedono un’integrazione di psicoterapia e farmacoterapia, nella consapevolezza però che i farmaci non siano sempre una soluzione efficace per curare questo specifico disturbo; a tal proposito, Gunderson ha affermato che nessun farmaco si è dimostrato uniformemente e straordinariamente utile nel caso del BPD. Ciò significa che non tutti i pazienti rilevano lo stesso beneficio da una medesima terapia farmacologica, il che è influenzato anche dalla tendenza impulsiva dei pazienti borderline a modificare, variare o sospendere in autonomia le cure. Pertanto, è indispensabile andare a costituire una solida alleanza terapeutica, in cui tali persone siano motivate a consultare il medico prima di agire dei cambiamenti. La trasparenza e l’onestà

devono essere caratteristiche principali nella relazione equipe-paziente, nella quale i professionisti devono proporre progetti concreti e raggiungibili proponendo alla persona un chiaro esame di realtà, senza infonderle speranze eccessive sugli eventuali effetti attesi che potrebbero non verificarsi; si ricorda che il disturbo borderline è tra le patologie psichiatriche più complesse da trattare. Per le peculiarità di questi pazienti, è anche essenziale non presentare la terapia come un obbligo, il che sarebbe controproducente, ma al contrario discutere sinceramente rispetto ai vantaggi e svantaggi delle cure proposte, lavorando sulla loro motivazione ad intraprendere il percorso più adatto per il loro benessere.

2.2.1 Farmacoterapia

Il disturbo borderline di personalità rappresenta una condizione di permanente imprevedibilità, i cui sintomi variano frequentemente e velocemente, motivo per cui la prescrizione dei farmaci dovrebbe essere modificata spesso volte per avere una costante efficacia. Inoltre, data l'impulsività di questi pazienti, è importante che il medico non prescriva troppi farmaci, per evitare conseguenze spiacevoli come l'abuso di sostanze anche farmacologiche. Comunque sia, se usati con parsimonia, i farmaci più indicati per migliorare i sintomi del disturbo sono:

- Stabilizzatori dell'umore: per la depressione, l'ansia, la labilità dell'umore, le crisi impulsive e la rabbia; tra questi, il topiramato e la lamotrigina (ambedue farmaci antiepilettici) sono i più utilizzati. Qualora si presentino sintomi depressivi, spesso vengono abbinati gli SSRI, cioè gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, che sono di solito ben tollerati e non presentano un alto rischio di sovradosaggio letale.
- Antipsicotici atipici, ovvero di seconda generazione, utilizzati per controllare l'ira, gli impulsi e i sintomi cognitivi tra cui le distorsioni temporanee correlate allo stress cognitivo, che comprendono i pensieri paranoici, il pensiero in "bianco e nero", la grave disorganizzazione cognitiva. Essi possono aumentare il rischio di sindrome metabolica, pertanto vanno utilizzati sotto stretto controllo e limitati non appena il paziente si stabilizza.

- Le benzodiazepine sono farmaci con effetti sedativi e vanno prescritti con estrema cautela, anche se solitamente non sono raccomandati perché la dipendenza, il sovradosaggio e la disinibizione comportamentale ne rappresentano dei rischi rilevanti.

In generale, si può evidenziare che non sia semplice approcciare con una persona borderline, che per natura è diffidente, e costruire con lei un rapporto di fiducia, quindi nemmeno pretendere che segua una cura proposta da uno psichiatra di cui può non fidarsi pienamente. Pertanto, tra i principi guida che possono indirizzare il medico nella pratica professionale con un paziente di questo tipo, vi sono: collaborare con lui per comprendere i sintomi bersaglio e i relativi effetti collaterali; spiegarli chiaramente che, se il farmaco prescritto risulta inefficace, può essere sostituito in seguito ad una riduzione graduale delle dosi, nonché ridurre le alte aspettative che può avere rispetto alla terapia farmacologica, sottolineando che principalmente si deve affidare alla psicoterapia.

2.2.2 Psicoterapia

La psicoterapia è un percorso, generalmente di lunga durata, quasi sempre associato ad una farmacoterapia per il trattamento dei disturbi psichiatrici. Soprattutto per i pazienti borderline, è pensata come il principale metodo di cura perché sembra avere più ampie possibilità di riuscita rispetto ai farmaci. In particolare, nel BPD la psicoterapia è essenziale per imparare, attraverso la relazione con il terapeuta, a capire le radici della disregolazione emotiva e le strategie da mettere in campo per gestire gli stati mentali, gli sbalzi d'umore e i rapporti interpersonali.

Data la molteplicità di manifestazioni che il disturbo può assumere, vi sono diversi approcci psicoterapeutici, la cui efficacia ed utilizzo dipendono dalle peculiarità della persona coinvolta.

In generale, è dimostrato che ad essere maggiormente impiegata è la terapia dialettico-comportamentale (*Dialectical Behaviour Therapy - DBT*), progettata dalla psicoterapeuta statunitense Marsha Linehan. Originariamente sviluppata per soggetti con condotte parasuicidarie o suicidarie, è infatti considerata ad oggi il trattamento d'elezione evidence-based per la cura della patologia borderline. Concretamente, questo trattamento

cognitivo-comportamentale prevede una combinazione tra incontri individuali di psicoterapia, skills training di gruppo e la presenza di un'equipe specifica di consultazione terapeutica in cui i professionisti attuano una co-terapia finalizzata ad un obiettivo comune, cioè l'aumento del benessere delle persone. Tale approccio mira ad agire sui pensieri e comportamenti disadattivi ed impulsivi al fine di modificarli e far acquisire nuove abitudini più funzionali, come maggiori abilità psicosociali; in tal modo aiuta a diminuire gli atti autolesivi, i tentativi di suicidio, i sintomi depressivi, l'abuso di sostanze, l'ospedalizzazione e i frequenti atteggiamenti di abbandono verso le cure. Ancor più nello specifico, la DBT promuove l'apprendimento di competenze quali: l'osservazione consapevole di sé stessi e degli altri (mindfulness) e l'acquisizione di un atteggiamento non giudicante verso il prossimo, la regolazione emotiva, il senso di autoefficacia, la capacità di relazionarsi, la gestione e la tolleranza di stati emozionali intensi. Inoltre, tale modello risulta particolarmente efficace nel caso di storie di abuso infantile, poiché favorisce la presa di consapevolezza delle conseguenze dell'evento e dell'origine della malattia, nonché l'acquisizione di strategie volte all'accettazione della propria condizione, alla creazione di un sé stabile e al cambiamento interiore (Follette & Ruzek, 2006).

Tra i tanti, altri approcci psicoterapeutici utilizzati frequentemente per migliorare il funzionamento interpersonale e sociale dei pazienti borderline sono: la mentalizzazione (*Mentalization Based Treatment - MBT*), tecnica sviluppata da Anthony Bateman e Peter Fonagy, e la psicoterapia incentrata sul transfert (*Transference Focused Therapy - TFP*) di Otto Kernberg.

- Il trattamento basato sulla mentalizzazione consiste nell'insegnare a mentalizzare, cioè comprendere il proprio stato mentale e quello altrui. Tale capacità si acquisisce solitamente durante il periodo infantile, quando il bambino si sente considerato dai genitori; i pazienti borderline, sperimentando spesso tipi di attaccamento disfunzionali ed incapacità di cura da parte delle figure di riferimento che non danno rilevanza alle loro emozioni, non riescono a sviluppare tale abilità. Pertanto, il trattamento punta ad aiutare i pazienti a riflettere sui propri stati emozionali, capire come essi influenzano il loro comportamento e come si possono modulare per intrattenere rapporti interpersonali adattativi.

- La psicoterapia focalizzata sul transfert: “*transfert*” indica la traslazione o trasferimento inconsapevole delle tematiche inconse del paziente sullo psicoterapeuta; esso avviene quando la persona borderline associa al professionista delle emozioni o sensazioni del suo passato così da riversare in lui le sue mancanze e sofferenze, solo per il fatto che il terapeuta è l’unica persona disponibile e vicina in quel dato momento. L’approccio si basa su interventi di chiarificazione, confronto ed interpretazione, nei quali l’operatore aiuta il paziente a pensare alle proprie reazioni spesso esagerate e alla sua distorta immagine di sé e altrui. L’attenzione è posta sul presente, cioè sulla relazione che si crea tra le parti coinvolte nell’interazione, anziché sul passato o sul futuro. Lo scopo per la persona è acquisire un senso di sé più stabile e realistico, nonché, attraverso il transfert nei confronti del terapeuta, imparare a relazionarsi con gli altri in modo più sano generalizzando appunto quanto appreso nel rapporto con il terapeuta.

La psicoterapia individuale può inoltre essere rafforzata dalla psicoterapia di gruppo, in cui i pazienti possono provare un forte senso di appartenenza, empatia e fiducia, senza sentirsi giudicati perché “diversi”. Se vissuto in maniera positiva, il gruppo può dimostrarsi un ottimo strumento terapeutico.

Nel complesso si può affermare che nonostante non esistano soluzioni terapeutiche efficaci in tempi brevi, la psicoterapia è indispensabile per ottenere miglioramenti significativi a lungo termine.

2.2.3 Trattamento ospedaliero

Numerosi studi hanno dimostrato che il trattamento ospedaliero può essere una soluzione di cura utile per i pazienti con gravi disturbi di personalità, tra cui quello di tipo borderline.

L’ospedalizzazione in SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) si rende necessaria quando l’intensità o la gravità dei sintomi sono tali da richiedere un periodo di cure intensive e di osservazione clinica costante in un contesto di ricovero, anche breve. I momenti di acuzie, infatti, portano i pazienti ad aumentare le tendenze di suicidio e auto-mutilanti, nonché a perdere il contatto con la realtà vivendo episodi di derealizzazione e

depersonalizzazione, perciò il ricovero mira a ripristinare le funzioni adattive e a recuperare l'autocontrollo, anche se può non essere semplice. Le persone ricoverate possono sentirsi controllate e comandate, possono percepire gli aiuti come un'imposizione di misure restrittive e ciò può scatenare in loro risposte d'ira impulsive. Altri pazienti possono provare un forte senso d'odio verso le istituzioni e i professionisti, rifiutando le cure, opponendosi al programma terapeutico e relazionandosi malamente con il personale, facendolo sentire inutile ed incapace. Altri ancora possono far sorgere problemi controtransferali, per cui i professionisti tendono a farsi manipolare dai pazienti che minacciano di togliersi la vita o di compiere altri atti autodistruttivi, reagendo ad esempio concedendo loro colloqui interminabili e più intimi al fine di evitare spiacevoli conseguenze. Questa è una strategia da non adottare assolutamente, poiché porta i pazienti a rapide ricadute. Al contrario, il personale ospedaliero deve sempre mantenere la giusta distanza e ricordare alle persone che sono loro stesse ad essere responsabili del controllo di tali agiti; inoltre, deve far prendere consapevolezza delle loro reazioni così che inizino a comprendere il proprio mondo interiore, i motivi dei propri atteggiamenti e la natura delle crisi, nonché imparino ad assumersi la responsabilità del proprio autocontrollo. Favorire la riflessività è uno degli obiettivi primari della psicoterapia svolta in ambito ospedaliero.

È da sottolineare però, che in Italia quando si parla di ricovero non vi è sempre la presenza di un approccio orientato psicoanaliticamente che accompagna le prassi sanitarie, come invece si può trovare negli Stati Uniti.

2.2.4 Terapia della famiglia

“La modifica terapeutica del mondo oggettuale interno del paziente con BPD richiede solitamente un processo psicoterapeutico individuale intensivo, ma lavorare con la famiglia è spesso un complemento essenziale nell'ambito del piano di trattamento generale.” Con queste parole Gabbard indica che nel trattamento del disturbo borderline di personalità la partecipazione dei caregiver, se collaborativa e motivata, è nella maggior parte dei casi essenziale per l'aderenza del paziente alla terapia e la buona riuscita del progetto di aiuto. I professionisti devono sempre cercare di costituire un'alleanza solida con i familiari, perché supportino il cambiamento senza ostacolarlo. La necessità di una

loro presenza si lega al profondo cambiamento che ha avuto il ruolo dei genitori nel corso del tempo: in passato erano visti come possibili responsabili, quindi veniva loro addossata la colpa dello sviluppo della malattia nel figlio e pertanto venivano esclusi dal percorso di cura. Con il tempo invece, seppur nella consapevolezza che alcuni stili genitoriali ed esperienze infantili siano tra le prime cause dell'origine della patologia, i caregiver sono diventati sempre più delle figure che indossano le vesti di "co-terapeuti", coinvolti come collaboratori nel trattamento. Talvolta, sono gli stessi genitori i primi a necessitare di aiuto e sostegno da parte degli operatori, o perché sono anche loro affetti da BPD o perché percepiscono di essere i responsabili del problema, o perché si sentono dei caregiver negligenti o distruttivi nei confronti del figlio, oppure perché sono affaticati dal carico fisico ed emotivo che la malattia comporta. È però quest'ultimo punto, ossia lo stress psicologico a cui sono soggetti i genitori, per il quale viene a definirsi solitamente la necessità di un intervento di supporto a loro destinato. A tal proposito, esistono prevalentemente due categorie di programmi terapeutici: la psicoeducazione familiare e l'educazione familiare:

- La prima viene condotta da professionisti che operano nell'ambito della salute mentale. Essa si concretizza in alcuni incontri dedicati ai caregiver, ciascuno con un obiettivo specifico: fornire informazioni sulla diagnosi, le sue caratteristiche, l'eziologia, i trattamenti possibili, il decorso; mostrare le principali strategie comportamentali ed abilità concrete da utilizzare per gestire i momenti più difficili, come gli attacchi d'ira, i comportamenti distruttivi e le crisi; aiutare a mettere in pratica le tecniche apprese. In alcuni casi si ritiene necessario far partecipare anche il paziente, ad esempio quando con il genitore intrattiene un rapporto conflittuale che può essere attenuato tramite incontri psicoeducazionali di problem solving, finalizzati a ricucire i rapporti e creare un contesto relazionale favorevole utile al processo di aiuto.
- Negli interventi di educazione familiare, invece, sono i caregiver che in seguito ad una formazione dispongono e coordinano interventi educativi di auto mutuo aiuto dedicati ai conviventi dei pazienti borderline, siano questi i genitori o i partner. Gli incontri possono tenersi sia individualmente sia in gruppo e, come avviene nella psicoeducazione familiare, si forniscono informazioni utili e si danno indicazioni rispetto alle competenze da acquisire per una gestione adeguata

della malattia, tra cui la regolazione emozionale, la tolleranza allo stress, il senso di efficacia interpersonale. Questo programma rappresenta anche un'occasione di scambio, in cui si può trovare conforto e sostegno da parte di chi vive la medesima situazione.

La necessità di educare i familiari deriva dal fatto che vivere con un paziente borderline significa essere esposti ad un costante flusso di emozioni contrapposte, che cambiano repentinamente mettendo a dura prova i rapporti umani. La psicoeducazione è quindi fondamentale per aiutare i familiari a non sentirsi oppressi dalla malattia, mostrando che è possibile contenerla con alcuni suggerimenti, come il porre dei limiti alle richieste, evitare di difendere la persona quando commette degli errori, prendersi del tempo per sé facendo capire ai pazienti che si comprende il loro dolore ma non per questo si è disposti ad esaurirsi fisicamente ed emotivamente. Inoltre, durante gli incontri si insegna l'ascolto, considerata la tecnica migliore da adottare di fronte agli attacchi di rabbia improvvisi, anche se non facile poiché può significare ascoltare affermazioni anche dolorose, ingiuste o errate, dettate dalla disregolazione emotiva. Apprendere la gestione di tali meccanismi significa infatti riuscire a distaccarsi abbastanza per non farsi travolgere dai momenti di crisi, non allarmarsi per ogni atto impulsivo e mantenere la calma per trasmetterla quanto più possibilmente anche alla persona, non sostituendosi mai a lei ma aiutandola a prendersi cura di sé in maniera responsabile. È dunque molto importante capire come mantenere un rapporto equilibrato con la persona borderline per non restare invischiati nelle sue dinamiche distruttive e manipolatorie.

Attualmente però, gli interventi psicoeducativi per i caregiver non vengono organizzati di frequente nei centri di salute mentale a causa della scarsità di risorse e del sovraccarico di lavoro che non garantisce una costante disponibilità degli operatori. Di recente però, è stata creata la prima organizzazione no-profit per i familiari delle persone con disturbo borderline di personalità, chiamata "NEA.BPD" ("*National Education Alliance for Borderline Personality Disorder*"). Nata negli Stati Uniti, questa associazione rappresenta sempre più una grande comunità di persone ed informazioni, che si sta espandendo in diverse parti del mondo, compresa l'Italia. Essa offre partecipazioni a convegni e a gruppi di supporto, rappresentando una grande risorsa specie nelle realtà in cui ad oggi non è possibile usufruire dei programmi sopra indicati a causa dei limiti del servizio specialistico.

2.3 CONSEGUENZE COMPORTAMENTALI CORRELATE ALLA DISREGOLAZIONE EMOTIVA

Secondo la psicologa statunitense Marsha Linehan la maggior parte dei sintomi e dei comportamenti manifestati dai pazienti con BPD è la conseguenza, più o meno diretta, della disregolazione emotiva e del tentativo di modulare le intense reazioni emozionali. In altre parole, alla base vi sarebbe ciò che ella definisce “*vulnerabilità emotiva*”, costituita da tre elementi principali: una sensibilità molto elevata agli stimoli emotigeni, una forte reattività, un lento ritorno ad uno stato di equilibrio e di calma. La reazione al vuoto e al caos interiore dei borderline è disfunzionale, esagerata ed impulsiva e comporta spesso agiti disadattivi e pericolosi. Di seguito si elencano i principali:

- **Scoppi d'ira:** le persone borderline sperimentano emozioni travolgenti, passando da un umore estremamente positivo ad uno stato d'animo fortemente negativo. Di frequente provano rabbia poiché incapaci di tollerare situazioni ambigue o stressanti, come litigi, discussioni e accuse, il che è amplificato dalla mancanza di capacità autoconsolatorie. Queste crisi minano non solo le relazioni interpersonali ma anche sé stessi, motivo per cui spesso compiono atti autolesivi per punirsi, perché si sentono sbagliati, o perché provano vergogna o noia.
- **Autolesionismo:** prevede l'insieme dei comportamenti intenzionali volti a danneggiare la propria persona, non correlato ad alcun tentativo di suicidio. Arrecarsi dolore è un atto impulsivo e disadattivo, le cui funzioni sono variabili: oltre a fornire sollievo dagli stati d'animo negativi, aiutando simbolicamente i pazienti a far uscire il proprio dolore spostando l'attenzione da una sofferenza emotiva ad una sofferenza fisica, diminuisce anche l'angoscia e richiama cure e attenzioni da parte dei caregiver e terapeuti.
- **Comportamenti sessuali rischiosi:** i dati scientifici indicano come gli adolescenti con problematiche psichiatriche siano più soggetti ad assumere tali condotte, specie coloro che sono affetti da BPD (American Psychiatric Association, 2013). Ciò viene spiegato dal fatto che tale disturbo prevede sentimenti di vuoto interiore ed una forte paura dell'abbandono, che possono portare ad assumere atteggiamenti rischiosi, come l'aver rapporti sessuali con persone sconosciute o poco conosciute, essere assertivi e/o non utilizzare precauzioni. Spesso, il

primo rapporto avviene in età molto precoce e i partners sessuali sono diversi, numerosi o scelti in maniera indiscriminata; la sessualità è perciò pericolosamente promiscua. A peggiorare il quadro è una mancanza di consapevolezza dei rischi legati ad infezioni o a gravidanze indesiderate, quindi una ridotta capacità di decidere responsabilmente il tipo di condotta da avere in situazioni non sicure per la propria salute psico-fisica.

- Shopping compulsivo: è una manifestazione del disagio psicologico e si caratterizza per delle crisi di acquisto patologiche, che comportano conseguenze negative per il paziente a livello economico e psichico, come il provare colpa o rimorso. Le spese sconsiderate rappresentano un atto impulsivo e incontrollato volto ad alleviare uno stato di tensione; infatti, spesso a precedere questi eventi è una forte ansia o stress, o il bisogno di colmare vuoti emotivi per sentirsi appagati almeno sul piano materiale dato che, sul piano interpersonale, sembra loro impossibile.
- Gioco d'azzardo patologico (GAP): il DSM-5 lo ha compreso nella categoria dei "*Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction*", per sancire il fatto che i comportamenti legati al gioco attivano i sistemi di ricompensa in modo simile alle droghe d'abuso. Ad oggi numerose sono le evidenze scientifiche che dimostrano una comorbilità tra GAP e disturbi di personalità, specie quelli appartenenti al Cluster B (istrionico, narcisistico, antisociale e borderline). Infatti, i tratti di impulsività e di disregolazione emotiva caratterizzanti questo gruppo, si riscontrano spesso nei giocatori patologici (Clarke, 2004; Martinotti et al., 2006).
- Uso e/o abuso di alcol e sostanze: è una delle comorbilità che più spesso si presenta con il BPD; le stime parlano di percentuali che vanno dal 21% al 67% di pazienti borderline che fanno uso e abuso di alcol, droghe, medicinali. Quest'abitudine si presenta come una forma di automedicazione, ossia come un tentativo autonomo di regolare l'umore disforico e le intense emozioni, contrastando in tal modo un malessere generalizzato; altre volte il comportamento di abuso rappresenta un'opportunità di ricevere attenzioni e conforto dagli altri. Pertanto, si può dedurre che l'aspetto prettamente ludico è posto in secondo piano.
- Disturbi alimentari: le ricerche sostengono che circa il 28% dei pazienti borderline manifesti anche un comportamento alimentare disordinato (Sansone & Sansone,

2013), ossia un comportamento alimentare anomalo che non soddisfa secondo il DSM-5 i criteri per una diagnosi di DCA. Tipico tra queste persone è il binge eating, per il quale tendono ad abbuffarsi incontrollatamente per reprimere, anche se temporaneamente, il senso di vuoto cronico e per distogliere l'attenzione dal caos della vita. Solitamente più è intensa la disregolazione emotiva, più la persona ricorre ad un'alimentazione scorretta.

- Guida pericolosa: viaggiare in modo spericolato è un altro sintomo del tipico paziente con BPD che, senza mezze misure, è incapace di cogliere il rischio. Talvolta, ciò avviene coscientemente nel tentativo di perdere la vita quando le difficoltà iniziano ad essere percepite come insostenibili.
- Tentativi o atti di suicidio: vi è un più alto rischio parasuicidario e suicidario nelle persone affette da un disturbo di personalità, in particolare di tipo borderline, rispetto alla popolazione generale. A livello percentuale, il suicidio avviene nel 5-10% dei pazienti, mentre il 40-85% compie dei tentativi che sono solitamente multipli. Le cause scatenanti sarebbero eventi frustranti, quali lutti, separazioni, rotture, delusioni, licenziamenti o critiche non più tollerabili. Risulta molto complessa la gestione del rischio del suicidio da parte dei professionisti, data l'impulsività ed imprevedibilità che non permettono ai pazienti di attivare un processo razionale di pensiero prima di agire.

Tali comportamenti, seppur capaci di diminuire l'attivazione emotiva nel breve termine, possono provocare gravi effetti nel lungo termine. I pazienti borderline non sembrano però avere sempre piena consapevolezza degli effetti delle azioni messe in atto e tendono a ripeterle di frequente, poiché i sintomi del disturbo tendono a stabilizzarsi precocemente diventando egosintonici, cioè parte del proprio modo abituale di sentire, pensare e relazionarsi. Per questo, il paziente fatica a riconoscere le difficoltà, i tratti patologici della propria personalità e gli agiti disfunzionali che ne derivano. Ciò comporta varie ricadute durante il corso della malattia, rendendo la cura particolarmente complicata, perlopiù tardiva e a volte impossibile.

CAPITOLO 3

IL MONDO RELAZIONALE DEL PAZIENTE BORDERLINE

3.1 BPD E COMORBILITÀ PSICHIATRICHE

L'eterogeneità sintomatologica che caratterizza il disturbo borderline di personalità comporta comorbilità psichiatriche frequenti che definiscono casi di “*doppia diagnosi*”, ad oggi sempre più comuni. Tra i vari disturbi enunciati dal DSM-5, alcuni si manifestano maggiormente in concomitanza con il BPD, come altri disturbi di personalità, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi da abuso di sostanze, disturbi dell'alimentazione e disturbi correlati a eventi traumatici.

I successivi sottoparagrafi sono dedicati a due di queste comorbilità, la cui spiegazione consente di introdurre il capitolo sulla dimensione relazionale vissuta tipicamente da un paziente borderline.

3.1.1 Disturbo dipendente

Il disturbo dipendente è uno dei dieci disturbi di personalità, che l'attuale Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali descrive come “*Una situazione pervasiva ed eccessiva di necessità di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione*”. È compreso all'interno del cluster C, costituito dai disturbi che provocano alti livelli d'ansia ed azioni apparentemente finalizzate a ridurla.

Il paziente dipendente, dunque, mette in campo nelle relazioni interpersonali un atteggiamento accomodante, che nasce dalla mancata sicurezza in sé stesso, dalla consapevolezza di non riuscire a funzionare da solo e dal conseguente bisogno di suscitare un senso di protezione negli altri. Assecondare e non esprimere mai disaccordo significa, per questa persona, non indurre nelle figure da cui dipende possibili idee di separazione o rifiuto, che sente di non poter tollerare. Qualora avvenga una separazione affettiva o amicale, per contenere il dolore, il soggetto cerca immediatamente di costruire un'altra relazione simile, che possa offrirgli il sostegno e l'accudimento di cui necessita. Questi

atteggiamenti di sottomissione, portando ad una naturale perdita dell'autonomia e della capacità di autoefficacia, fanno in modo che la persona si senta sempre più inferiore, inadeguata, impotente e abbia così un costante bisogno di richiedere rassicurazioni e sostegno sia materiale che emotivo.

Il timore dell'abbandono, il senso di solitudine e di vuoto, nonché la bassa autostima, sono i tratti che il disturbo dipendente condivide con il BPD; di conseguenza, alla luce delle molteplici similitudini, la comorbilità è frequente e la diagnosi differenziale complessa. Tuttavia, una diversità si può cogliere nel fatto che i pazienti borderline tendano ad avere verso il prossimo atteggiamenti altalenanti che fluttuano dall'adorazione al disprezzo, mentre le persone dipendenti non assumono comportamenti di ostilità per il timore di non ricevere più l'aiuto altrui. Perciò, si può comprendere che nel disturbo dipendente non vi sia la presenza di una dimensione relazionale caotica né di un'instabilità emotiva.

3.1.2 Ansia da separazione

I comportamenti accondiscendenti tipici di un paziente dipendente possono provocare anche un disturbo d'ansia da separazione che, come gli altri disturbi d'ansia inclusi nel DSM-5, è costituito da un'eccessiva e immotivata paura o ansia, che porta a problematiche comportamentali di evitamento rispetto alle minacce percepite. Nello specifico del disturbo d'ansia da separazione, esso comporta un costante timore di vivere una separazione dalle figure di riferimento, preoccupazioni intense verso i cari e angoscia pervasiva.

Non è raro che anche questa patologia si presenti in concomitanza al BPD, poiché entrambe manifestano alcuni sintomi comuni. A legare i due disturbi è il sentimento di disagio e l'agitazione provati dai pazienti in caso di distacco reale o immaginario dalle persone significative, l'intolleranza verso la solitudine e la messa in atto di azioni disfunzionali per evitare questi eventi spiacevoli. Le persone con patologia borderline però, come già affermato nel paragrafo precedente, possono provare anche rabbia inappropriata e ingiustificata verso i caregiver, oppure possono sentire la necessità di prendere da loro le distanze, il che li differenzia dai pazienti affetti dal disturbo d'ansia da separazione.

Ambedue le comorbilità appena esaminate, trovano origine dall'interazione di fattori genetico-comportamentali e fattori ambientali: la presenza di una sensibilità biologica all'ansia, abbinandosi ad esperienze negative che risalgono soprattutto al periodo infantile, favorisce lo sviluppo di queste condizioni; infatti, si può affermare che il BPD e i due disturbi sopra citati siano spesso correlati ad un disturbo post traumatico da stress (PTSD). Dunque, come già evidenziato per la condizione borderline nel paragrafo 2.1.1, anche dietro agli adulti dipendenti o con ansia da separazione vi sono bambini che hanno sperimentato ambienti contraddittori in cui le figure curanti non hanno offerto loro le giuste cure sul piano fisico ed affettivo; sono bambini che hanno interiorizzato modelli relazionali imprevedibili e ambivalenti e hanno temuto di essere abbandonati o trascurati. Alla luce di tali background, coloro che riescono a colmare le loro mancanze emotive, diventano il centro delle loro vite, le persone da cui dipendere e le uniche dalle quali non distaccarsi mai.

3.2 RELAZIONI INTERPERSONALI

È chiaro oramai che il BPD comporti come sintomo principale una forte disregolazione e vulnerabilità a livello relazionale, anche e soprattutto se accompagnato dalle due comorbilità analizzate in precedenza. Le relazioni interpersonali vissute dai pazienti borderline sono problematiche, incostanti e volubili; questo perché i rapporti che intrattengono variano velocemente in coerenza con i diversi modi in cui si manifesta la sintomatologia borderline nel corso del tempo. Questi soggetti possono nutrire un grande affetto verso l'altro, adorandolo anche in modo eccessivo, e il momento dopo essere diffidenti, aggressivi od opportunisti e decidere di allontanarsi. La tendenza a rompere i legami è soprattutto legata alla loro estrema sensibilità che li porta percepire tutto in modo esagerato, interpretando malamente i segnali ambigui e talvolta anche quelli positivi. Ciò li porta anche ad essere paranoici, quindi a porsi in uno stato di ipervigilanza per la necessità di controllare l'ambiente circostante e proteggersi da cattive intenzioni. Le avversità precoci vissute dai pazienti borderline tendono infatti a compromettere il loro funzionamento sociale futuro, comportando in loro un costante timore di rivivere lo scenario traumatico. Anche Bessel van der Kolk, psichiatra di Boston, ha parlato degli abusi infantili come eventi che minano lo sviluppo, portando l'adulto a non riuscire a

cogliere dalla realtà esterna atteggiamenti e comportamenti positivi che possano controbilanciare le esperienze negative. Nello specifico, egli ha ipotizzato che si verifichi un'alterazione della memoria in questi bambini che, crescendo, rimangono in balia dell'ultima impressione sensoriale sorta all'interno di un rapporto interpersonale, in questo caso quello patologico creato con le figure di attaccamento. A causa di tali bias cognitivi, da adulti faticano a fidarsi ed è sufficiente una semplice critica o una mancata attenzione per catalogare l'altro come spregevole, insensibile o inaffidabile.

La vita relazionale del paziente con BPD è destinata dunque a continui fallimenti e ciò crea sofferenza anche nelle persone care, che si sentono manipolate, usate ed emotivamente provate. È fondamentale dunque che amici, partner e parenti apprendano come rapportarsi in modo corretto con la persona borderline, anche attraverso i corsi di psicoeducazione trattati nel capitolo precedente.

3.2.1 Rapporto con il partner

L'amore per un paziente borderline è un concetto complesso, un ambito di vita difficile da pensare e da realizzare; questo perché, a causa dei traumi subiti, gli è difficile credere che possa realmente esistere una persona buona e comprensiva, a cui affidarsi e con cui vivere un'intimità positiva e stabile.

L'amore in tale contesto è come un circolo vizioso, in cui il soggetto fluttua tra varie fasi ritornando sempre al punto di partenza: idealizzazione del partner, graduale perdita di stima, svalutazione totale, allontanamento, ritorno e poi ancora idealizzazione. In altre parole, se inizialmente instaura un rapporto simbiotico con il proprio compagno, ingabbiandolo e assicurandosi la sua presenza, poco dopo si sente soffocare e risponde con umiliazioni, litigi feroci o freddezza. La distanza, però, anche se a volte desiderata dal paziente stesso, fa presto subentrare in lui una forte paura della solitudine, la quale lo riporta dal partner che ricomincia ad amare in modo totalizzante. Viene dunque a definirsi un processo circolare che continua patologicamente a ripetersi, causato soprattutto dai meccanismi di difesa messi in atto dalla persona al fine di tutelarsi, tra cui la scissione, che consiste nell'impossibilità di avere una visione unitaria dell'altro e di pensarlo come portatore in contemporanea di pregi e difetti. Detto altrimenti, non esistono per il

borderline vie di mezzo e il partner viene percepito come totalmente buono o totalmente cattivo. È chiaro perciò che dall'amore, questo paziente può passare velocemente all'odio in una costante danza umorale dove chi è coinvolto si trova invischiato e spesso incapace di uscire. Il comportamento manipolatorio è infatti una tipicità del paziente con BPD che, a suo piacimento, fa del partner un oggetto da amare o da distruggere.

L'amore è fragile e al contempo impetuoso, fatto di alti e bassi e continui sabotaggi; è pervasivo e invadente, vissuto in modo particolarmente intenso con modalità teatrali ed eclatanti. Nulla passa inosservato, a causa della presenza dell'occhio ipercritico e particolarmente sensibile del borderline; la sua capacità di riporre fiducia nel prossimo è carente, per cui ogni movimento è potenzialmente una minaccia, un imminente abbandono a cui risponde con reazioni esasperate, come imporre all'altro rigide regole per metterlo a sua completa disposizione. Questo rende la relazione talmente pressante ed estenuante da indurre spesso il partner, sfinito, ad una rottura effettiva, prima solo immaginata dal paziente e a cui reagisce con comportamenti auto-distruttivi che costringono il compagno a sentimenti di colpa e a ripensamenti.

Tuttavia, nonostante i tentativi di creare rapporti affettivi solidi siano perlopiù inefficaci, l'amore è sempre ricercato dalla persona borderline con il tentativo di riempire il dilagante senso di vuoto e di provare quella sensazione di vicinanza e protezione tanto desiderate da bambino ma mai appagate.

3.2.2 Rapporto con i professionisti

La disfunzionalità relazionale causata dal BPD influenza anche il rapporto tra il paziente e l'equipe socio-sanitaria che cura la sua presa in carico. L'alleanza terapeutica diventa perciò una necessità quando si intraprende un percorso volto al cambiamento, per rendere più probabile l'efficacia del trattamento. Secondo Bordin (1979-), quest'alleanza dovrebbe essere composta da tre elementi: la condivisione degli obiettivi del progetto di aiuto tra la persona e il professionista; l'esplicitazione dei compiti e delle responsabilità reciproche; infine, la creazione di un legame contraddistinto da fiducia e rispetto, che permetta di collaborare e comprendersi l'un l'altro. Tuttavia, creare una buona intesa non è un processo semplice, specie con chi è affetto da disturbi di personalità. Nel caso di

pazienti borderline, poi, questo meccanismo è ancor più complesso data la loro tendenza a passare da uno stato d'animo all'altro, il che rende imprevedibile e labile qualsiasi rapporto intrattengano. L'intesa con il terapeuta è solitamente fragile e può rompersi in qualsiasi momento, anche per ragioni insignificanti. Se l'alleanza si flette, gradualmente il paziente inizia a ridurre la propria aderenza alla terapia fino ad interromperla drasticamente; è quindi compito del professionista rievocare a questo punto gli obiettivi stipulati all'inizio, così da ribadire le responsabilità della persona e ripristinare un suo coinvolgimento.

Per promuovere un clima relazionale favorevole con un paziente borderline all'interno di un contesto istituzionale, gli operatori sono tenuti a seguire una serie di accorgimenti e principi tecnici:

- Stilare un contratto terapeutico collaborativo, in modo tale che la persona abbia sempre chiari gli obiettivi, le risorse per raggiungerli e gli esiti sperati;
- definire obiettivi realistici per evitare eventuali rinunce, molto frequenti nei soggetti borderline;
- essere chiari e sinceri: è indispensabile per aiutare la persona nella comprensione della propria condizione;
- favorire la partecipazione attiva e la motivazione: ciò aumenta la compliance e le possibilità di riuscita del progetto;
- aiutare a sviluppare l'empowerment, valorizzando capacità ed unicità della persona e ricordandole che il cambiamento richiede impegno. Porla al centro del processo di aiuto significa rispettare la sua autodeterminazione e dignità;
- non esprimere giudizi di valore: gli operatori devono prendere consapevolezza dei loro pregiudizi, in modo tale che non incidano sulla pratica professionale;
- delineare dei confini nella relazione, mettendo in campo una spontaneità controllata che permetta ai professionisti di avere un atteggiamento empatico, utile per capire il mondo interno del paziente, mantenendo però uno sguardo critico ed oggettivo;
- comunicare i propri limiti: ciò comporta un cambiamento di prospettiva nella persona, che vede solitamente il terapeuta come un salvatore onnipotente;

- creare un clima di fiducia in cui il soggetto possa sentirsi sicuro di interagire apertamente, protetto da reazioni emotive incontrollabili. È importante conferire, per quanto possibile, un genuino interesse verso il paziente come persona, anziché come utente;
- promuovere in lui la consapevolezza della percezione che ha della realtà, spiegando che è condizionata dai modelli di relazione che ha interiorizzato in tenera età. È necessario incoraggiarlo a sviluppare una visione più ampia per non considerare più la propria come unica e assoluta;
- lavorare sulle emozioni, dimostrando che reprimerle non è la soluzione. È indispensabile favorire nel paziente la capacità di riflettere sui propri stati emotivi in modo tale che apprenda come contenerne l'intensità;
- aiutarlo a sviluppare la capacità di chiedere aiuto ai professionisti quando non riesce ad affrontare efficacemente le situazioni;
- infine, in virtù della variabilità dei sintomi del BPD, è importante rapportarsi con ciascun paziente in modo individualizzato e flessibile, non mettendo mai in campo comportamenti statici e preconfezionati.

Rapportarsi con una persona borderline non è una questione semplice neppure per un professionista formato sul campo, che si trova spesso a provare emozioni forti e contrastanti: può infatti accadere che, qualora si lasci influenzare eccessivamente dalla relazione, si instaurino in lui intense reazioni controtransferali, come sentimenti di impotenza, inadeguatezza, colpa, rabbia, odio, ansia o paura. Può, inoltre, avere delle fantasie di salvezza che lo conducono a trasgredire i confini professionali. Più nello specifico, l'operatore si può trovare nella delicata posizione di tentare eroicamente di curare questo genere di pazienti, intrattenendo continui contatti con loro o addossandosi piena responsabilità rispetto alle loro vite. Delimitare i rapporti è infatti la soluzione più adeguata per avvicinarsi ai soggetti borderline, ma non sempre si riesce a tutelarsi dalla loro natura manipolatrice, motivo per cui risultano indispensabili strumenti come il lavoro d'equipe e la supervisione.

3.2.3 Rapporto con il proprio sé

L'immagine di sé persistentemente instabile del paziente borderline è una delle cause e certamente anche una conseguenza delle sue difficoltà sul piano relazionale. La vulnerabilità e l'impulsività che lo pervadono lo fanno fluttuare da stati emotivi altamente positivi a stati emotivi fortemente negativi, portandolo a cambiare in maniera tanto rapida e frequente la visione, oltre che degli altri, anche di sé stesso. A tal proposito, il DSM-5 indica la presenza di “*un'identità scarsamente integrata e stabile*” come una delle principali caratteristiche della sintomatologia borderline. Ciò spiega la ragione per cui la persona affetta da tale disturbo modifica spesso ed improvvisamente obiettivi, valori, idee, amici e partner. Inoltre, se in un determinato momento può sentirsi competente, adeguato e vincente, l'attimo dopo può sentirsi talmente fragile e inadatto da boicottare sé stesso anche senza motivo, compromettendo così i piccoli traguardi raggiunti in precedenza. La psicoterapia è perciò, nel caso del BPD, il trattamento più efficiente per accompagnare la persona ad acquisire gradualmente un'immagine di sé solida e positiva.

3.3 IL CASO DI ANNA

L'ultimo paragrafo è dedicato alla descrizione e analisi di un caso che ho conosciuto durante lo svolgimento del tirocinio presso il Centro di Salute Mentale, esperienza citata nell'introduzione all'elaborato. Questa lettura permette di comprendere gli snodi principali del disturbo borderline di personalità analizzati nel corso della tesi, come si manifesta a livello concreto e le disfunzioni che comporta trasversalmente a tutti gli ambiti della vita.

Il caso di Anna

Anna ha 39 anni, un fratello minore e dei genitori separati dal 1992. La madre è affetta da schizofrenia e il marito è un padre maltrattante, espulsivo, abbandonico e abusatore di sostanze; la brusca separazione della coppia è avvenuta dopo anni di violente liti con percosse e accuse reciproche, spesso in presenza dei figli che, iniziando precocemente a manifestare chiari segni di disagio personale, sono stati presi in carico dalla Tutela

Minori. In seguito a vani tentativi di vivere in maniera serena prima con la madre e poi con il padre, si è segnalata la situazione di rischio al Tribunale per i Minorenni, che ha disposto l'impossibilità per i minori di crescere in un ambiente familiare idoneo e, nel 1998, l'inserimento di entrambi presso una struttura comunitaria. Compiuta la maggiore età, Anna ha provato a convivere nuovamente con i genitori. Purtroppo però, a causa dei persistenti conflitti dovuti sia al contesto relazionale che all'imminente esordio della malattia, nel 2001, non appena maggiorenne, è stata presa in carico dal CSM con una diagnosi di disturbo di personalità dipendente su struttura di personalità borderline, sviluppatosi probabilmente a causa delle avversità vissute in giovane età e fino a quel momento. Inizialmente era ben agganciata, accoglieva gli interventi proposti dall'equipe socio-sanitaria, come i colloqui terapeutici e le terapie psicofarmacologiche, ma dal 2002 al 2012 ha interrotto i rapporti con i servizi. In questo lasso di tempo, Anna ha dato alla luce due figli dalle relazioni con due partners diversi, terminate entrambe dopo pochi anni a causa della disregolazione emotiva e comportamentale legata alla patologia; rimasta sola, ha richiesto l'aiuto del servizio sociale comunale per motivazioni economiche e difficoltà nella gestione dei bambini. Infatti, fin dalla nascita dei figli si è rapportata con loro in modo patologico, passando da atteggiamenti di intenso affetto e dipendenza ad un'estrema indifferenza e rifiuto, creando così le basi per un attaccamento disfunzionale, lo stesso che lei ha vissuto durante l'infanzia. Nel 2014 ha ripreso i contatti con la Tutela Minori per iniziare un percorso di sostegno alla genitorialità, implementazione delle risorse personali e miglioramento della compliance terapeutica, ma tali interventi non hanno portato agli esiti sperati. Di conseguenza, in virtù del peggioramento della salute di Anna, i minori sono stati affidati ai rispettivi padri con il supporto di due famiglie affidatarie. Nel frattempo, la ragazza ha ricominciato anche il proprio percorso di cura presso il CSM, dimostrando però di non riuscire a reggere a lungo alcun programma, specie quelli di inserimento in strutture residenziali poiché eccessivamente rigide e strutturate e capaci di farle rivivere alcuni traumi infantili. Dopo aver abbandonato varie comunità, ha sempre manifestato la volontà di tornare a vivere con il padre che lei definiva il suo "salvatore", ma l'avanzare della malattia la portava spesso a delle crisi, contenute tramite numerosi ricoveri in SPDC, anche duraturi. Nel corso di questi ricoveri ospedalieri, Anna alternava fasi di tranquillità, in cui era in grado di valutare lucidamente le proprie difficoltà a livello personale e relazionale, a fasi più critiche in cui prevalevano

la confusione, il senso di vuoto interiore, il malessere generalizzato e l'insofferenza verso sé stessa e gli altri.

Da pochi anni vive da sola in un alloggio popolare dove cerca di rafforzare il proprio percorso di autonomia, non è intenzionata a costruire rapporti affettivi stabili ed è alla costante ricerca di un partner che sia disposto a proteggerla ma anche ad accettare periodi di distacco qualora lei ne senta il bisogno. Con i padri dei suoi figli la relazione rimane incostante e caotica: in alcuni periodi cerca un avvicinamento, in altri tende ad allontanarsi richiudendosi nella propria solitudine, che talvolta la porta ad abusare di sostanze illecite o farmaceutiche; questo spiega il motivo per cui è seguita anche dal SERD. Anche con i genitori i rapporti rimangono instabili: il disturbo dipendente la porta a ricercare attenzioni e accudimento, mentre la struttura borderline le scatena di frequente ostilità e opposizione. Invece, per quanto concerne i figli, li vede durante i regolari incontri protetti e si sta impegnando a tenere con loro un rapporto adeguato, dimostrando comunque delle competenze come madre, seppur non costanti. Attualmente l'equipe del CSM, rispettando la volontà di Anna di non essere più inserita all'interno delle comunità, le sta proponendo interventi alternativi, al fine di garantirle il massimo benessere possibile nonostante la malattia persista. Ad esempio, le è stato più volte consigliato di iniziare un tirocinio lavorativo che la aiuterebbe, oltre che ad uscire di casa, a ripristinare una routine, imparare a rispettare i compiti e a relazionarsi in modo adeguato con il prossimo; inoltre, di recente le è stato proposto un affiancamento da parte di un amministratore di sostegno che possa sostenerla negli aspetti più economici che lei fatica a gestire, specie nei periodi depressivi. Ciò nonostante, Anna continua a rifiutare ogni proposta poiché le sue priorità attuali sono legate al rimanere compensata, riacquisire le autonomie e migliorare sempre più il rapporto con i figli e i cari. Una delle poche attività che riesce a perseguire più o meno con costanza è quella di recarsi quotidianamente presso il CSM per farsi somministrare la terapia farmacologica, che le consente di ridurre gli agiti impulsivi ed evitare in tal modo altri ricoveri.

Anna sa comprendere la propria malattia e le conseguenze che comporta a livello emotivo e comportamentale. In questi anni, grazie all'aiuto dei professionisti, ha sviluppato capacità di problem solving, di auto-consolazione e di autoefficacia, utili per affrontare le sfide quotidiane. Tuttavia, quando la sua patologia prende il sopravvento, non è in grado di pensare razionalmente e mette in atto atteggiamenti precipitosi che, nei casi

peggiori, consistono in atti autolesionistici o tentati suicidi, i quali richiedono interventi d'urgenza, talvolta da lei pianificati per attirare l'attenzione. Ad oggi continua ad interagire con il CSM in modo saltuario e l'aderenza ai trattamenti non è costante: a volte è la prima a volersi far aiutare, altre volte evita ogni contatto rendendosi irreperibile anche per mesi. Per questo, la condizione personale di Anna rimane precaria e il percorso di cura diventa sempre più lungo e complesso, come del resto per la maggior parte dei pazienti borderline.

CONCLUSIONI

È possibile guarire da un disturbo borderline di personalità?

Da quando si è iniziato a diagnosticare, questo disturbo è sempre stato considerato come una condizione talmente complessa e pervasiva da risultare difficile da curare; concetto che si è più volte ribadito nel corso della trattazione.

Ciò nonostante, grazie agli approcci più recenti, molti soggetti con BPD dimostrano una diminuzione del numero e/o della gravità della sintomatologia, quindi anche una qualità di vita migliore. Si comprende che le persone che ne sono affette vadano perlopiù incontro ad una riduzione graduale delle caratteristiche patologiche e ad un conseguente miglioramento del proprio benessere psichico, per cui effettivamente nella maggior parte dei casi non si può parlare di una guarigione completa ma solo di uno stato di sollievo dai sintomi più impattanti. Coerentemente con ciò, al capitolo due viene ripresa la definizione di “*salute*” che l’OMS ha coniato nel 2011. La salute non corrisponde necessariamente all’uscita da uno stato di malattia, bensì alla capacità di auto-gestire le difficili sfide quotidiane che l’individuo può trovarsi a dover fronteggiare durante la sua esistenza; essere in salute significa perciò riuscire ad adattarsi, accettando la propria situazione patologica anche se non del tutto curabile. Ovviamente, questo non vuol dire che non vi sia alcun disturbo che possa prevedere una remissione totale, anzi, la ricerca è in continuo avanzamento e sta portando alla conoscenza di trattamenti molto efficaci, però è chiaro che esistano condizioni più risolubili di altre.

Inoltre, è necessario evidenziare che la riuscita di qualsiasi intervento dipende da persona a persona e dalla situazione specifica, nonché dalle cause che hanno condotto allo sviluppo del problema e anche dalle tempistiche con cui la persona arriva a chiedere aiuto. Nel caso dei disturbi di personalità, nonostante siano dal punto di vista epidemiologico molto diffusi, spesso non vengono riconosciuti o, ancor più di frequente, vengono identificati tardivamente, proprio perché il soggetto, non capendo di avere un problema o non accettandolo, tende a temporeggiare prima di affidarsi a dei professionisti. Giungere ai servizi precocemente prelude a probabilità più alte di esito positivo dei trattamenti; invece, non prestare attenzione ai primi sintomi, anche se lievi, significa tardare la definizione di una diagnosi, dando modo al disturbo di radicarsi e talvolta di cronicizzarsi e rendendo ancor più complicata la guarigione.

Un'ulteriore difficoltà relativa ai disturbi di personalità è correlata alla diagnosi e all'arco temporale entro cui può essere eseguita. Gli studiosi si chiedono ancor oggi quali siano le prassi da adottare e quale sia il momento più adeguato per iniziare a diagnosticare questo genere di patologie. Rispetto al BPD, da anni ormai la letteratura ha indicato che i sintomi siano spesso visibili dall'adolescenza e a volte dall'infanzia, ma sembra che persistano i dibattiti sull'utilità di effettuare la diagnosi già dall'età evolutiva; questo perché sembrerebbe complicato distinguere efficacemente tra la sintomatologia del disturbo borderline e i tipici cambiamenti adolescenziali. Tuttavia, anche il DSM-5 ha dichiarato che l'esordio possa essere fatto risalire già prima dell'età adulta, in virtù del fatto che il disturbo possa iniziare ad avere un impatto consistente nei vari contesti di vita della persona, anche quando molto giovane. Si sta, dunque, delineando sempre più l'importanza di una diagnosi precoce, allo scopo di poter progettare azioni ed interventi il più possibile tempestivi rivolti ad una fascia d'età ancora duttile e suscettibile a modificazioni.

Appurato che siano possibili dei miglioramenti nel corso del tempo, il percorso di cambiamento per i soggetti con BPD è comunque difficile e ostacolato, poiché i risultati arrivano lentamente: i benefici rilasciati dai farmaci sono limitati e la psicoterapia, considerata il trattamento primario, non è sempre proficua a causa della difficoltà che hanno queste persone nel mantenere un legame di fiducia con l'equipe socio-sanitaria. Pertanto, la comprensione, il supporto emotivo e l'incoraggiamento da parte dei professionisti e dei cari devono accompagnare costantemente il cammino di tali pazienti, sia per evitare che abbiano ricadute frequenti sia per mantenere alta la loro motivazione al cambiamento. Non è semplice per loro decidere di trasformare la propria vita, anche perché i sintomi del disturbo borderline diventano gradualmente egosintonici, portandoli a non provare più disagio per la messa in atto di comportamenti disadattivi e pericolosi; il motivo risale al fatto che con il passare del tempo, abituandosi alla condizione, iniziano a vedere la patologia come parte intrinseca di sé e quindi non rimovibile. Ne deriva che le oscillazioni emotive diventano per loro la norma, elementi in linea con la loro personalità e percepiti come giusti. Di fronte a tali convinzioni, anche i terapeuti faticano a trovare una soluzione. Oltretutto, gli agiti impulsivi ed irrazionali dei pazienti borderline rendono imprevedibile l'andamento del percorso di cura, che può proseguire

favorevolmente per un determinato periodo e retrocedere poi, secondo un circolo vizioso continuo.

Questi sono, perciò, i principali fattori che rendono complessa la trattazione di un disturbo borderline di personalità. Tuttavia, si possono identificare ulteriori nodi problematici rispetto alle patologie psichiatriche su un piano più generale.

Innanzitutto, il problema non è mai solamente dell'individuo in sé. È necessario rivolgere l'attenzione anche verso l'ambiente circostante, che assume un ruolo decisivo nello sviluppo e/o nella durata di alcuni disturbi. Infatti, la qualità di vita dei pazienti non dipende solo dalla gravità sintomatologica delle patologie, ma anche dall'atteggiamento di accettazione o discriminazione che il contesto sociale nutre nei loro confronti. I pregiudizi e gli stereotipi nei confronti delle persone con malattie mentali sono ancora presenti, nonostante i progressi della società; è soprattutto la mancanza di informazione e di comprensione delle malattie mentali a motivare la stigmatizzazione, per cui spesso tali soggetti sono visti e/o immaginati come imprevedibili, pericolosi, diversi. Questi soggetti arrivano a provare vergogna e disagio, finendo per sentirsi esclusi ed emarginati; ciò li porta a dover convivere con un peso anche superiore rispetto a quello derivante dalla malattia stessa.

Incentivare opere di sensibilizzazione pubblica rispetto alle complesse esistenze dei pazienti con disturbi psichiatrici sarebbe un piccolo passo avanti per abbattere o perlomeno ridurre questi pregiudizi. A tale scopo, anche la Giornata Mondiale della Salute Mentale, che si celebra il 10 ottobre di ogni anno, rappresenta un'occasione per portare la tematica all'attenzione delle comunità, in modo da favorire delle riflessioni in merito e una maggior consapevolezza rispetto alla necessità di tutelare la salute a 360 gradi. Corpo e mente sono infatti un'unità indissolubile, che deve essere trattata in un'ottica integrata per favorire nelle persone un benessere il più possibile globale. Fortunatamente, sempre più la salute mentale è considerata tanto importante quanto la salute fisica, che invece assumeva maggior rilevanza in passato. Per di più, il Covid-19 ha posto l'esigenza di porre ancor più attenzione al tema relativo alla malattia mentale, soprattutto tra la popolazione giovanile che ha vissuto l'isolamento in modo particolarmente tragico. Tuttavia, nonostante le evidenze, le conoscenze dell'impatto della pandemia sulla sfera psichica sono ancora limitate.

Per concludere l'elaborato, ritengo importante ribadire il fatto che siano ancora in definizione le ricerche sui disturbi mentali, sulla loro eziologia e sulle modalità di trattamento, che rimangono ancora incerte e precarie. Chiaramente, questo vale anche per il disturbo borderline di personalità ed è naturale chiedersi se gli studi futuri riusciranno, prima o poi, ad identificare una cura definitiva e valida per tutti i pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Quinta edizione. DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, 2014.
- Gabbard G. O., *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano, 2015.
- Vender S., Callegari C., Poloni N., *I disturbi di personalità borderline nel trattamento di malattie somatiche*, Vol. 95, n. 6, Giugno 2004.
- Correale A., Alonzi A. M., Giacchetti N., *Lo sfondo psichico naturale*, Borla, 2001.
- Cattane N., Rossi R., Lanfredi M., Cattaneo A., *Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms*, BMC Psychiatry, 2017.

SITOGRAFIA

- <https://www.etimoitaliano.it/2018/01/personapersonalita.html>
- <https://www.stateofmind.it/disturbi-di-personalita/>
- <https://www.psicoterapiaromaest.it/temperamento-carattere-e-personalita/>
- <https://lamenteemeravigliosa.it/la-teoria-umorale-ippocrate/>
- <https://lamenteemeravigliosa.it/personalita-psicopatiche-secondo-schneider/>
- <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/1461/articoli/16137/>

- <https://www.istitutobeck.com/terapia-cognitivo-comportamentale/disturbi-di-personalita>
- <https://www.psico-milano.org/psicoblog/diagnosi-di-disturbo-di-personalita-secondo-il-dsm-5>
- <https://www.istitutobeck.com/beck-news/disturbo-borderline-di-personalita-in-adolescenza?sm-p=469948414>
- <https://www.stateofmind.it/2021/11/disturbo-borderline-infanzia-adolescenti/>
- <https://www.treccani.it/vocabolario/ricerca/borderline/>
- <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt55-90.htm>
- <https://www.jpsychopathol.it/article/oltre-i-limiti-della-personalita-limite-ruolo-dellimpulsivita-nel-disturbo-borderline-di-personalita/>
- <https://normalarea.com/prevalenza-borderline-popolazione/>
- <https://www.stateofmind.it/2018/09/disturbo-borderline-review/>
- <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-della-personalit%C3%A0/disturbo-borderline-di-personalit%C3%A0>
- <https://www.stateofmind.it/2017/03/disturbo-borderline-attenzione/>
- <https://www.guidapsicologi.it/articoli/la-disregolazione-emotiva-nel-disturbo-borderline-di-personalita>

- [https://www.stateofmind.it/2015/03/disturbo-borderline-di-personalita-
psicoterapia/](https://www.stateofmind.it/2015/03/disturbo-borderline-di-personalita-
psicoterapia/)
- <https://www.stateofmind.it/2015/04/borderline-disregolazione-emotiva/>
- <http://www.lauragaluppi.it/articolo.php?id=54>
- [https://www.msmanuals.com/it-it/casa/disturbi-di-salute-mentale/disturbi-
della-personalita%3%A0/disturbo-borderline-della-personalita%3%A0-dbp](https://www.msmanuals.com/it-it/casa/disturbi-di-salute-mentale/disturbi-
della-personalita%3%A0/disturbo-borderline-della-personalita%3%A0-dbp)
- <https://www.lindapigazzi.com/disturbo-borderline-di-personalita/>
- <https://www.stateofmind.it/2014/03/sopsi-2014-disturbo-borderline-amigdala/>
- <https://www.istitutobeck.com/disturbo-borderline-personalita-trauma>
- <https://www.stateofmind.it/2021/03/disturbo-borderline-anomalie-cerebrali/>
- [https://www.istitutobeck.com/beck-news/traiettorie-evolutive-del-disturbo-
borderline-di-personalita/](https://www.istitutobeck.com/beck-news/traiettorie-evolutive-del-disturbo-
borderline-di-personalita/)
- <https://www.stateofmind.it/bibliography/linehan-marsha/>
- <https://www.intherapy.it/tecnica/terapia-dialettico-comportamentale/>
- [https://www.stateofmind.it/2011/07/le-terapie-psicologiche-del-disturbo-di-
personalita-borderline/](https://www.stateofmind.it/2011/07/le-terapie-psicologiche-del-disturbo-di-
personalita-borderline/)
- [https://www.stateofmind.it/2016/11/disturbo-borderline-di-personalita-
trattamenti/](https://www.stateofmind.it/2016/11/disturbo-borderline-di-personalita-
trattamenti/)

- <https://www.stateofmind.it/2016/03/interventi-per-familiari-di-pazienti-borderline/>
- <https://borderline-italia.it/>
- <https://www.istitutobeck.com/terapia-cognitivo-comportamentale/disturbi-di-personalita/disturbo-borderline-personalita/autolesionismo>
- <https://www.stateofmind.it/2020/09/borderline-sesso-rischio/>
- <https://psicologi-online.it/sindrome-da-shopping-compulsivo/>
- <https://pillolepsicologiche.com/2013/06/25/gioco-dazzardo-patologico-e-disturbi-di-personalita-non-solo-antisociali/>
- <https://www.stateofmind.it/2021/06/abuso-sostanze-regolazione-emotiva/>
- <https://www.centrodca.it/il-collegamento-tra-il-disturbo-borderline-della-personalita-e-i-disturbi-alimentari/>
- <https://www.istitutobeck.com/beck-news/disturbo-borderline-di-personalita-2>
- <https://www.stateofmind.it/2019/11/rischio-suicidario-adolescenti/>
- <https://www.stateofmind.it/2020/03/disturbo-borderline-suicidio/>
- <https://www.istitutobeck.com/terapia-cognitivo-comportamentale/disturbi-di-personalita/disturbo-borderline-personalita>
- <https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-di-personalita/disturbo-borderline-personalita-diagnosi-sintomi-cura/>

- <https://www.intherapy.it/disturbo/disturbo-dipendente-di-personalita/>
- <https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-d-ansia/disturbi-dansia-la-classificazione-secondo-dsm-5/>
- <https://www.stateofmind.it/2021/02/ansia-separazione-disturbo-borderline/>
- <https://www.istitutobeck.com/terapia-cognitivo-comportamentale/disturbi-di-personalita/disturbo-dipendente-personalita>
- <https://www.istitutobeck.com/beck-news/relazioni-difficili-nel-disturbo-borderline-personalita-ruolo-dellipersensibilita-alla-minaccia>
- <https://psicoadvisor.com/bambino-trascurato-emotivamente-quali-disturbi-eta-adulta-5351.html>
- <https://normalarea.com/inamiche-del-bpd-attuate-nei-confronti-di-soggetti-non-bpd/>
- <https://www.stateofmind.it/2016/02/amore-odio-borderline/>
- <https://www.sibillaulivi.it/articoli-letture/amore/455-amore-borderline.html>
- <http://www.annabernardi-psicologa.it/amore-borderline/>
- <https://www.deborastranieri.it/personalita-borderline-in-amore/>
- <https://www.stateofmind.it/2017/03/alleanza-terapeutica-disturbo-borderline-di-personalita/>