



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORTAMENTO

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITA':
TEORIA E TERAPIA
Secondo l'approccio cognitivo neuropsicologico

RELATORE:
CHIAR.MO PROF. DAVIDE LICCIONE

CORRELATORE:
Dott.ssa Carla DiForti

Tesi di Laurea di
Viviana Costa
509347

Anno Accademico 2024/20

*“Si alza: non si era mai sentito
così nudo, così vulnerabile
in tutta la sua vita.
Quando era piccolo
e si verificavano certi episodi,
riusciva a staccarsi dal corpo
e spostarsi altrove.
Fingeva di essere un oggetto inanimato
-l’asta di una tenda, un ventilatore da soffitto-,
il testimone imparziale e indifferente
di una scena
che si sviluppa
sotto i suoi occhi.
Si osservava
e non provava niente:
né pietà, né rabbia.
Ora però, per quanto si sforzi,
non riesce ad astrarsi.”*

Hanya Yanagihara, *Una vita come tante*, p.505.

INDICE

Introduzione

1. Il Disturbo Borderline di Personalità
 1. Diagnosticare e definire il disturbo di personalità borderline
 - 1.1 Definizione del disturbo ed evoluzione storica*
 - 1.2 Classificazione e diagnosi secondo il DSM- V e l'ICD-11*
 - 1.3 Criteri diagnostici: dall'approccio categoriale al modello dimensionale*
 - 1.4 Intersezione di insiemi: comorbidità, causalità o confusione?*
 2. Eziopatogenesi
 - 2.1 Attaccamento e disorganizzazione*
 - 2.2 Il ruolo del trauma e aspetti dissociativi*
 - 2.3 Aspetti neurobiologici*
 3. Implicazioni per la psicoterapia
2. Identità e temporalità nel disturbo borderline di personalità
 1. Identità e coscienza
 - 1.1 Lo sviluppo del concetto di coscienza di Sé nel tempo*
 - 1.2 Disturbi della coscienza e deficit metacognitivi*
 2. Identità narrativa
 3. Il sé frammentato
 4. Temporalità intersoggettiva
 - 4.1 Sul ruolo della temporalità nella concettualizzazione nel disturbo borderline di personalità*
3. L'analisi del Primo Colloquio Clinico secondo l'Approccio Cognitivo Neuropsicologico
 1. L'adozione di una prospettiva ermeneutico-fenomenologica
 - 1.1 Emozionarsi Inward-Outward*
 - 1.2 Il senso di vuoto*
 - 1.3 Psicoterapia cognitiva neuropsicologica*
 - 1.4 Trattamenti psicoterapeutici*
 2. Il caso di L.
 - 2.1 Il macrocontesto esistenziale e l'esordio della sintomatologia impulsiva*
 - 2.2 Il percorso di formazione e la carriera lavorativa*
 - 2.3 I legami affettivi*
 - 2.4 Impulsività comportamentale: l'alcool*
 - 2.5 Il senso di vuoto e il self-injury*
 - 2.6 Rifi gurazione*

Conclusioni

Bibliografia

Ringraziamenti

Introduzione

Il Disturbo Borderline di Personalità è senza dubbio un disturbo mentale complesso e controverso. Per molti anni è stata considerata una condizione clinica incurabile e le persone che ne soffrivano venivano definite come “non-analizzabili” per via delle sue affinità con la psicopatologia dello spettro schizofrenico.

Innanzitutto, si è voluto andare a ritroso nel passato per recuperare l’evoluzione della definizione del DBP che, nel corso del tempo, è diventato una categoria clinica a sé stante, distinto dalla schizofrenia alla quale era costantemente assimilato, cercando di mettere in luce quelli che sono gli aspetti tutt’oggi complessi di questa categoria clinica piuttosto eterogenea.

Grazie all’ausilio dei principali manuali diagnostici attualmente in uso, il DSM e l’ICD, sono stati riportati e confrontati tra loro i criteri clinici che servono a discriminare il DBP dagli altri Disturbi di Personalità e disturbi mentali, facendo anche riferimento a quelle che sono tutt’oggi le criticità e i punti di forza di entrambe le modalità diagnostiche soprattutto per la valutazione dei DP.

Dopodiché, è stata analizzata la complessa eziopatogenesi del DP borderline che, come la maggior parte dei disturbi mentali, è multifattoriale. Secondo il modello bio-psico-sociale, sono state descritte le principali teorie che si sono occupate di teorizzare la comparsa del disturbo; dalle teorie sull’attaccamento a quelle degli approcci socio-culturali, fino ad un breve approfondimento sulle basi neurofisiologiche.

Una volta riportate quelle che sono le caratteristiche nucleari quali una pervasiva instabilità nella regolazione delle emozioni, nell’immagine del Sé e nel controllo degli impulsi, sono stati ampliati i temi dell’inconsistenza nella concezione del Sé e della frammentazione dell’identità, considerati due aspetti cruciali per la comprensione del DBP. Quello che emerge e che rappresenta il cuore del DBP, è una “dolorosa incoerenza”, un’emozione difficile da descrivere con

precisione e dalla quale deriva un senso di vuoto costante che costituisce il sintomo principale del disturbo, dal quale emergono poi la maggior parte delle esplosioni comportamentali.

Inoltre, viene inserito anche un paragrafo che si addentra nella grande tematica della temporalità soggettiva e delle sue alterazioni e che va ad analizzare l'aspetto della percezione temporale che più si avvicina a quella sperimentata dai pazienti con DBP, offrendo un'ulteriore punto di vista sul loro vissuto soggettivo.

A partire poi dall'approccio cognitivo neuropsicologico, è stato possibile visionare ed analizzare un primo colloquio clinico: quello della paziente L. In primis, sono state introdotte le particolarità del modello teorico di riferimento che deriva dalla tradizione cognitivista, ma, grazie all'adozione di un approccio psicoterapeutico di tipo fenomenologico-ermeneutico, si presuppone di cogliere la persona nell'individualità della sua esperienza (fenomenologia). Poi, tramite l'utilizzo della scienza dell'interpretazione (ermeneutica), è possibile far emergere il *sensò* del racconto di una storia di vita e comprenderne le interruzioni che possono nascondere eventuali fratture dell'identità.

Nella storia di vita della paziente L., è stato possibile riscontrare le caratteristiche principali del DBP e cogliere, anche se in una piccola parte, la natura del suo malessere che lei stessa ha difficoltà ad articolare in discorso coerente.

Per motivi di privacy, alcune informazioni fisiche e biografiche della paziente sono state modificate o omesse in modo tale da non renderla in alcun modo riconoscibile. Le informazioni che hanno subito tali modifiche non sono però tali da alterare il senso della sua storia di vita.

1. Il Disturbo Borderline di Personalità

Diagnosticare e definire il disturbo di personalità borderline

1.1 Definizione del disturbo ed evoluzione storica

La psicopatologia del disturbo borderline di personalità (DBP), seppur complessa e articolata nella sua manifestazione, presenta elementi caratterizzanti che ne costituiscono le fondamenta quali la marcata impulsività, l'instabilità emotiva e relazionale e un la mancanza di una coesa immagine di sé.

Attualmente, dai dati provenienti dalla letteratura emerge come il tasso di prevalenza del disturbo borderline si aggiri intorno all' 1-3 % nella popolazione generale, al 10% negli ambienti ambulatoriali, al 20% negli ambienti ospedalieri, e al 9-27% nei pronto soccorso ospedalieri, con poche differenze in termine di prevalenza tra i due sessi. (Mainali et.al., 2020).

La descrizione nosografica del DBP compare per la prima volta all'interno del Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders nella sua III versione del 1980 a cura dell'American Psychiatric Association (DSM-III; APA, 1980). Nel 1992 viene descritto con leggere differenze rispetto al DSM, all'interno dell'International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems alla decima edizione (ICD-10), stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità- *World Health Organization* (OMS, 1992).

La storia del Disturbo Borderline di Personalità (DBP) ha inizio nella seconda metà del XIX secolo, quando i comportamenti che attiravano l'attenzione dei primi clinici erano considerati sintomo di un disturbo equivalente all'isteria. Il DBP e l'isteria possono essere considerati entrambi appartenenti ad una tipologia di disturbi plasmata dalla cultura in cui si sviluppano, e che condividono perciò i principi fondamentali piuttosto che singole caratteristiche cliniche.

Partendo dagli studi pionieristici di Pierre Janet sulla concettualizzazione del disturbo isterico si comprende come l'esperienza soggettiva dell'esistenza umana sia imprescindibile dalla comprensione dell'eziologia della malattia mentale. Secondo Janet il momento presente costituisce lo spazio in cui viene inscritta l'esperienza umana. Quest'ultima viene concepita secondo una visione gerarchica della coscienza, come il risultato di un processo che implica una sintesi della molteplicità della coscienza. Janet chiamava questo processo "*présentification*", il cui fallimento ha come conseguenza l'indurre l'individuo ad un livello di funzionamento della coscienza più basso, concepiti in termini di tendenze all'azione. A questo processo di perdita dello spazio della coscienza e del restringimento del senso di Sé, Janet associa l'essenza della dissociazione, nucleo centrale della teoria sull'isteria ponendo anticipatamente le basi per la costruzione di un modello dissociativo del DBP.

Così come per James e Bergson, anche Janet considerava di importanza fondamentale il processo di integrazione della coscienza, e la maturazione ne è la sua manifestazione. Ciò non viene riscontrato nei pazienti isterici che presentavano un'instabilità di base della loro funzione psichica nonché un carattere mutevole e contraddittorio, condizioni che riflettevano la mancanza di un'unità mentale molto simile all'instabilità e all'alterazione affettiva del DBP.

In un momento successivo, Janet documentò l'effetto patogeno degli shock e delle emozioni dolorose associandole all'esordio di molti "esaurimenti nervosi", idea contrastante con il pensiero freudiano secondo il quale il meccanismo dell'inibizione costituiva l'aspetto centrale della patologia isterica.

Verso gli anni Settanta si assistette ad una progressiva perdita di interesse nei confronti dell'isteria e il contesto culturale subì ulteriori cambiamenti che riportarono luce sullo spirito umanistico e l'interesse per l'individualità e l'esperienza soggettiva. Tali aspetti erano rimasti per molto tempo accantonati a causa della diffusione della rivoluzione comportamentista-positivista che aveva comportato minor interesse nella

concettualizzazione della mente e delle memorie che fanno parte dell'esperienza di Sé. Fu poi grazie a John Bowlby (1969) e la sua teoria dell'attaccamento, secondo la quale la maggior parte dei disturbi mentali sarebbero da ricondurre alla rottura dei principali legami affettivi durante l'infanzia, che la questione del Sé destò nuovamente interesse. Anche le teorie del neuropsicologo Endel Tulving (1972) permisero di impostare le basi per una più acuta comprensione delle memorie traumatiche, grazie alla distinzione operata tra le due forme di memoria, *episodica* e *semantica*. In modo parallelo a questa rinnovata consapevolezza sulle esperienze traumatiche, venne fatta riemergere l'importanza del lavoro di Janet sull'isteria, in particolare da Henri Ellenberger con il suo libro "La scoperta dell'inconscio" (1970) che diede un nuovo impulso a nuovi studi in merito che utilizzavano proprio i criteri diagnostici di Janet (Meares, 2012)

Le origini della diagnosi del Disturbo Borderline di personalità affiorano dalle osservazioni cliniche dello psichiatra Adolf Stern (1938) il quale utilizzò per la prima volta il termine "borderline" per descrivere un disturbo che presentava caratteristiche al confine tra nevrosi e psicosi ed era refrattario al trattamento analitico. Con il termine "*psychicbleeding*" - disforia cronica refrattaria all'accudimento terapeutico- Stern documentò un gruppo di pazienti particolarmente difficili, emotivamente instabili, impulsivi, particolarmente sensibili al rifiuto e che ottenevano solitamente pochi risultati in terapia (Paris, 2018).

Negli anni '50 Robert Knight, con la pubblicazione del suo saggio su "Gli stati borderline" iniziò a concepire il disturbo borderline come entità nosografica autonoma, ben distinta dalla nevrosi e dalla psicosi. In questo primo documento scientifico, si iniziano ad evidenziare i numerosi confini di questo nuovo profilo psicologico, riportandone in particolare i deficit nel funzionamento e nell'integrazione dell'Io. Dopo Knight, il termine borderline divenne largamente utilizzato nel lessico psichiatrico, soprattutto tra i clinici occupati nei contesti ospedalieri, per indicare quei pazienti con caratteristiche miste tra nevrosi e psicosi (Meares, 2012).

Fu poi solo negli anni '60 che, grazie a tre principali contributi indipendenti, è stato possibile promuovere l'interesse verso una ricerca empirica che portò ufficialmente ad una sistematizzazione del disturbo, fino al suo ingresso nel sistema ufficiale di classificazione diagnostica, il DSM-III.

Otto Kernberg (1967) diede un contributo fondamentale alla concettualizzazione del disturbo definendo *l'organizzazione di personalità borderline* (BPO) come una delle tre possibili forme di organizzazione della personalità, insieme a quella *psicotica*, in cui vi erano inseriti i pazienti più gravi, e quella *nevrotica* che includeva i pazienti meno gravi. Secondo Kernberg, l'organizzazione borderline di personalità presenta una strutturazione dell'identità debole, la messa in atto di meccanismi di difesa primitivi quali la *scissione* e l'*identificazione proiettiva*, e la presenza di un esame di realtà alterato soprattutto in condizioni di forte stress. Kernberg descrisse inoltre, alcuni stati dissociativi come fughe e stati *crepuscolari*, anche se il contributo maggiore di Kernberg deriva dall'osservazione delle caratteristiche intrapsichiche come la scissione e la diffusione dell'identità descritte come principali caratteristiche dell'organizzazione borderline.

Un secondo importante contributo è quello offerto da Roy Grinker e colleghi (1968) i quali condussero il primo studio sistematico su pazienti borderline. Questo studio portò gli autori a conclusioni simili a quelle di Janet, descrivendo il processo patologico borderline come una sorta di arresto della personalità causato da un difetto evolutivo piuttosto che una forma regressiva, con la differenza che, nelle sue teorie sull'isteria, Janet documentava anche l'esistenza di un blocco della personalità in un certo punto con annesse difficoltà nell'assimilazione di nuovi elementi.

La ricerca pubblicata con il titolo *The Borderline Syndrome* di Grinker e collaboratori (1968), rimane di cruciale importanza per la formulazione di un primo set di criteri descrittivi fondati su base empirica. I criteri erano i seguenti: compromissione dell'identità del Sé, relazioni di tipo

*anaclitico*¹ depressione dovuta ad un senso di isolamento e rabbia espressa predominante.

Il terzo contributo significativo fu quello di Seymour S. Kety e collaboratori (1968), fondamentale per aver stimolato l'interesse nella ricerca del DP borderline e per aver portato alla luce l'identificazione di criteri utili alla classificazione di disturbi associati allo spettro schizofrenico, come ad esempio la *schizofrenia borderline*, intesa come una patologia dalle caratteristiche atipiche. I pazienti che ne soffrivano, dimostravano avere caratteristiche dell'ordine delle psicosi per via della tendenza ad una continua oscillazione tra stati dell'Io, accompagnati però da un funzionamento più simile a quello nevrotico ed un migliore esame di realtà e rispetto alla patologia schizofrenica.

I disegni di ricerca sull'ereditarietà e le basi biogenetiche della schizofrenia, promossero lo sviluppo di una riflessione teorica per sviluppare metodi più attendibili per identificare i cosiddetti "schizofrenici borderline" e, nonostante questi soggetti sono stati diagnosticati più come schizotipici piuttosto che borderline, il risultato è stato quello di ottenere una maggiore attenzione da parte dell'intera comunità della salute mentale su questa categoria clinica emergente.

In questo contesto, anche John G. Gunderson e colleghi (1975) cercarono di operare una distinzione tra i pazienti con DP borderline e i pazienti affetti da schizofrenia. Nel 1975 grazie alla collaborazione con Melvin Singer venne realizzata una rassegna sintetica di tutta la letteratura sul DP borderline che suscitò da subito un ampio consenso da parte della comunità scientifica. Lo studio ottenne talmente tanta risonanza che Gunderson costruì una prima intervista strutturata per la diagnosi di DBP, la Diagnostic Interview for Borderline Patients (DIB; Gunderson et.al., 1981) che consentiva di discriminare le caratteristiche dominanti del

¹ Dal greco ανάκλιτος (anáklitos). ανά (anà) "su, sopra" e κλίνω (klino) "reclinare, piegare": letteralmente significa "appoggiato su" qualcosa. In ambito psicologico il termine viene utilizzato per descrivere un tipo di relazione di dipendenza in cui una persona si "appoggia" emotivamente su un'altra, come avviene nei casi di depressione anaclitica, in cui il bambino sviluppa una profonda dipendenza emotiva verso il caregiver.

www.treccani.it/vocabolario; McWilliams, N., (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press. Trad.it di A. Schimmenti, Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini editore, Roma, 2012.

disturbo con un margine di successo pari al 81% (Gunderson & Kolb, 1978).

Fu principalmente grazie ai criteri identificati da Gunderson che Robert Spitzer, in qualità di supervisore alla realizzazione del DSM-III (*American Psychiatric Association-APA*, 1980) definì formalmente la sindrome del DBP, nonostante le numerose controversie in merito. Inizialmente riconosciuto come un'organizzazione di personalità, poi come una sindrome, il DPB è attualmente un disturbo di personalità che, grazie all'adozione di criteri standardizzati, è stato riconosciuto da un numero sempre più ampio di clinici e incluso in un numero maggiore di pubblicazioni, studi empirici o resoconti clinici tra gli anni Settanta e gli anni Novanta.

Proprio dopo la pubblicazione del DSM-III (APA, 1980), il DBP è divenuto il disturbo più studiato tra le psicopatologie della personalità. Una notevole quantità di ricerche sviluppatesi dopo il 1980 ha messo in luce in particolar modo alcune criticità, quali l'elevato livello di comorbidità con altri disturbi e la considerevole eterogeneità all'interno della stessa categoria diagnostica.

Successivamente, con la diffusione del DSM-IV (APA, 1994), il disturbo borderline non ha subito grosse modifiche diagnostiche, se non l'introduzione del nono criterio relativo agli stati dissociativi e alle ideazioni paranoide. Queste caratteristiche cliniche sono state dimostrate essere le manifestazioni più comuni tra una serie di sintomi percettivi/cognitivi individuate in circa il 75% dei pazienti con DBP dotate di un elevato livello di specificità (Skodol et.al., 2002).

Infine, la proposta avanzata dal DSM-V (APA, 2013) prevedeva una nuova visione dei disturbi di Personalità che tentava di abolire le divisioni in molteplici categorie, proponendo l'adozione di una prospettiva mista capace di unire le caratteristiche dimensionali dei tratti di personalità con la facilità comunicativa di impostazioni basate su aspetti categoriali. I dettagli di tale proposta, le novità introdotte e le nuove frontiere della diagnostica nel campo dei disturbi di personalità,

con particolare attenzione all'evoluzione della categoria del borderline, verranno ampliate di seguito nel paragrafo dedicato.

1.2 Classificazione e diagnosi secondo il DSM- V e l'ICD-11

Secondo il DSM- V (APA, 2013) il DBP è caratterizzato da un pattern pervasivo di instabilità nelle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore nonché da una marcata impulsività. Tale sintomatologia emerge entro gli inizi dell'età adulta ed è presente in più contesti come indicato da cinque (o più) dei seguenti criteri:

1. Sforzi frenetici per evitare un abbandono reale o immaginato. Nota: non includere comportamenti suicidari o auto mutilanti considerati nel criterio 5.
2. Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense caratterizzato da un'alternanza di iperidealizzazione e svalutazione.
3. Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e instabile in modo persistente.
4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es., spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida pericolata, abbuffate). Nota: non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel criterio 5.
5. Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante.
6. Instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore (per es., episodica ed intensa disforia, irritabilità, o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni).
7. Sentimenti cronici di vuoto.
8. Rabbia inappropriata, intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
9. Ideazione paranoide transitoria associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.

(APA, 2013)

Possiamo identificare comunque all'interno del disturbo borderline tre aspetti fondamentali: il disturbo dell'identità, l'impulsività e la disregolazione affettiva. A questa triade possono essere ricondotti tutti gli altri criteri.

In particolare, la paura dell'abbandono (1) che è una delle caratteristiche più tipiche degli individui con DBP, viene generata dalla percezione di una separazione, un rifiuto o di una perdita imminente che siano essi reali o immaginati. Ne derivano marcate alterazioni dell'immagine di sé (3), dell'umore (6), delle funzioni cognitive e del comportamento che possono sfociare in comportamenti automutilanti/tentativi di suicidio (5) e comportamenti manipolatori per poter ottenere attenzione e sostegno (1). In seguito alla percezione di un possibile abbandono emergono spesso profondi vissuti di vuoto (7) che possono esitare in veri e propri stati dissociativi (9) che conducono l'individuo a cercare esperienze estremamente attivanti per potersene liberare. Questi comportamenti sono anche molto spesso pericolosi per sé o per gli altri e includono generalmente abuso di sostanze e/o alcool, abbuffate, esperienze sessuali promiscue o estreme, guida pericolosa e spese esagerate (4).

Questi individui, inoltre, tendono ad interpretare un abbandono/rifiuto come una conferma della loro indegnità, sensazione esacerbata in seguito all'adozione di comportamenti impulsivi e/o in mancanza di una relazione significativa in cui si sentano accuditi e supportati. Data la loro incapacità di integrare aspetti contrastanti di sé o degli altri, hanno relazioni fortemente instabili (2) in cui l'altro può essere idealizzato e rapidamente svalutato nel momento in cui non rispecchia le aspettative irrealistiche di un individuo con DBP. L'instabilità nelle relazioni interpersonali è solitamente associata ad una marcata reattività e disforia dell'umore (6) che viene solitamente espressa con intense ed inappropriate manifestazioni di rabbia (8) intervallate da momenti di panico e disperazione intensi, e raramente da episodi di benessere e soddisfazione. Le esplosioni emotive sono seguite subito dopo da sentimenti di vergogna e senso di colpa che li fa sentire ancora una volta, ancora più indegni.

Tutti questi sintomi tendono a persistere per brevi periodi di tempo, da pochi minuti fino ad alcune ore. Il ritorno e le attenzioni reali o percepiti da parte del caregiver sono spesso sufficienti ad una completa remissione (Gunderson, 2003).

Nella classificazione della precedente edizione del DSM (DSM-IV, 2000) il disturbo borderline di personalità viene inserito nella sezione dedicata ai Disturbi di Personalità (DP) e ai disturbi a prima insorgenza in età evolutiva corrispondente all'Asse II. All'interno della stessa macrocategoria dell'Asse II, i dieci DP sono ulteriormente suddivisi in cluster. Il Disturbo Borderline, insieme al Disturbo Antisociale, Istrionico e Narcisistico di Personalità, viene inserito nel Cluster B, categoria in cui vengono inseriti individui all'apparenza molto amplificativi, emotivi e imprevedibili con comuni tratti di drammaticità, mancanza di empatia, egocentrismo e alta emotività espressa.

L'approccio del DSM alla diagnosi essendo un approccio *monotetico* prima e *politetico* poi, definisce ogni disturbo con un insieme di criteri descrittivi. Questi devono essere soddisfatti tutti allo stesso modo per quanto riguarda l'approccio monotetico, oppure soltanto un numero X dei criteri stabiliti con ugual peso diagnostico per quanto riguarda l'approccio politetico. Attualmente, la presenza del disturbo in questione viene decretata dalla presenza e dal superamento di un numero/soglia di criteri valutati tramite un'intervista clinica semi-strutturata di 119 item a risposta dicotomica vero/falso, la Structured Clinical Interview for DSM-Axis II (SCID-II; First, et al., 1994). Il paziente deve rispondere ad ogni item a seconda di quanto lo ritenga descrittivo della propria personalità, dopodiché il valutatore può procedere con un'indagine più approfondita della presenza e della rilevanza dei criteri dei disturbi per i quali il paziente ha superato o quasi raggiunto una soglia di risposte considerate rilevanti per la diagnosi del disturbo sotteso. Alla fine della valutazione, il clinico potrà fare diagnosi di uno o più DP in contemporanea.

Nonostante la classificazione nosografica del DSM abbia sancito un importante progresso in ambito diagnostico, facilitando la comunicazione

tra clinici, presenta comunque tutt'oggi notevoli punti critici che sono stati messi in evidenza nel corso degli ultimi anni soprattutto per quanto riguarda i disturbi di personalità. Ad esempio, i tratti patologici elencati nell'Asse II del DSM, vengono intesi come entità *stabili e relativamente indipendenti dai contesti*, mentre sarebbe più opportuno considerarli come tendenze più o meno stabili ed intense ad adottare un certo comportamento in risposta a diversi contesti (Dazzi et.al., 2009).

Per cercare di elaborare una diagnostica che possa contrastare le problematiche generatesi da un approccio categoriale e avvicinarsi ad una prospettiva maggiormente dimensionale della psicopatologia, l'OMS ha proposto l'inserimento nell'ICD-11 dei livelli di gravità quali lieve, moderato e grave. Rispetto all'approccio ibrido categoriale-dimensionale proposto nella terza sezione del DSM-V, nell'ICD-11 si concettualizza una soluzione più parsimoniosa e rivoluzionaria per considerare la patologia della personalità includendo anche un elenco separato di manifestazioni emotive, cognitive e comportamentali più esplicite in modo da ottenere una valutazione più completa. Non si tratta di veri e propri criteri, ma di linee guida che aiutano il clinico nel processo decisionale.

L'aspetto rilevante del sistema diagnostico dell'ICD-11 è l'eliminazione della suddivisione in cluster e in più disturbi a sé stanti: viene mantenuto un'unica definizione generale del DP al quale è possibile aggiungere uno specificatore riguardante il livello di gravità e uno riguardante i domini psicopatologici rilevati dei tratti di personalità come l'affettività negativa, la disinibizione, il distacco, l'anankastia (tratti ossessivo-compulsivi) e la dissocialità. Questi ultimi sono identificati attraverso l'utilizzo di codici informativi sulla tipologia di personalità: una diversa espressione dei tratti riflette la necessità di approcci terapeutici differenti.

La valutazione della gravità si basa, quindi, sull'analisi della prominenza dei tratti anomali, del loro impatto sulla vita sociale e lavorativa dell'individuo, e del livello di pericolosità verso sé stesso e gli altri. Come fattori determinanti per l'indicazione della gravità del disturbo, il modello include la complessità e la pervasività del disturbo: quello più

grave, per definizione, colpisce la maggior parte delle aree del funzionamento della personalità, mentre il disturbo di personalità lieve ne coinvolgerà solo alcune (Bachet.al., 2022).

Nonostante le linee guida possano ritenersi sufficienti per una corretta diagnosi, è necessario avere strumenti standardizzati per garantire una sufficiente attendibilità della diagnosi: occorre perciò utilizzare strumenti come quelli sviluppati per il modello del DSM-V sia per quanto riguarda la classificazione dei vari tratti di personalità sia per la valutazione della gravità. Tuttavia, è preferibile l'utilizzo di strumenti standardizzati utili a rendere operative le specifiche caratteristiche diagnostiche presenti nell'architettura dell'ICD-11, comprese le manifestazioni cognitive (ad esempio, test di realtà), emotive (ad esempio, essere iper- o ipo-reattivi) e comportamentali (ad esempio, danni a sé stessi o agli altri) che si applicano esclusivamente all'approccio ICD-11. A questo proposito sono state recentemente pubblicate scale di valutazione specificatamente per i domini di tratti dell'ICD-11: ad esempio, il Personality Inventory for ICD-11 (PiCD), grazie al lavoro di Joshua R. Oltmanns e Thomas A. Widiger (2018), permette, tramite intervista self-report, la misurazione dei cinque domini di tratto dell'ICD-11. Questi ultimi, convergono in modo prevedibile con diversi criteri esterni quali le dimensioni di personalità del modello a cinque fattori, su cui si fondano i principali modelli riguardanti la personalità. Essenzialmente il modello a Cinque Fattori (o *Five Factor Model*-FFM; McCrae, Costa, 1999) prevede cinque dimensioni personologiche – nevroticismo/stabilità emotiva, estroversione/introversione, apertura/chiusura all'esperienza, amicalità/antagonismo e coscienziosità/negligenza, lette in chiave quantitativa, che, combinate in misure differenti, danno forma alle diverse tipologie di personalità, sia “normale” che “patologica”.

Allo stesso modo, per la valutazione dei livelli di gravità del disturbo, la Personality Disorder Severity Scale ICD-11 (PDS-ICD-11; Bach et.al., 2018) consta di 14 item all'interno dei quali viene chiesto di indicare quanto l'affermazione corrisponde al proprio funzionamento in una scala

da 0 a 2 nei primi dieci, in una scala da 0 a 3 negli ultimi quattro. La somma dei punteggi corrisponde al livello di gravità del DP.

Per concludere, la classificazione dell'ICD-11 fornisce anche un identificatore specifico per il pattern borderline, così da facilitare l'identificazione di questo costrutto che nell'edizione precedente appariva sotto la dicitura "Disturbo di Personalità Emotivamente instabile" (F60.3). Nonostante la proposta iniziale dell'undicesima edizione non prevedesse la presenza di un tipo di PD borderline, questa codifica è stata una soluzione pragmatica alle obiezioni di molti ricercatori rispetto al rischio di perdere un costrutto clinico storicamente importante. È prevista, inoltre, una definizione con nove caratteristiche in linea con i criteri del DSM-V tra cui la presenza di sintomi dissociativi o caratteristiche psicotiche, paranoia in situazioni di elevata eccitazione affettiva, visione di sé come cattivo, inadeguato e colpevole, un senso di solitudine e alienazione, elevata sensibilità al rifiuto, problemi di fiducia ed un'errata interpretazione dei segnali sociali (Bach, et.al., 2018).

1.3 Criteri diagnostici: dall'approccio categoriale al modello dimensionale

Nel precedente paragrafo, sono stati elencati i nove criteri che definiscono la possibile diagnosi di DBP: così come per gli altri disturbi mentali riportati nel DSM, i criteri si basano *sull'identificazione e sulla descrizione di sindromi psicopatologiche intese come raggruppamenti di sintomi e segni che, in base alla loro frequente concomitanza, possono suggerire una patogenesi sottostante, un decorso, una familiarità e un'indicazione di trattamento comuni* (APA, 2000). Un approccio categoriale alla diagnosi dei disturbi di personalità sottintende una discontinuità e una differenza significativa tra la personalità "normale" e quella "patologica" in termini propriamente qualitativi. Le sindromi vengono perciò differenziate le une dalle altre sulla base di quadri clinici nettamente distinguibili fra loro grazie ad evidenze oggettivamente rilevate o direttamente osservabili ed elementi direttamente riferiti dai pazienti, chiarendo l'impostazione di un modello biomedico sottostante.

Nonostante la logica insita in un sistema di tipo categoriale sia quella di raggiungere un livello più alto di chiarezza concettuale, semplicità di comprensione e una migliore comunicazione tra clinici con formazioni teoriche differenti, negli anni sono state avanzate diverse critiche. Il DSM, nonostante possa essere utile nei contesti di ricerca soprattutto di tipo epidemiologico quali prevalenza, diffusione e decorso delle patologie psichiatriche, presenta delle lacune che diventano evidenti nell'abituale contesto clinico. La formulazione del caso e la progettazione di interventi terapeutici pensati su misura per ogni paziente rientrano nei limiti del DSM proprio perché esso non include nelle sue formulazioni diagnostiche il significato soggettivo di segni e sintomi del paziente e le interazioni tra la personalità, la psicopatologia e i contesti nei quali l'individuo è inserito. Il paziente perciò, alla fine del processo diagnostico, si ritrova con un'etichetta che rimanda ad un insieme di caratteristiche del disturbo che non sono informative riguardo al suo livello di funzionamento e alle modalità di intervento (Dazzi et.al.,2009).

In modo particolare, le criticità emergono quando si parla di disturbi di personalità. Per formulare una diagnosi di DP, secondo il DSM-V, occorre che i tratti personologici siano considerati come *modalità stabili, costanti, rigide e non adattive di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di sé stessi che deviano marcatamente dalle aspettative della cultura in cui l'individuo è inserito, che si possono manifestare in almeno due delle seguenti aree: cognizione, affettività, funzionamento interpersonale o controllo degli impulsi* (APA, 2013).

Dal momento che tra gli obiettivi principali delle diagnosi in psicopatologia vi è la considerazione dei punti di forza individuali su cui far leva nel corso di un percorso terapeutico, sarebbe più funzionale analizzare gli aspetti del funzionamento cognitivo, emozionale e relazionale tipici di ciascun disturbo, piuttosto che dare una definizione così rigida poco propensa al cambiamento. Diversamente, un modello dimensionale, considera la vulnerabilità individuale, ossia la maggiore sensibilità a fattori biologici, psicosociali e contestuali che hanno portato all'interiorizzazione di modelli operativi disfunzionali all'adattamento, e

di modificabilità costante e dinamica del disturbo che è alla base dell'intervento psicoterapeutico (Perris & McGorry,1999).

Per arginare le problematiche relative ad una visione rigida dei DP, è stato, dunque, proposto un modello ibrido categoriale- dimensionale poi inserito all'interno della terza sezione del DSM-V come possibile alternativa che necessita di ulteriori studi e approfondimenti empirici. In maniera analoga all'ICD-1, viene valutato il livello di compromissione del funzionamento interpersonale per quanto riguarda quattro macro-aree: l'identità (avere un senso stabile e coerente di Sé), l'autodirezionalità (riuscire a perseguire degli obiettivi in linea con le proprie aspirazioni, valori e progetti relativi alla professione), l'empatia (riconoscere i sentimenti e i bisogni altrui, associata alla sensibilità interpersonale) e l'intimità (la capacità di coltivare relazioni significative).

In aggiunta alla valutazione dell'effettiva presenza dei criteri necessari per la diagnosi di disturbo della personalità, questa classificazione offre anche la possibilità di descrivere con più accuratezza di quale tipologia di disturbo si tratti, attraverso la valutazione della presenza di altri tratti patologici (e non) più specifici. Si ottiene così il grado in cui il paziente manifesta anomalie all'interno i cinque domini di tratto: affettività negativa, distacco, antagonismo, disinibizione e psicoticismo, che si basano sul modello dei cinque fattori (Hooley et. al., 2017). In questo modo è possibile valutare la tipologia di personalità senza essere in presenza di un disturbo.

Nello specifico si consideri la diagnosi di DBP secondo il modello ibrido del DSM-V. Il DBP è caratterizzato da un'elevata instabilità nell'immagine del Sé, degli obiettivi personali, delle relazioni interpersonali e degli affetti più in generale; è accompagnato da una marcata impulsività, tendenza a correre rischi e/o ostilità. Devono, inoltre, essere riscontrate difficoltà evidenti in una o più delle seguenti aree di funzionamento interpersonale quali identità, autodirezionalità, empatia e intimità, e devono essere presenti specifici tratti disadattivi nelle aree dell'affettività negativa e dell'antagonismo/Disinibizione.

I criteri diagnostici che definiscono il DBP secondo il modello emergente sono i seguenti:

- A. Una moderata o più grave compromissione del funzionamento della personalità manifesta con caratteristiche di difficoltà in una o più delle seguenti aree
 - a. Identità: immagine di sé impoverita, scarsamente sviluppata o instabile, spesso associata ad eccessiva autocritica; sentimenti di vuoto cronici; episodi dissociativi sotto stress.
 - b. Autodirezionalità: instabili in obiettivi, aspirazioni, valori e progetti relativi alla professione.
 - c. Empatia: compromissione della capacità di riconoscere i sentimenti e bisogni altrui, associata ad ipersensibilità interpersonale (sentirsi offesi e insultati); percezione dell'altro distorta rispetto a caratteristiche negative o vulnerabilità proprie.
 - d. Intimità: relazioni affettive intense, instabili e conflittuali, caratterizzate da dipendenza, diffidenza, e preoccupazione ansiosa per l'abbandono, reale o immaginato; relazioni affettive oscillanti tra estremi di idealizzazione e svalutazione.
- B. Quattro o più dei seguenti sette tratti patologici, almeno uno dei quali deve essere impulsività, tendenza a correre rischi o ostilità.
 - a. Labilità emotiva (un aspetto dell'Affettività negativa): esperienze emotive instabili e frequenti cambiamenti di umore; emozioni che insorgono facilmente sono intense e sproporzionate rispetto alle circostanze.
 - b. Ansia (aspetto di Affettività negativa): intense sensazioni di nervosismo, tensione o panico spesso in reazione a stress interpersonali; preoccupazione di effetti negativi di esperienze passate e timore per eventualità negative future; provare apprensione, paura e sentirsi minacciati dall'incertezza; timore di perdere il controllo.
 - c. Angoscia di separazione (aspetto di Affettività negativa): timore del rifiuto o della separazione da figure significative; associato a perdita dell'autonomia e paure di dipendenza.
 - d. Depressività (un aspetto di Affettività negativa): sentirsi di frequente triste, infelice e/ senza speranza; difficoltà nel riprendersi a questi stati; pessimismo per il futuro; vergogna pervasiva; distimia; pensieri suicidari e tentati suicidi.
 - e. Impulsività (un aspetto di Disinibizione): agire nell'immediato in risposta a stimoli contingenti; agire momentaneamente senza un piano o valutazione dei risultati; difficoltà a formulare o seguire piani; senso di urgenza e comportamento autolesivo sotto stress emotivo.
 - f. Tendenza a correre rischi (un aspetto di Disinibizione): intraprendere attività pericolose rischiose o potenzialmente dannose per il sé, senza necessità e senza preoccupazione per le conseguenze; noncuranza dei propri limiti e negazione del pericolo.

- g. Ostilità (un aspetto di Antagonismo): sentimenti di rabbia persistenti o frequenti, rabbia o irritabilità in risposta ad offese di poco conto.

(DSM-V; APA, 2013)

L'attenzione posta ad elementi come la rappresentazione di Sé e dell'altro e la capacità di costruire relazioni interpersonali suggeriscono un tentativo di avvicinarsi ad un approccio più clinicamente orientato. Considerando l'impostazione originale, una delle proposte di cambiamento più rilevanti è stata l'abbandono di una *stabilità assoluta* di molte delle caratteristiche dei DP in favore di una *stabilità relativa*, maggiormente supportata da dati empirici che dimostrano una tendenza spontanea al miglioramento dei quadri psicopatologici (Madeddu & Di Pierro, 2014).

Secondariamente, un altro importante cambiamento risiede nell'introduzione di scale di valutazione del livello di gravità e di scale volte a valutare quei tratti di personalità in grado di discriminare i diversi disturbi. Le prime, anche grazie ai dati empirici hanno suggerito che il decorso clinico venga influenzato principalmente dalla gravità del disturbo piuttosto che dal tipo di disturbo.

Le seconde, invece, valutano i tratti di personalità anche grazie alla recente teoria secondo la quale i disturbi di personalità sarebbero meglio intesi in termini di varianti maladattive dei normali tratti o di un'estremizzazione di essi. Diverse ricerche hanno anche supportato una stretta relazione tra i DP del DSM-IV-TR (APA, 2000) e il Modello a Cinque Fattori (FFM-McCrae & Costa, 1999) suggerendo che l'adozione di un modello dimensionale dei tratti possa apportare numerosi vantaggi, tra cui quello di ottenere informazioni cliniche più utili e complete.

Ulteriore criticità associata alle problematiche derivate dall'adozione di un approccio categoriale alla diagnosi, è quello dell'inadeguatezza della *coverage*, ovvero della copertura descrittiva dell'intero ventaglio della psicopatologia. Nel corso degli anni, con i continui aggiornamenti delle versioni del DSM, si è assistito ad un proliferare di nuovi disturbi e

categorie diagnostiche, pensando fosse la soluzione più adeguata che potesse aiutare a descrivere al meglio tutte le manifestazioni cliniche. Molte di esse però, nonostante le categorie diagnostiche siano quasi triplicate negli anni, non erano ancora state adeguatamente rappresentate. Ecco che viene messa ancora più in discussione la scelta di un modello categoriale, ateoretico e descrittivo per le diagnosi dei disturbi mentali. È, dunque, diventato sempre più evidente che l'errore fosse circoscritto all'idea di base che il disturbo mentale sia un'entità discreta che può essere presente o assente, con un dato numero di sintomi e segni direttamente osservabili dal paziente stesso o da un osservatore esterno. Tale problematica, che emerge dall'applicazione di principi statistici volti ad aumentare l'omogeneità interna, ha portato alla frammentazione di più pattern psicologici, rischiando di favorire i fenomeni di etichettamento e stigma. Tali rischi sono poi ulteriormente incentivati dal fatto che il DSM non offre un'indicazione del piano terapeutico corrispondente a ciascun disturbo (Dazzi et.al., 2009).

In quanto modello ibrido, quello proposto nella terza sezione del DSM presenta anche una componente categoriale nella classificazione dei DP: essa è data dalla valutazione della presenza/assenza del disturbo, mantenendo così l'idea che vi sia una continuità tra il costrutto dei disturbi e quello dei tratti.

Al fine di mantenere comunque una valutazione empiricamente fondata sul versante categoriale, sono stati mantenuti soltanto i disturbi con un buon supporto empirico di validità esterna e utilità clinica, arginando così anche il problema della comorbidità tra disturbi. Sulla base di tali premesse, i DP sopravvissuti alle revisioni condotte sono i seguenti: antisociale, narcisistico, evitante, borderline, ossessivo-compulsivo e schizotipico mentre i restanti vengono classificati secondo la dicitura Disturbo di Personalità Tratto-Specifico (DPTS) (Madeddu & Di Pierro, 2014).

Nonostante i numerosi vantaggi, questo modello diagnostico ha risentito di non poche critiche riguardanti specialmente la complessità e la difficoltà nell'operazionalizzazione dei criteri: i due modelli,

dimensionale e categoriale, sono stato soltanto apparentemente integrati. Molti autori, come sostiene Roel Verheul (2012), mettono in dubbio proprio l'utilità clinica della classificazione proposta: sebbene l'obiettivo principale fosse quello di giungere ad una diagnostica empiricamente fondata e clinicamente orientata, il procedimento appare macchinoso e composto da passaggi obbligati scarsamente integrabili fra loro che non apportano una migliore conoscenza del paziente (Madeddu & Di Pierro, 2014). Secondo Michael B. First e colleghi (2004) affinché un sistema diagnostico manualizzato possa essere considerato utile, è necessario che consenta al clinico di: (1) concettualizzare le entità diagnostiche; (2) comunicare le informazioni cliniche; (3) utilizzare i criteri nella diagnosi differenziale; (4) adottare interventi adeguati; (5) poter predire il futuro andamento del disturbo e i bisogni di gestione clinica. Il DSM-V con il suo nuovo modello ibrido, non sembra essere riuscito nel suo intento originale, non rispettando nessuna di queste premesse soprattutto essendo in assenza di una teoria della personalità chiara ed empiricamente supportata.

1.4 *Intersezione di insiemi: casualità, comorbidità o confusione?*

La ricerca degli ultimi decenni ha reso sempre più evidenti le criticità del sistema di classificazione proposto dal DSM. Ad esempio, Shelder e Westen (2004) hanno espresso quali dovrebbero essere i principali obiettivi di un sistema diagnostico. È necessario che vengano assolte alcune funzioni principali tra cui: (a) consentire a clinici indipendenti di giungere alle medesime diagnosi, (b) permettere di distinguere ogni diagnosi dalle altre e (c) consentire di rilevare fattori antecedenti e conseguenti unici e scientificamente fondati. Dopo le opportune verifiche svoltesi a partire dagli anni '80, si è potuto affermare che nessuno dei criteri era stato soddisfatto completamente (Madeddu & Di Pierro, 2014).

Una delle criticità di maggior rilievo delle categorie e delle diagnosi del DSM, è l'elevata comorbidità tra disturbi. Questa problematica include sia i disturbi appartenenti allo stesso cluster, sia i diversi disturbi

appartenenti all'Asse II più in generale, sia un'elevata co-occorrenza di doppia diagnosi tra i disturbi dell'Asse I e dell'Asse II.

Brevemente, nella sezione corrispondente all'Asse I del DSM rientrano tutti i quadri psicopatologici classici di tipo clinico come i disturbi dello spettro della schizofrenia, alcuni disturbi dell'apprendimento e disturbi legati a condizioni neurologiche di base, ma anche disturbi dell'umore e dell'ansia. La successiva introduzione dell'Asse II dedicato ai disturbi della personalità, ha riflesso l'esigenza di identificare modalità di adattamento della personalità che non erano riferibili ai quadri clinici del primo asse.

Al fine di chiarire le problematiche legate alla suddivisione in assi bisogna differenziare la comorbilità oggettiva, ovvero l'effettiva compresenza di più disturbi nello stesso soggetto, da una comorbilità dovuta ad una scarsa validità discriminante degli strumenti utilizzati per fare la diagnosi. La stessa forma dicotomica di risposta del questionario autosomministrato per la valutazione dei disturbi di personalità, ovvero la Structured Clinical Interview for DSM (SCID), permette di fare più di una singola diagnosi insieme senza che considerare il livello di gravità e il grado di rilevanza dei tratti problematici rilevati, aspetto che ha messo molto in discussione la validità della procedura diagnostica adottata dalla SCID per quanto riguarda i disturbi di personalità. Inoltre, gli stessi criteri e *cut-off* derivano da decisioni prese da comitati di esperti che solo in un secondo momento sono stati validati da ricerche empiriche (Dazzi et.al.,2009, p.200).

Un numero crescente di studiosi tra i quali Drew Westen e Jonaathan Shelder (1999) ha quindi messo in discussione la divisione in assi diagnostici, dal momento che essi non differiscono né per stabilità nel tempo, né per età di esordio, né per risposta a diversi trattamenti, né per livello di *insight* del soggetto, né per co-occorrenza e neppure per l'eziologia (Dazzi et.al., 2009, p.201).

Per quanto riguarda il tema della comorbilità all'interno dello stesso cluster e tra i DP più in generale, non è raro notare una sovrapposizione

dei criteri diagnostici che si trovano a riproporre, attraverso diverse sfumature, lo stesso tratto/stile di personalità in più criteri diagnostici e in più disturbi. Un esempio è la ricorrenza della doppia diagnosi tra il disturbo borderline e l'antisociale di personalità.

Uno studio condotto su 900 pazienti psichiatrici descrive come almeno il 45% di essi soddisfaceva i criteri per un disturbo di personalità e tra questi il 60% poteva soddisfare i criteri per più di uno, e il 25% ne aveva due (Zimmerman et.al., 2005). Proprio per questo motivo, molti esperti sono convinti dell'assenza di supporti empirici a sostegno della divisione in cluster, proponendo, pertanto, in via ipotetica, l'eliminazione di almeno quattro disturbi di personalità e l'abbandono definitivo di tale suddivisione in favore di un sistema di tipo dimensionale.

Per quanto concerne la sovrapposizione tra diagnosi di disturbi elencati nell'Asse I e i disturbi di personalità, sono riscontrabili alti tassi di co-occorrenza. Alcuni degli esempi più frequenti, riguardano la sovrapposizione tra il disturbo borderline e il disturbo depressivo maggiore con una compresenza del 61% circa, i disturbi del comportamento alimentare per un 17% e i disturbi dell'umore, nello specifico il disturbo bipolare in una percentuale del 20 %, ma anche con il disturbo da abuso di sostanze per circa il 13 % (Skodol et. al., 2002).

Un'elevata comorbilità tra diagnosi, può essere dovuta anche ad altre condizioni come errori nella valutazione derivante dalla frequente associazione tra disturbi che non sono facilmente distinguibili dalle descrizioni del manuale, un artefatto diagnostico proveniente da una tendenza a sovrapporre le categorie, la presenza di fattori di rischio comuni, o ancora dalla tendenza di un processo psicopatologico ad esprimersi lungo uno spettro di gravità in cui i diversi livelli corrispondono a manifestazioni diverse (Dazzi et.al., 2009, p.78). Queste ultime due ipotesi sembrerebbero spiegare in modo convincente l'elevata comorbilità tra i DP e i disturbi dell'Asse I , in particolare l'elevata associazione tra DBP e depressione.

Attraverso approfondite analisi epidemiologiche, è stato possibile limitare l'errore legato al giudizio clinico e decretare che i tassi di comorbidità risultavano essere gli stessi indipendentemente dal tipo di valutatore, di strumento e di popolazione in questione. Questi dati mettono in luce l'incertezza che ancora vi è nel comprendere il rapporto tra i vari disturbi e i fattori causali che li determinano, che necessita pertanto di ulteriori studi.

2. Eziopatogenesi

2.1 Attaccamento e disorganizzazione

Spiegazioni provenienti dall'approccio bio-psico-sociali come il modello di Marsha M. Linehan (1993), hanno suggerito che il BDP derivi dalla combinazione di una predisposizione genetica dell'individuo alla difficoltà di regolazione emotiva e un ambiente precoce caratterizzato da esperienze traumatiche, abusive o invalidanti, inclusi attaccamenti interrotti con i caregiver. Indipendentemente dai fattori eziologici, le persone con BPD sperimentano alti livelli di disagio che possono sfociare in crisi esplosive che spesso possono portare allo sviluppo di stigmatizzazione verso le persone con diagnosi di DBP. Le manifestazioni cliniche che giungono all'attenzione dei sistemi sanitari sono spesso caratterizzate dalla presenza di ansia intensa, depressione, comportamenti/gesti suicidari, autolesionismo, intossicazione, impulsività e aggressività che richiedono un approccio multidisciplinare (Campbell et.al., 2020).

Nonostante la complessità dell'eziologia, un fattore particolarmente influente sembra essere l'aver vissuto una o più esperienze traumatiche durante la prima infanzia. Molti dati in letteratura mostrano come la maggior parte dei pazienti con DBP ha in qualche modo avuto una storia di abuso fisico o sessuale o ha vissuto dinamiche familiari disfunzionali. I dati riportano, infatti, come circa il 30% dei pazienti presenti una storia di abusi sessuali da parte di un caregiver e 1 su 3 riporta di aver subito forme gravi di abuso in età molto precoce.

Alcuni teorici tra cui Kiran Boone e colleghi (2022) di fronte a simili evidenze hanno messo in dubbio l'esistenza di un effettivo disturbo di personalità, associando a questa costellazione di sintomi un'altra categoria diagnostica: il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD). Essendo la prima infanzia un periodo cruciale per lo sviluppo neurobiologico, psicologico ed emotivo per gli individui, le esperienze in questa fase di vita possono fortemente influenzare la crescita contribuendo anche allo sviluppo di psicopatologie e gravi disturbi psichiatrici (Boone et.al.,2022).

Per poter comprendere appieno quali possono essere le traiettorie del trauma nelle relazioni di accudimento e come si possono instaurare comportamenti devianti nel corso della vita, è interessante includere l'esempio di alcuni studi condotti sui primati. Un esempio sono le ricerche di Felicity De Zuleta (2009) che mettono in luce la radice traumatica di molti dei comportamenti aggressivi nei primati, evidenziando come la dimensione evolutiva delle relazioni d'attaccamento sia fondamentale per comprendere i meccanismi d'insorgenza e mantenimento dell'esperienza traumatica. Comportamenti di maltrattamento e abuso fisico sembrerebbero evolversi in una cornice di una trasmissione intergenerazionale di vulnerabilità emotive piuttosto che essere il risultato di un'eredità genetica. Secondo, infatti, gli studi di Dario Maestripieri (2005), il maltrattamento si mantiene e si ripete nelle generazioni come esito di una modalità negativa di accudimento ormai interiorizzata che, quindi, viene riprodotta nelle generazioni successive. Questi risultati costituiscono una valida prova a favore dell'importanza delle prime relazioni d'attaccamento in quello che può rivelarsi il processo di evoluzione di una psicopatologia.

Secondo la psicologia dello sviluppo, i processi attraverso i quali si raggiungono i vari traguardi evolutivi sono gli elementi privilegiati degli studi in quest'ambito rispetto ai prodotti, perché permettono di considerare gli esiti dello sviluppo non tanto come fatti in sé conclusi, ma come eventi temporanei inseriti in una più vasta cornice che è quella dell'intero percorso di vita.

Al fine di studiare come e perché un determinato evento è emerso nella vita di un individuo, è inevitabile tenere in considerazione le caratteristiche innate dell'individuo e, quindi, la sua dotazione genetica o “natura” così come l'esperienza e le caratteristiche dell'ambiente. (Barone, 2009). È da queste dinamiche relazionali che ha poi esito uno sviluppo tipico o atipico. Ecco che secondo questa visione dello sviluppo, le prime fasi della vita e le prime esperienze giocano un ruolo essenziale per il *Chi* dell'individuo adulto.

Nella teoria dell'attaccamento, John Bowlby (1969) ha formulato le sue idee per lo sviluppo della personalità, con particolare interesse per quella patologica, a partire dalle relazioni precoci tra genitore e bambino, trovandovi un'intima connessione tra i legami emotivi che si formano con i caregiver primari/ “figure di attaccamento” e le modalità di relazionarsi all'altro in età adulta. In altre parole, il bambino, attraverso le specifiche modalità di interazione con il genitore e la qualità del legame che i due co-instaurano, crea delle rappresentazioni mentali attraverso le quali organizza le proprie conoscenze socio-emotive, permettendo sia l'interpretazione e la predizione dei comportamenti altrui, sia la genesi di una propria coerente risposta comportamentale. L'autore sostiene, quindi, come ogni bambino sia dotato di un sistema motivazionale innato che punta alla ricerca di prossimità e vicinanza protettiva con i propri caregivers primari, intesi come capaci di fornire cura soprattutto nei momenti di forte stress o vulnerabilità. Quando il bambino si trova in un momento di sconforto, cercherà, quindi, di costruire delle strategie per richiamare l'attenzione del caregiver e ricevere da lui cura e protezione, ma se anch'esso dovesse costituire per il bambino una fonte di paura e di disagio, la situazione potrebbe apparire insolubile per il bambino e portare ad un crollo dei propri tentativi di avvicinamento e un grande senso di impotenza.

Non tutti gli individui riescono allo stesso modo a adattarsi alle varie situazioni e a costruire strategie adattive che funzionano in egual modo. Attraverso gli studi della psicologa americano-canadese Mary Ainsworth e l'ideazione della *Strange situation procedure* (SSP-Ainsworth et.al.,

1978), è stato possibile individuare quattro diversi pattern di attaccamento: quello della sicurezza o Tipo B (circa il 55-60% dei bambini), quello dell'insicurezza (circa il 40%) che si suddivide ulteriormente nel tipo A, insicuro-evitante (circa il 15-20%) e nel tipo C insicuro-ambivalente/resistente (circa il 10-15%) più una categoria parallela che si affianca alle altre, quella della disorganizzazione o Tipo D (circa il 15%). Essenzialmente i bambini sicuri nella relazione di attaccamento sono quei bambini che mostrano un equilibrio tra esplorazione e ricerca di connessione emotiva con il genitore a differenza dell'insicuro-evitante che invece propende per l'esplorazione, dando l'idea di essere un bambino molto autonomo e maturo rispetto all'età. La tipologia C dell'insicuro-ambivalente è invece caratterizzata dalla propensione verso l'aspetto della ricerca di vicinanza emotiva della madre trasmettendo una dipendenza pronunciata per l'età. La tipologia D della disorganizzazione è l'unica che è caratterizzata dal fallimento di tutti i tentativi di mantenere l'obiettivo di protezione all'interno della relazione di attaccamento, manifestando segnali confusi e incoerenti.

Di per sé le tipologie di attaccamento insicuro non costituiscono prova di disagio psicologico o presenza di una psicopatologia, ma è un fattore di vulnerabilità importante. È ampiamente condivisa l'ipotesi che adulti con DBP abbiano subito nel corso dell'infanzia, elevate mancanze di esperienze di convalida che normalmente sono necessarie per formare un senso stabile del Sé e un'autostima positiva, così come anche capacità empatiche e di mentalizzazione (Barone, 2009).

Alcuni studi, tra i quali quello di Scott e colleghi, si sono posti l'obiettivo di ricercare la relazione tra ansia da attaccamento e caratteristiche del DBP, ipotizzando che l'esito del disturbo possa essere fortemente mediato da fattori quali il temperamento, alcuni tratti di personalità, come quello della negatività e dell'impulsività, e fattori di tipo genetico (Scott et.al., 2009). Questi risultati costituiscono una prova a favore del fatto che tipologie disfunzionali di relazioni sono sufficienti, di per sé, a predire una futura diagnosi di DBP, ma occorre ricercare ulteriori elementi rilevanti.

Una ricerca prospettica di Thomas N. Crawford e colleghi (2009), ha tentato di studiare il ruolo dell'influenza del ritiro materno che, nei casi più estremi, può significare anche la totale assenza della figura materna. In questa ricerca prospettica si mettono a confronto persone che nella prima infanzia hanno subito separazioni prolungate che durano da un minimo di un mese ad un massimo di una assenza totale, con altre che invece non hanno subito separazioni, per il periodo di età che va dalla nascita a circa cinque anni di età. Gli autori, studiando longitudinalmente il gruppo di persone individuate dalla prima infanzia fino all'età adulta, hanno riportato i dati di un campione di oltre 750 famiglie selezionate agli inizi degli anni '80 negli Stati Uniti, evidenziando come nel gruppo di bambini che avevano subito esperienze di separazione materna precoce (4%), ci fosse una correlazione positiva con la presenza di elevati tassi di sintomi del DBP in adolescenza e prima età adulta, anche se in altri gruppi di bambini non veniva rilevato alcun sintomo (Crawford et.al.,2009). Quest'ipotesi necessita ancora oggi di ulteriori studi, tuttavia è di comune accordo l'idea che i primi cinque anni di vita siano estremamente sensibili per lo sviluppo delle capacità di regolazione emotiva, controllo esecutivo, teoria della mente etc. e che, quindi, la mancanza di una figura da cui si possa apprendere tutte queste abilità all'interno di una relazione possa esitare in uno sviluppo deficitario.

La connessione tra attaccamento insicuro-disorganizzato, forte sensibilità interpersonale e patologia borderline nell'adolescenza e nell'età adulta proviene, oltre che dalle evidenze sperimentali, anche da una descrizione elaborata da Giovanni Liotti (2004) sulla base di alcune osservazioni cliniche rilevate riguardanti i legami tra disturbi di personalità, PTSD, dissociazione, lutto non risolto e disturbi precoci dell'attaccamento.

Il DBP, di fatti, sarebbe stato inizialmente descritto in maniera prototipica da Liotti come disturbo dell'attaccamento di tipo disorganizzato (Liotti, 2004). A tal proposito, è utile approfondire l'attaccamento in età adulta e i corrispondenti pattern che ne scaturiscono. È possibile valutare la tipologia di pattern dell'attaccamento in età adulta grazie all'*Adult Attachment Interview* (AAI- George et.al., 1985), un'intervista semi-

strutturata che indaga le modalità attraverso le quali un individuo costruisce le narrative della propria storia di vita e valuta in particolare il funzionamento della memoria autobiografica, sia nei suoi aspetti impliciti che espliciti. Anche in questo caso vengono identificate cinque categorie in base alle rappresentazioni sull'attaccamento dell'adulto. L'attaccamento sicuro/autonomo (F) che corrisponde ad una narrazione coerente e lineare, accesso consapevole ai ricordi di infanzia, sia buoni che cattivi; il tipo Distanziante (DS) è caratterizzato da un accesso limitato ai ricordi che sono più che altro di valenza positiva o idealizzati come tali, spesso la narrazione non è coerente o manca proprio il ricordo degli eventi. Il tipo Preoccupato (P) ha ricordi più che altro confusi e ridondanti, utilizza spesso il tempo presente e i connotati emotivi delle narrazioni emergono come se fossero attuali, orbitando intorno al versante della rabbia. Infine, il racconto autobiografico del tipo Disorganizzato/Irrisolto (U/D) è caratterizzato da una perdita di coerenza formale, continuità e fluidità con spesso intromissioni di ricordi come se comparissero all'improvviso (Barone & Bacchini, 2009).

Sembrerebbe, perciò, che l'attaccamento disorganizzato-disorientato e stili genitoriali spaventati-confusi siano ricollegati alla presenza di sintomi e disturbi simil-psicotici come aspetti di tipo dissociativo; non è un caso che in circa due terzi dei pazienti con DBP si verificano episodi dissociativi (Vermetten & Spiegel, 2014).

2.2 Il ruolo del trauma ed aspetti dissociativi

Alcuni studi sperimentali si sono occupati di studiare nel dettaglio il ruolo che diversi tipi di stressor, sia fisici che psicologici, hanno a livello neurobiologico nei primi periodi di vita, ma anche durante il periodo prenatale e sul lungo termine per quanto riguarda la risposta allo stress in età adulta.

Già durante il periodo gestazionale il feto è in grado di rispondere in modo attivo allo stress: i circuiti che sono implicati nel processo di risposta sono, infatti, l'ipotalamo e l'ippocampo, che insieme all'amigdala e al corpo striato andranno a costituire l'asse ipotalamo-

ipofisi-surrene (asse HPA) responsabile della risposta allo stress per eventi socio-emotivi. È interessante notare come già da subito nell'essere umano siano presenti i sistemi neurobiologici necessari che consentono la connessione con l'esterno, che permettendo una prima forma di comunicazione in modo da gestire, seppur in maniera primitiva, i primi stati di disregolazione dovuti a forme di stress precoci.

Lo stress, se sperimentato in momenti critici nel corso dello sviluppo intrauterino, può arrivare ad alterare la biochimica dello sviluppo cerebrale compromettendo i tempi di espressione di neurotrasmettitori, neuromodulatori e dei rispettivi recettori. Per citare alcuni esempi, lo stress percepito in alcuni di questi periodi più critici, soprattutto se prolungato, può portare alla morte fino al 30% delle cellule cerebrali, ad un'alterazione nella struttura del corpo calloso e, in parte, è responsabile della lateralizzazione emisferica, più nello specifico di una dominanza anomala della corteccia prefrontale di sinistra (Barone et.al., 2009).

Riprendendo la teoria dell'attaccamento che mette specialmente in luce l'importanza di un legame emotivo privilegiato che possa favorire uno sviluppo emotivo sano, come affermano gli studiosi Megan R. Gunnar e Amanda R. Tarullo si può affermare come a partire dal primo anno di vita, la funzione di modulatore dello stress e, quindi, dei livelli di cortisolo, viene svolta per la maggior parte dalla vicinanza protettiva delle figure di attaccamento principali che adottano il ruolo di "regolatori sociali" dei meccanismi neurofisiologici del bambino (Gunnar, 1996; Tarullo & Gunnar, 2006).

Mentre i bambini con attaccamento sicuro presentano un'attivazione del sistema HPA più ridotta e contenuta, i pari con attaccamento insicuro e disorganizzato presentano una risposta più elevata. Dati raccolti su bambini istituzionalizzati o in affido costituiscono ulteriore conferma dell'importanza del ruolo del caregiver nella regolazione emotiva anche a livello fisiologico. Non è un caso, infatti, che circa il 70 % di questi bambini con una storia di esperienze traumatiche precoci, presenti alti tassi di disorganizzazione (Zeanah et.al., 2005), ma anche pattern alterati nella produzione del cortisolo (Gunnar & Donzella, 2002). In particolare,

da un punto di vista evolutivo, la disorganizzazione si associa alla dimensione della vulnerabilità e della traumaticità, costituendo un fattore di rischio per l'insorgere di sintomi post-traumatici quali sintomi dissociativi. Esperienze di perdita o abuso possono così portare a stati mentali non integrati responsabili del comportamento “spaventato” della disorganizzazione.

Liotti (1992), nella sua concettualizzazione del DBP come un disturbo derivante da un attaccamento di tipo disorganizzato, descrive i comportamenti disorganizzati che si verificano in risposta a situazioni relazionali contraddittorie, configurandoli come possibili tentativi di isolamento della propria esperienza soggettiva, fino ad una completa confusione tra sé e l'altro. Tra gli elementi che più caratterizzano la dissociazione, ci sono sintomi e fattori quali la depersonalizzazione e la derealizzazione, la distorsione del tempo, alterazioni nella percezione di sé, flashback dissociativi o alterazioni cognitive quali confusione o attenzione ristretta.

Dal momento che una delle ipotesi più accreditate riguardanti il DBP, è che abbia un nucleo dissociativo, è utile approfondire brevemente il significato della dissociazione, termine già utilizzato da Pierre Janet per la sua teoria sull'isteria. Già allora Janet riteneva come le “emozioni violente” e gli “shock” derivanti da eventi traumatici fossero i responsabili di una regressione verso il basso della coscienza e di una scomposizione degli stati mentali che causavano il “distacco” alla base della dissociazione, con diversi livelli di gravità (Meares, 2012). È importante però sottolineare che risposte dissociative immediatamente successive al trauma sono reazioni comuni e spesso adattive, ma che, se persistenti, possono alterare i processi di memoria ed elaborazione di emozioni e ricordi traumatici. Un'interruzione nel flusso costante della memoria e dell'identità personale associata, infatti, se prima svolgeva una funzione protettiva tenendo l'individuo lontano dal terrore e impedendogli di farsi del male, crescendo può interferire con la necessaria elaborazione cognitiva e affettiva dell'esperienza traumatica portando al fallimento nell'integrazione tra memoria episodica ed

autobiografica. È infatti quella della memoria autobiografica il tipo di alterazione che è stata dimostrata nel DBP, documentando che si tratti effettivamente di un fenomeno temporaneo di “abbassamento del livello mentale”. In uno studio del 1999, Jones e collaboratori hanno sottolineato la difficoltà dei soggetti con DBP nel recuperare ricordi puntuali, soprattutto se relativi ad eventi negativi del passato.

Spesso gli individui con questo genere di sintomatologia sentono di avere il controllo degli eventi, delle proprie emozioni e di essere in possesso di una capacità straordinaria nel far fronte a situazioni ad alto impatto emotivo, anche se poi sperimentano spesso pensieri intrusivi, flashback, incubi, intorpidimento, amnesia e ipereccitazione come una forma di ri-traumatizzazione. Tutti questi aspetti non fanno altro che rendere l'individuo traumatizzato ancor più sensibile a future esperienze traumatiche, che andranno a perpetuare il disturbo da stress acuto (Vermetten& Spiegel, 2014). Altre ricerche su bambini con documentati episodi e storie di maltrattamenti, supportano la possibilità che non solo il trauma, ma specificatamente *traumi ripetuti nel tempo* abbiano un effetto deleterio sulla coscienza dell'individuo, portando i soggetti a livelli di funzionamento sempre più bassi della coscienza, proprio come testimoniano gli studi sulla memoria autobiografica (Meares, 2012).

2.3 *Aspetti neurobiologici*

Una comprensione più approfondita dei meccanismi neurobiologici alla base del DBP, uniti ai contributi provenienti dalla teoria dell'attaccamento, potrebbe aprire nuove prospettive per il trattamento di questa condizione.

Negli ultimi anni, sono stati diversi i ricercatori che hanno esplorato il ruolo di alcuni geni che, entrando in relazione con i vari elementi contestuali, potessero influire significativamente sulle caratteristiche temperamentali legate all'umore, all'ansia, all'angoscia e alla rabbia, facilitando così l'evolvere di una psicopatologia. Le basi neurobiologiche sottostanti il DBP, sono in particolare legate ad alterazioni genetiche nel funzionamento di alcuni neurotrasmettitori soprattutto quelli implicati nei sistemi della dopamina, della serotonina e dell'asse HPA. Trattandosi

però di un gruppo molto eterogeneo, potrebbero esserci più alterazioni neurobiologiche alla base delle diverse dimensioni sintomatologiche.

Uno studio condotto da Paris e colleghi (2004) ha confermato la prima ipotesi presentata da L.J. Siever e K.L. Davis, secondo i quali le principali dimensioni sintomatologiche nel DBP siano associate a due principali disfunzioni neurobiologiche: una bassa attività nel sistema della serotonina, per quanto riguarda l'impulsività e una bassa attività noradrenergica, per quanto riguarda l'instabilità affettiva (Steele & Siever, 2010).

Un esempio per quanto concerne un possibile ruolo genetico nel comportamento impulsivo, è la sua associazione alla variazione allelica del gene MAO-A² in relazione al maltrattamento infantile. Questo gene può influire sulla responsività alle richieste ambientali e, nello specifico, la presenza dell'allele corto del promotore del trasportatore della serotonina MOA-A è legata ad una diminuita degradazione della serotonina. La presenza dell'allele corto di questo gene viene infatti riscontrata specialmente in bambini con insicurezza comportamentale e in contesti di basso supporto sociale. Bambini con attaccamento insicuro e la forma corta del promotore, erano maggiormente propensi a sviluppare scarse capacità di autoregolazione, inibizione ed elevati livelli di ansia, a differenza di quei bambini che risultavano avere la forma corta del promotore e forme di attaccamento sicuro, che invece sviluppavano una capacità regolatoria paragonabile ai bambini con la forma lunga dell'allele del promotore (Steele & Siever, 2010).

Tra le varie ipotesi che hanno cercato di dare una spiegazione all'*incoerenza dolorosa* tipica del DBP, è stata presa in considerazione la possibilità che il nucleo del disturbo dell'identità del Sé sia supportato da una concomitante disconnessione tra sistemi cerebrali.

In particolare, un mancato senso di coesione del Sé viene associato ad una alterata regolazione emotiva e sensoriale per via dell'esistenza di un

² Monamminossidasi-A, gene che codifica per un enzima responsabile del metabolismo dei neurotrasmettitori, tra cui serotonina, noradrenalina e dopamina (Steele & Siever, 2010).

network sottostante comune. Michael Posner e colleghi (2002) hanno avanzato l'ipotesi che questo sistema neurale specifico, se alterato, possa causare la sintomatologia del DBP: secondo gli autori, le funzioni attentive costituiscono la base di tali alterazioni, essendo l'attenzione un aspetto cruciale nella capacità di creare coerenza tra la moltitudine di stimoli che giungono costantemente al cervello. Pertanto, così come anche Janet inizialmente aveva riscontrato diminuite capacità di "sintesi personale" unite a deficit attentivi in pazienti con isteria, Posner associa i deficit attentivi al sistema di regolazione delle emozioni. Le connessioni tra i due sistemi sono già suggerite da evidenze neuroanatomiche a livello della corteccia prefrontale (PFC): mentre la regione dorsolaterale svolge funzioni prettamente cognitive, la regione ventromediale è implicata non solo nei processi di attivazione emotiva, ma anche in quelli di natura attentiva.

Anche Antonio Damasio (1998) nella ricostruzione della lesione del paziente Phineas Gage aveva evidenziato una lesione estesa alla corteccia ventromediale della PFC: il paziente riportava infatti sintomi coerenti con la perdita del controllo inibitorio, come esplosioni emotive, impulsività e comportamenti socialmente inappropriati che vengono riscontrati anche nei pazienti con DBP. Al di là della sola coordinazione tra elementi emotivi e non-emotivi, questi sistemi sembrerebbero essere essenziali a creare quell'esperienza fondamentale di significato cruciali per la creazione del Sé.

Oltre alla PFC, anche le aree fronto-limbiche sono coinvolte nell'espressione della sintomatologia del DBP: nello specifico, queste regioni comprendono il giro cingolato anteriore, la corteccia orbito-frontale e prefrontale dorso-laterale, l'ippocampo e l'amigdala. In particolare, disfunzioni dell'amigdala e del sistema limbico, aree deputate al controllo delle emozioni, sono correlate all'alta emotività espressa e all'impulsività tipica del DBP.

Recentemente, uno studio di Sabine Herpetz e colleghi (2000) ha fornito dati, che mostrano un'eccessiva attività nell'amigdala in risposta ad immagini avversive, coerenti con l'ipotesi di una scarsa attività inibitoria

delle regioni prefrontali nei pazienti con DBP. Altri dati empirici ricavati da pazienti con DPB con scarse capacità di controllo dell'aggressività, dimostrano una reattività esagerata a livello dell'amigdala di fronte ad immagini di volti che esprimono rabbia, con una concomitante riduzione nell'attività nella corteccia orbitofrontale (Meares, 2012).

Per concludere, il sistema fronto-limbico è noto essere estremamente sensibile agli input ambientali: alcune indagini indicano, infatti, che pazienti con DBP presentano una riduzione di amigdala e ippocampo del 16% rispetto ai controlli, ipotizzando come questa anomalia neuro-anatomica possa essere dovuta ad un trauma precoce, anomalia che viene anche riscontrata nel PTSD con la differenza che in questo genere di pazienti si riscontra soltanto a livello ippocampale (Dell'Osso et. al., 2009).

3. Implicazioni per la psicoterapia

La complessità del disturbo richiede un'attenzione particolare e una gestione flessibile del caso. L'American Psychiatric Association (APA,2001) ha pubblicato delle linee guida che riassumono le evidenze cliniche raccolte negli ultimi anni di ricerche, inserendo la psicoterapia individuale come il trattamento d'elezione per il DBP. In questo caso, dato che il focus è posto sulla gestione complessiva del paziente, spesso vi è la necessità di un approccio multidisciplinare, aggiungendo alla psicoterapia individuale un trattamento psicofarmacologico e la possibilità di avviare terapie di gruppo o familiari. (Bara, 2005).

Riguardo alle implicazioni psicoterapeutiche, è possibile individuare tre problematiche centrali legate alla psicoterapia di questi pazienti che rendono il loro trattamento peculiare rispetto al trattamento di altri disturbi che hanno caratteristiche cliniche maggiormente stabili e uniformi. Una di queste è certamente la tendenza del paziente borderline all'iper-coinvolgimento nella relazione con il terapeuta che può percepire pressioni emotive di difficile gestione. Per contrastare queste pressioni, Zindel Segal e Jeremy Safran (1993) sostengono che sia necessario

ricorrere a ciò che definiscono “operazioni di disciplina interiore”, ovvero una serie di operazioni mentali che aiutano il terapeuta nell’acquisizione di consapevolezza riguardo le proprie disposizioni problematiche (pensieri, emozioni, sensazioni), individuarne le ragioni di fondo, verificare che queste non siano le stesse alla base delle disposizioni disfunzionali del paziente e, infine, giungere all’accettazione di condividere con lui un problema comune.

Un altro momento in cui la terapia può essere difficoltosa, è invece quello in cui il paziente sperimenta intensi vissuti di vuoto e perdita di controllo alla quale spesso conseguono comportamenti pericolosi come quelli autolesivi. Lo stato di allarme in cui si trova il paziente può essere tale da provocare nel terapeuta uguale senso di urgenza caotica che può portarlo a prendere decisioni avventate piuttosto che ponderate e terapeutiche. In questo caso, la disregolazione emotiva trasfigura nella relazione terapeutica un clima di paura e di angoscia che, se agito, non fa altro che confermare al paziente le aspettative negative che egli ha di sé stesso facendogli perdere fiducia nella terapia e facilitandone l’abbandono. Anche per questa condizione, è essenziale che il terapeuta permetta la condivisione dei propri vissuti così che il paziente non si senta svilito nelle emozioni che sperimenta, per poi cercare di discutere insieme delle strategie per anticipare e padroneggiare questo stato. Alcune soluzioni possono essere l’aumento delle sedute o, in alternativa, l’aumento del sostegno psicoterapeutico tramite chiamate telefoniche; si può coinvolgere una persona cara proponendo convocazioni familiari; in alcuni casi può essere necessario anche proporre un ricovero, e, infine, introdurre o modificare la terapia farmacologica (Bara, 2005).

Ci sono poi elementi che si presentano nella relazione terapeutica che hanno un potenziale di circuito terapeutico. È infatti una situazione che si presenta frequentemente quella in cui il terapeuta viene idealizzato, così come la relazione con lui, che fanno sì che le aspettative nei suoi confronti siano irrealistiche. Il terapeuta in questo caso può sentirsi affascinato dal ruolo che assume e, d’altra parte, potrebbe sentire sensazioni di insostenibilità della cura. Il punto cruciale della strategia

può far leva sul costante richiamo all'impegno e ai limiti personali del terapeuta, il quale, per mantenere i confini della relazione, ne garantisce la tutela, favorendo un ridimensionamento delle aspettative in una forma più realistica.

Tra le misure necessarie al processo di cura si evidenzia la regolazione dell'accesso al terapeuta e la stesura di un contratto scritto insieme con regole ed impegni da rispettare reciprocamente e le conseguenti misure da prendere nel caso di mancato rispetto di esse. Un esempio è la possibilità di intervenire nei momenti più acuti di sofferenza attraverso una richiesta d'aiuto: si possono stilare delle brevi liste di persone a cui rivolgersi in caso di urgenza, tra cui anche la richiesta telefonica che il paziente può utilizzare come strategia regolatoria a patto che la richiesta d'aiuto non sia passiva ma attiva ed intelligente, ovvero che aiuti effettivamente il terapeuta a capire il livello di difficoltà in cui il paziente si trova. Inoltre, nel manuale della Linehan (1993) vengono presentate altre strategie regolatorie quali l'azione diretta sul corpo e sul contesto (ad esempio evitare situazioni problematiche in modo attivo), l'azione diretta sullo stato mentale e sul comportamento per bloccare la tendenza ad agire o spostare l'attenzione su altro e il ricorso all'autoriflessione cosciente, riconoscendone gli aspetti transitori di quello stato emotivo problematico.

Ogni stato emotivo problematico che si presenta diventa l'unica e assoluta realtà per il paziente. Questo può creare delle problematiche anche a livello della memoria con frequenti episodi di alterazione o assenza. I pazienti con DBP, già estremamente legati al momento presente, presentano spesso difficoltà nell'utilizzo di quei processi cognitivi necessari per ridurre stati emotivi molto intensi e, spesso, sembra che dimentichino interventi efficaci che erano riusciti ad apprendere. In questo caso è utile scrivere insieme al terapeuta una sorta di promemoria da leggere qualora il paziente avvertisse l'insorgenza di uno stato problematico, in cui vengono inseriti argomenti che in seduta si sono rivelati efficaci, incoraggiamenti e rassicurazioni per permettere un graduale rievocazione del clima emotivo della seduta e un

padroneggiamento sempre più efficace di tali stati problematici (Bara, 2005).

2 Identità e temporalità nel disturbo borderline di personalità

1 Identità e coscienza

1.1 *Lo sviluppo del concetto di coscienza di sé nel tempo*

Una mancata integrazione del concetto di Sé è una delle caratteristiche fondanti del disturbo borderline di personalità ma anche dell'organizzazione di personalità borderline; quello che accomuna entrambe le costruzioni di personalità sono caratteristiche chiave che distinguono quest'organizzazione di personalità dalle altre. Un vissuto di profonda incoerenza e discontinuità sia trasversale alle diverse esperienze di vita (mi sento una persona diversa in situazioni diverse e con persone diverse), sia longitudinale alla vita stessa (mi sento estraniato dal mio passato) (Paris 1995) nonché l'instabilità punto da essere considerati indispensabili per la diagnosi di DBP secondo Carsten R. Jørgensen (2006).

Durante l'epoca moderna la concettualizzazione del senso di Sé poteva essere identificata da tre caratteristiche principali quali la privatezza dei propri pensieri, l'unitarietà e la continuità delle esperienze di vita che ogni individuo avverte come proprie. Oggi il concetto di Sé, nonostante sia il risultato dell'evoluzione e dell'intrecciarsi di differenti teorie sviluppate nel corso del tempo, non è più né quello dell'uomo della filosofia antica, né di quello moderno, né di quello post-moderno.

Possiamo dunque delineare un *file rouge* che unisce la concezione dell'uomo appartenente alla filosofia antica, a quella ideata da Kant e che si legherà anche ai concetti chiave del Sé appartenente all'epoca della modernità, fino alla scienza contemporanea (Arciero, Bondolfi, 2012).

Cercando di descrivere il concetto di esperienza personale, occorre includere un passaggio che implica essenzialmente due polarità: quella del sé come oggetto, che mutua continuamente in relazione agli effetti

delle interazioni con il mondo e con gli altri; quella del sé come soggetto, l'uno che rimane invariato nel corso del tempo, a cui appartengono tutte le esperienze vissute. Kant (1785; 1804) cercherà di unire queste due polarità nell' "Io penso", interpretato come soggetto che assimila a sé tutti i suoi predicati: il soggetto che è auto-cosciente della sua esperienza in tutte le sue declinazioni.

Anche se con Kant per la prima volta la "cosa pensante" è l'Io dell'essere umano che diventa, a seconda delle determinazioni che possiede, consapevole del proprio agire e patire, l'influenza della filosofia cartesiana è ancora molto evidente e non riesce a fare emergere la differenza ontologica tra la modalità di essere di qualsiasi ente che semplicemente sussiste, e la particolarità dell'essere umano, ovvero di questo particolare oggetto/soggetto di studio delle scienze umane, che vivendo si comprende. Quello che infatti unisce il pensiero antico a quello di Kant sull'essere umano è che l'essere della coscienza è considerato esattamente come un oggetto, un *ens creatum*, così come accade anche se sotto diversi aspetti negli anni '40 nell'epoca della cibernetica (Arciero, Bondolfi, 2012).

L'esempio più calzante di come nell'epoca della cibernetica la cognizione umana venga considerata alla stregua di un ente, riguarda la prospettiva dei sistemi auto-organizzati. I sistemi non lineari provenienti dalla prospettiva cognitivista dei primi anni '40, grazie a Warren McCulloch (1965), offrono una possibile base neurofisiologica e neuroanatomica della conoscenza a priori postulata da Kant, associando il cervello ad una macchina deduttiva. In questa concezione il Sé è considerato come un meccanismo e l'organismo è inteso come sistema che è in grado di autoregolarsi e adattarsi a seconda delle perturbazioni provenienti dall'ambiente. Inoltre, la personalità e la psicopatologia vengono considerate come sistemi che evolvono grazie alla combinazione di temperamento e di carattere.

Quello che si verifica successivamente nelle correnti costruttiviste degli anni '80, è una frattura assoluta fra la dimensione del vissuto, l'organizzazione della conoscenza e il mondo esterno. Vittorio Guidano

(1987;1991), uno dei principali rappresentanti del costruttivismo, considera l'essere umano nella sua natura auto-referenziale: in particolare, ogni essere umano fa esperienza ("Io") attraverso i vincoli delle proprie strutture sensoriali, esperienza alla quale poi sarà in grado di assegnare un significato attraverso un atto riflessivo "Me", il che potrà dare forma al "Sé" (Liccione, 2011).

Fino a questo punto non viene realmente considerata la questione dell'identità personale, tema centrale della modernità, che inizia ad emergere tramite il problema della continuità dell'esperienza. Il fatto che esista una forma di permanenza di sé nel tempo che garantisce una certa continuità alle nostre esperienze, nell'impostazione dei sistemi non-lineari viene ricondotta al carattere processuale del sistema che, essendo chiuso, rimane invariato, senza che venga considerata l'esperienza vissuta in prima persona.

Alla fine del '900 Galen Strawson (1999) porta a tema il problema della continuità del Sé introducendo la differenza fra due modi differenti che le persone hanno di vivere, esperire e raccontarsi; secondo l'autore esisterebbero quindi persone che vivono secondo modalità narrative e altre che invece hanno una tendenza principalmente anti-narrativa, non essendo in grado di percepire una continuità nella propria esperienza. Le storie devono essere vissute prima di essere raccontate e non può essere tutto ridotto soltanto al Sé come costruzione narrativa, per cui occorre prendere in considerazione ed integrare anche il Sé esperienziale: ecco che si dà luce all'ipseità che emerge nel commercio con il mondo e con gli altri, in cui ognuno agisce ed esperisce con il proprio corpo e da sempre immerso in una certa atmosfera emotiva (Arciero, Bondolfi, 2012).

Nel corso del tempo, l'identità dell'essere umano è stata dunque definita in svariati modi a seconda delle diverse prospettive teoriche; una sensazione soggettiva di identità, come una struttura psichica interna sviluppata dalle azioni silenziose operate dall'Io, come un nucleo interiore per cui occorre impegno costante per poterlo realizzare a pieno, costruito poi messo in relazione con i processi di separazione ed

individuazione, o ancora come una costruzione sociale, un insieme di tratti e caratteri individuali, una personale organizzazione degli schemi cognitivi e infine come un progetto esistenziale e una narrazione personale di sé (Jørgensen, 2010).

Attraverso un esame della letteratura riguardo allo studio dell'identità e del senso del Sé, Drew Westen (1985;1992) ha descritto le principali componenti dell'identità dell'essere umano. Il senso di continuità nel tempo è la prima componente; l'impegno emotivo nei confronti delle rappresentazioni definitorie di sé e di ciò che più rispecchia il sé in termini di obiettivi, valori, ideali, ruoli nella società; vi è poi l'adozione di una visione del mondo che renda la vita significativa. Viene, infine, incluso il riconoscimento di sé da parte dell'altro significativo.

Secondo Jørgensen (2010), possono essere individuati almeno quattro livelli dell'identità: quella dell'Io legata alla struttura di base della personalità; l'identità personale che va ritrovata negli obiettivi, nei valori personali a cui l'individuo è legato e che lo rendono unico nei suoi tratti; l'identità sociale che corrisponde al senso di appartenenza ad uno o più gruppi sociali. Infine, l'identità collettiva che rappresenta l'identificazione con gruppi sociali più ampi che definiscono valori e norme culturali, religiose o etniche con cui l'individuo si conforma e dalle quali si sente rappresentato. Nonostante siano distinzioni teoricamente utili, nella pratica clinica quando si tratta delle disfunzioni che interessano i vari livelli dell'identità, occorre considerare altri aspetti che provengono in particolare dal modello degli status identitari della ricerca di Marcia (1966) e dal modello degli stili identitari di Berzonsky (1990).

Entrambi questi modelli sono stati utilizzati per creare strumenti che offrono valide misurazioni per comprendere sia il normale sviluppo dell'identità sia una mancata integrazione dell'identità. Brevemente, il modello di Marcia consiste nella descrizione di quattro status identitari: l'identità raggiunta, la moratoria dell'identità, l'identità preclusa e l'identità diffusa. L'analisi dello status identitario si basa su un'intervista semi-strutturata formulata da Marcia e collaboratori (Marcia, Waterman,

Matteson, Archer, & Orlofsky, 1993), mentre lo stile identitario viene misurato tramite la scala psicométrica *Identity Style Inventory (ISI)* (Berzonsky, 1992). In questo contesto, l'utilità dei due modelli risiede principalmente nella capacità di descrivere diverse categorie di identità.

1.2 Disturbi della coscienza e deficit metacognitivi

Andando ad approfondire le modalità attraverso le quali pazienti con diagnosi di DBP sviluppano il proprio senso del Sé e il proprio senso di stabilità personale, occorre innanzitutto chiarire che il senso del Sé non è innato e non emerge dalla spontanea sensazione dell'attività mentale. Se si considera l'acquisizione della conoscenza del Sé come il risultato di un processo che, in alcune circostanze, può anche non funzionare, si può ottenere una nuova visione sulle origini di un disturbo mentale come il DBP.

I pazienti con DBP mostrano difficoltà a fornire descrizioni coerenti di stati mentali, di Sé o altri, nonostante siano spesso capaci di intuire i contenuti di pensiero e soprattutto le emozioni singole che li compongono. Quello che non sono molto bravi a fare, è integrare, ordinare e gerarchizzare in base alla rilevanza, i contenuti di pensiero che colgono. Molto spesso, infatti, le descrizioni dei pensieri o delle emozioni sono caotiche, passano da un pensiero all'altro senza un apparente nesso logico e tale caos si riflette anche sui comportamenti, caotici e afinalistici.

L'impulsività caratterizzante gli individui affetti da DBP, fa sì che essi siano costantemente concentrati sul tempo presente, si identificano costantemente con ciò che sperimentano nell'immediatezza, impedendo loro l'integrazione del presente con passato e futuro. Ogni evento risulta perciò isolato dalla cornice di eventi che conferisce coerenza alla vita: il senso di Sé che ne scaturisce è frammentato, per cui genera un vissuto doloroso di incoerenza costante (Jørgensen, 2006).

Ogni tentativo di costruire un'identità diacronica è fallimentare e fonte di frustrazione perché spesso gli individui con DBP hanno la sensazione

di costruirsi un'identità che non appartiene loro, una sorta di “falso Sé” con la quale hanno la sensazione di ingannare gli altri. Ciò accade perché piuttosto che un senso di identità interiore, si tratta di un'identificazione basata su ruoli sociali ricostruiti sulla base del proprio ambiente. (Solomon, 2006).

Questo deficit di integrazione, in alcuni casi, viene anche accompagnato da modalità primitive di rappresentazione di Sé che possono sfociare in veri e propri stati dissociativi, oltre che in sensazioni continue di incoerenza (Bara, 2005).

Antonio Semerari e collaboratori (2003) operano una distinzione fra due tipi di deficit dell'integrazione: il primo implica stati mentali, rappresentazioni e pensieri contraddittori sul Sé o stati mentali emotivamente significativi che si susseguono in modo caotico. Un secondo tipo che invece si basa sull'incapacità di comprendere e cogliere i cambiamenti fra i propri stati mentali e di descriverli sotto forma di narrazione coerente. Successivamente, alcuni dati riportati da Semerari e colleghi (2005), confermano che la principale alterazione nelle capacità di mentalizzazione in pazienti con disturbi di personalità, è legata alla difficoltà di integrare, riflettere e ordinare diversi stati mentali, al contrario di quanto affermato da Anthony Bateman e Peter Fonagy (2004) che suggeriscono una maggiore incapacità nel monitoraggio e nel controllo delle emozioni come elemento di base nell'evoluzione e nel mantenimento di un DP.

Rispetto al problema di ritorno a modalità primitive, Linehan, riferendosi ad uno scritto di Gordon H. Bower (1981) sul *mood congruity effect* “l'effetto di congruenza dell'umore” descrive l'incidenza dell'emotività sulla selezione dei ricordi, delle informazioni provenienti dall'esterno e, più in generale, sui contenuti di pensiero (Linehan, 1993). La scarsa capacità di regolare e modulare l'affettività nei pazienti con DBP, li porterebbe ad entrare e rimanere bloccati in circuiti emotivo-cognitivi viziosi che amplificano e alimentano lo stato emotivo problematico e a sospendere temporaneamente la capacità critica. I processi di pensiero dipendono così dallo stato emotivo in corso, per cui anche le

informazioni utili a formare giudizi, previsioni e comportamenti saranno filtrate per essere concordi con quello stato affettivo. A questo punto l'individuo è impossibilitato ad uscire da questo loop, e differenziare le diverse rappresentazioni mentali in base al loro legame con la realtà, confondendo tra loro ipotesi, aspettative, fantasie previsioni ecc. In tal modo, elementi ipotetici vengono trattati come reali per cui il pensiero può arrivare ad essere tanto distorto da portare a ideazioni paranoide e/o dissociative (Bara,2005).

Le relazioni intime, quindi, hanno un ruolo cruciale nella formazione e nel mantenimento di un'identità coerente. La capacità di inferire gli stati mentali dell'altro è estremamente utile nel momento in cui si cerca di intuire come si viene percepiti dall'altro, dal modo in cui reagiscono alla nostra identità. Dal momento che individui affetti da DP borderline instaurano relazioni emotive molto intense e imprevedibili, potrebbero causare nell'individuo sensazioni di incoerenza cognitiva, fallimenti nella costruzione di un'identità coerente ma anche portarli a comportamenti imprevedibili che rendono ancora meno coesa l'idea di essere agenti autonomi con un Io che è al centro dell'identità (Bateman, Fonagy, 2006, p. 4). Molto spesso, infatti, l'esperienza di sé come agente è resa difficoltosa dall'impulsività che caratterizza il DP borderline, soprattutto all'interno di relazioni significative; in questo caso l'attivazione del sistema dell'attaccamento genera reazioni molto più intense ed irrazionali, portando con sé stati mentali incoerenti e non integrati anche a causa delle scarse capacità riflessive e di mentalizzazione. Gli impulsi vengono semplicemente agiti e il Sé non è sperimentato come agente dell'azione e le relazioni interpersonali ne risentono (Bradley, Westen, 2005, p. 937).

Secondo il filosofo americano Harry Frankfurt (1988), una delle caratteristiche dell'essere umano è proprio la libertà di controllare i propri desideri momentanei, enfatizzando la capacità umana di autocontrollo e di autodeterminazione. Frankfurt opera poi una distinzione tra quelle che chiama volizioni di primo e di second'ordine. Una persona potrebbe desiderare qualcosa (ad esempio una sigaretta) pur

essendo a conoscenza del danno che potrebbe arrecare alla salute, e che a tal proposito potrebbe giudicare malsano e desiderare di desiderarlo. Il primo desiderio corrisponde ad una volizione di prim'ordine, mentre il secondo è quello di secondo ordine.

Per poter avere un comportamento coerente, stabile e autonomo è necessario avere la capacità di seguire i propri bisogni, desideri e intenzioni in modo coerente, e quindi è fondamentale che la propria identità sia ben consolidata e garantisca una continuità di Sé nel tempo. Nello specifico, secondo Frankfurt, la gestione delle volizioni di second'ordine è un prerequisito necessario per affinché i propri desideri corrispondano alle proprie volontà (Frankfurt, 1988) così che la capacità di approvare alcuni desideri e, coerentemente, respingerne altri, si raffiguri in una condizione basilare per poter considerare la persona responsabile dei propri comportamenti. Contrariamente, le persone che non riescono ad esercitare tale abilità, come accade agli individui con DBP, manca di una qualità fondamentale dell'essere umano: l'autonomia.

L'individuo con DBP e con gravi disturbi identitari è concorde ad una descrizione che Frankfurt elaborò riferendosi ad “una persona estranea a sé stessa, come uno spettatore più o meno impotente o passivo alle forze interne che lo muovono” (Frankfurt, 1988, p.22) per indicare una persona senza un nucleo stabile interiore, dominata da conflitti e desideri contrastanti irrisolti.

Per concludere questo concetto, la capacità dei pazienti affetti da DP borderline di formare volizioni di second'ordine che possano modulare il comportamento impulsivo, è insufficiente proprio perché questa capacità si basa su rappresentazioni di sé stessi come esseri intenzionali. Le conseguenze di tale aspetto, vede l'individuo incapace di regolazione emotiva e guidato dallo stato d'animo momentaneo. Tutti gli affetti che vengono percepiti come negativi e intollerabili, vengono riversati all'esterno, esteriorizzati per poi essere combattuti come se provenissero da altri, con la conseguenza di manifestarsi incapaci di stabilire reazioni intime stabili; ecco che nuovamente si riporta la frammentazione dell'identità ad un disturbo dell'intersoggettività (Fuchs, 2007).

Sono presenti in letteratura studi che vanno a scardinare il legame tra memoria e disturbi dell'identità; in uno studio di Barry Jones e collaboratori (1999) è stata confrontata la capacità di richiamare ricordi autobiografici in un gruppo di controllo e in un gruppo di pazienti con DBP. Questa componente della memoria sembra essere particolarmente deficitaria nei soggetti con disturbo borderline, i quali presentano grosse difficoltà a stabilire collegamenti significativi tra il passato e presente, integrandoli in un'unica visione coerente che va a concretizzarsi nel Sé autobiografico. (DiCesare, 2001).

Secondo lo studio di Jones e collaboratori non solo i pazienti con DBP avevano maggiore difficoltà nel ricordare eventi della loro vita rispetto ai controlli, ma riportavano anche un elevato numero di risposte generiche soprattutto se evocate da stimoli negativi. Questo aspetto può facilmente essere ricollegato alla frequente copresenza di sintomi dissociativi in comorbidità con il DBP, sfruttando l'incapacità di evocare nello specifico ricordi traumatici che possono riportare alla mente emozioni negative e dolorose (Jones et.al., 1999). Inoltre, sembra gli individui con DBP siano affetti da deficit specifici della memoria evocativa, e dunque incapaci di evocare spontaneamente un ricordo autobiografico in assenza di stimoli evocativi (DiCesare, 2001). Nel DBP questo si traduce in un insieme di ricordi legati all'umore e alle diverse visioni di Sé. Dal momento che i pazienti con DP borderline hanno una forte tendenza a sperimentare oscillazioni dell'umore talvolta estreme, possono sperimentare la sensazione di essere persone diverse, ognuna con uno stato d'animo corrispondente (Fuchs, 2007).

Per concludere, indispensabile per la formazione di un'identità integrata e coerente è anche la funzione riflessiva. Dunque, un deficit in questa capacità può ostacolare il processo di formazione identitaria. Essa può essere definita come la capacità di riflettere sui propri stati mentali in maniera intenzionale, unita alla capacità di saper distinguere i fatti reali dagli stati mentali, la realtà esterna da quella interna. La formazione di tale abilità ha inizio nell'età infantile, quando il principio di equivalenza psichica che delimita la realtà viene accantonato in favore della modalità

del “fare finta” (in cui non intercorrono legami tra il mondo esterno e quello proprio interno), per poi arrivare ad una integrazione fra le due modalità che permette l’accesso alle capacità di mentalizzazione, in cui gli stati mentali sono visti come rappresentazioni della realtà, ben distinti da essa. Dal momento che l’integrazione di queste due modalità permette di avere accesso a maggiori capacità di mentalizzazione, gli individui in cui questo processo fallisce svilupperanno una difettosa capacità di comprendere sé stessi e l’altro (DiCesare, 2001). Nei soggetti affetti da DP borderline, viene attribuita ad una difettosa acquisizione delle capacità di mentalizzazione l’incapacità di inibire l’immediatezza dei propri sentimenti o pensieri inconsci, la cui esperienza viene percepita al pari della realtà fisica, impedendo loro la costruzione di quello spazio psicologico in cui poter “giocare con la realtà” (Fonagy, Target, 2001).

2 Identità narrativa

Per comprendere la modalità attraverso la quale ognuno costruisce la propria identità personale, occorre adottare una prospettiva che comprenda il concetto di Sé in una visione fenomenologica dell’esperienza. Secondo la teoria di Thomas Fuchs, l’unità offerta da una storia di vita è criterio fondamentale che permette di percepire una costanza di sé attraverso il tempo. L’identità narrativa presuppone “la capacità dell’individuo di integrare aspetti e tendenze contraddittori in una visione complessiva del proprio sé” (Fuchs, 2007), capacità che, secondo l’autore, sembrerebbe essere deficitaria nei soggetti con DBP.

L’identità narrativa è un concetto multidisciplinare che nasce negli anni ’80 per mano di pionieri quali Dan P. McAdams (1985), ideatore di un modello teorico che permetteva di utilizzare il concetto di identità narrativa per studiare la storia di vita di un individuo, Paul Ricoeur (1984;1992) e Alasdair MacIntyre (1981) che hanno riproposto il tema dell’identità come permanenza nel tempo originariamente affrontato da John Locke (1960).

Locke indagò in particolare l'esperienza di rimanere sé stessi nell'arco della vita nonostante i continui cambiamenti. Secondo il filosofo, l'identità risiede direttamente nella memoria che ognuno ha di sé stesso. Più tardi David Hume ipotizzò come la memoria fosse utile all'uomo per creare nessi causali fra gli eventi passati, costruirne delle rappresentazioni e comprenderli. È possibile dunque supporre come disfunzioni nella memoria possano alterare una coerente comprensione di sé e rendere maggiormente vulnerabili alla diffusione dell'identità (Kihlstrom et.al., 2003, p. 71).

A livello teorico, occorre, dunque, domandarsi se ci sia un'identità diacronica dietro al senso d'identità narrativa e da quali criteri sia sostenuta. Secondo Paul Ricoeur (1992) l'unità che una storia di vita conferisce è di per sé un criterio soddisfacente per definire l'identità diacronica di una persona. Le disfunzioni identitarie, pertanto, potrebbero essere spiegate da un indebolimento dell'identità narrativa e dall'unificazione degli eventi di vita che questa offrirebbe.

Secondo Philipp Schmidt e T. Fuchs (2021) la principale problematica riscontrata negli individui con DBP, non è l'assenza di identità narrativa o diacronica, bensì un'alterazione nei processi narrativi di cui l'instabilità ne è la conseguenza. In particolare, sarebbero le strutture proto-narrative ad essere alterate impedendo un corretto sviluppo dell'identità narrativa. Per strutture proto-narrative si intendono delle connessioni intenzionali e motivazionali tra esperienze attuali e preriﬂessive che danno significato agli eventi vissuti nel presente, mettendo le basi per future narrazioni (sono ad esempio sensazioni corporee, ricordi o abitudini (Schmidt & Fuchs, 2021)).

Fu specialmente Fuchs (2007) ad aver interpretato il DBP come esito della "frammentazione del Sé narrativo". L'identità narrativa, derivando dall'unione della storia di vita nella sua triplice temporalità (passato, presente e futuro), dipende dalla capacità dell'individuo di integrare aspetti anche contraddittori in una visione coerente di sé, capacità che è carente nei pazienti con DP borderline, ostacolati dalla loro impulsività e di regolazione emotiva.

Diversamente da altre proposte teoriche che tentano di spiegare il disturbo borderline in termini di una mancanza di narrazione, Schmidt e Fuchs avanzano l'idea che un'alterazione degli aspetti della narritività possa comportare una frammentazione del sé narrativo oltre che un'esperienza di sé alterata e dolorosa (Schmidt & Fuchs, 2021). Nel loro modello teorico, gli autori si avvalgono di aspetti della narritività vissuta che si differenziano in base al tipo di atteggiamento riflessivo coinvolto e alla misura in cui questo è esplicito. Si tratta di quattro aspetti principali, dal più basilare e implicito a quello più costruito ed esplicito: le strutture proto-narrative, le proto-narrazioni, le narrazioni e l'identità narrativa.

Le strutture proto-narrative rappresentano le connessioni intenzionali e motivazionali che strutturano le esperienze preriflessive, costituendo la base per le successive narrazioni che si costruiranno sulla base del sentire dell'individuo in riferimento ad una determinata situazione, con tutte le connotazioni e i ricordi ad essa associati. Ne sono esempi tutti quegli aspetti che strutturano lo svolgersi di un'esperienza vissuta come l'affettività, le sensazioni corporee, i ricordi, le abitudini e le conoscenze concettuali. Nel DBP, la disregolazione emotiva è una caratteristica che influisce sulle strutture proto-narrative. I sentimenti trasformano il significato che viene attribuito ad una situazione e quindi anche la struttura proto-narrativa corrispondente cambia, stabilendo anche il tipo di narrazioni che vengono poi messe in atto (Schmidt & Fuchs, 2021).

Per quanto riguarda le proto-narrazioni, queste sono esperienze rivissute o simulate grazie alle capacità immaginative e alla memoria ad un livello immediatamente inferiore a quello della riflessione esplicita. Immagini mentali, ricordi uditivi, sensazione, sentimenti, credenze e desideri vengono ricordati e collegati tra loro in modo significativo e a livello preverbale, anche in assenza di un discorso interiore. Questo elemento narrativo è fortemente connesso a quello delle strutture proto-narrative poiché esse influenzano i modi con cui poi si andranno a strutturare le narrazioni. Rivivere certi ricordi o alcuni episodi dolorosi può portare l'individuo a comportamenti disfunzionali come il ricordare più volte alcuni episodi con la conseguente riattivazione anche di sentimenti

negativi corrispondenti (Schmidt & Fuchs, 2021). I ricordi risentono, inoltre, anche dell'influenza dell'iper-riflessività narrativa dei pazienti affetti da DP borderline, innescando frequenti escalation emotive, amplificate da modalità di pensiero distorte che coinvolgono anche componenti di fantasia e confabulazioni. In questo modo, le persone con DBP si raffigurano spesso in queste proto-narrazioni come vittime (Stanghellini & Mancini, 2018). Mentre in individui sani, le proto-narrazioni aiutano alla comprensione delle situazioni, nei pazienti con DPB si può spesso assistere ad una percezione distorta della realtà.

Le narrazioni sono infine prodotte esplicite della riflessione che raccontano una visione in prima persona delle esperienze vissute. Anche questi elementi narrativi, andando a costruirsi a loro volta su quelli precedenti, possono subire alterazioni nel DBP peggiorandone la sintomatologia, soprattutto a livello interpersonale. Nell'interpretazione delle situazioni sociali, il *locus of control* è attribuito ad altre persone o all'ambiente, bersagli delle accuse dei pazienti con DPB. Questo, verbalizzato in una narrazione, crea maggiore distacco e rifiuto piuttosto una vicinanza maggiore che facilita la perdita di relazioni ricorrente che mina lo sviluppo di una narrazione più completa (Fuchs, 2007).

Al fine di compensare l'assenza o la debolezza di una narrazione centrale coerente su sé stessi, le persone con DBP sono più inclini a sviluppare narrazioni ad-hoc che derivano da una sovra-identificazione affettiva con l'esperienza emotiva in una data situazione (Fuchs, 2007; Schmidt, 2020).

L'identità narrativa si riferisce, dunque, a tutte quelle esperienze che rendono l'individuo coautore e protagonista della storia della propria vita. Questa forma identitaria è composta da proto-strutture, proto-narrazioni e da narrazioni, che nel DPB sfocia una limitata acquisizione di un'identità stabile, coerente e continua. L'identità frammentata, oltre a creare sentimenti di incoerenza, vuoto e dolore mentale, può esacerbare le distorsioni della vita affettiva ed interpersonale in quanto, una mancata o ridotta conoscenza di sé (esplicita o implicita), rende difficoltosa la valutazione di nuove situazioni e il comportamento più adeguato in merito.

In questa breve analisi della natura della narratività secondo un'ottica fenomenologica, si dimostra come il DBP possa essere descritto tramite un'analisi dei disturbi della narratività che andrebbe a spiegare lo sviluppo e il mantenimento delle principali caratteristiche del disturbo (Stanghellini, & Rosfort, 2010).

Gli autori Schmidt e Fuchs, criticando il modello non-narrativo, riconoscono comunque la possibilità di considerare il Sé come composto da più agenti transitori ed episodici che danno luce ad una sorta di unità del Sé, non contraddicendo una visione narrativa dell'identità. Quest'ultima, secondo gli autori, è comunque il risultato dell'unità degli agenti che sono necessariamente episodici, con i loro progetti e la loro temporalità. Si riconoscono come appartenenti allo stesso Sé, andando a costituire un unico racconto di Sé, proprio in quanto appratenti alla stessa persona; questo processo può essere definito come un'auto-istituzione (Schmidt, Fuchs, 2021).

Quello che rende possibile l'integrazione o la disgregazione di questi singoli sé episodici, è l'ipotesi di un'esistenza di una forma tacita di narrazione capace di legare i diversi sé episodici a livello preriflessivo; le diverse narrazioni, quindi, unite in una costituiscono già una tacita forma di identità preriflessiva. Inoltre, questa forma d'identità non può essere oggetto di una narrazione esplicita, in quanto forma minima della propria individualità che rende possibile la costruzione dell'identità narrativa (Bois et.al., 2023).

Quest'ipotesi aiuta a comprendere i processi narrativi alla base del sé nei pazienti borderline che risultano alterati e accompagnati da perdita del senso di coerenza e di continuità del proprio Sé nel tempo.

Per poter comprendere a pieno la stratificazione fenomenologica del Sé, è opportuno fare riferimento all'archeologia del sé formulata da László Tengelyi (2004; 2014) che presuppone l'esistenza di strati del Sé, dai più originari ai più socialmente costruiti, delle quali il Sé minimo costituisce lo strato più arcaico del Sé.

Nella sua interpretazione fenomenologica dell'identità narrativa, l'autore cerca di rielaborare la formazione dell'identità prima ancora che questa possa essere espressa tramite il linguaggio. Per fare ciò, si tiene come riferimento teorico il concetto di sé minimo formulato da Zahavi (2003, p.63). Negli ultimi anni anche altri filoni di ricerca interdisciplinari hanno concordato nel considerare la coscienza di sé come fenomeno primitivo e incarnato piuttosto che concettuale, riconducendone l'origine già durante la prima infanzia: i bambini nascerebbero già in possesso di un "Sé minimo" che è incarnato (Bois et.al., 2023).

Secondo Tengelyi, è duplice il racconto della storia di vita attorno al quale si costruisce l'identità personale. Da un lato, delinea l'entità dell'esperienza di vita nell'immediatezza, dall'altro, la storia stessa che ne scaturisce chiamata da Tengelyi "formazione del senso". Il significato del tutto è in divenire costante, anonimo e non disponibile, e si presenta ad ognuno sotto forma di piccoli brandelli di senso e micronarrazioni.

Tengelyi associa due forme di identità narrativa a questi due aspetti della storia di vita. La storia di Sé raccontata esplicitamente costituisce una forma di identità fissata o "auto-istituzione". Queste ultime costituiscono forme di narrazione parziali, legate ad un momento specifico dell'esperienza o ad un aspetto dell'individualità e vanno a forgiare quello che è stato definito "un Sé episodico". Le narrazioni panoramiche che abbracciano la triplice temporalità della vita sono quelle che permettono il costituirsi di una forma di identità diacronica. Le molteplici identità diacroniche ed episodiche sono il prodotto dell'auto-istituzione e costituiscono gli strati più istituiti del Sé (Bois et.al., 2023).

Alla base di questa auto-istituzione ci sono processi più informali di "formazione dell'identità personale" (Tengelyi, 2004) che è ciò che l'autore definisce come "autoformazione", una costruzione passiva e tacita di sé stessi correlata al processo di formazione di senso dell'esperienza (Tengelyi, 2014). Contrariamente all'auto-istituzione,

l'auto-formazione non è costituita dal soggetto, ma piuttosto si trasforma con l'esperienza.

Questa forma di identità personale segue un fluire del tempo che non è lineare, ma accelera o si blocca a seconda degli eventi vissuti (Tengelyi, 2014). Dunque, a differenza dell'auto-istituzione, l'auto-formazione non è diacronica, ma ha una certa unità ed ipseità che implica che prima ancora di raccontarsi, ogni individuo è già qualcuno non solo nel senso astratto di un "Io", ma come un insieme di caratteristiche individuali che si delineano attraverso il significato delle nostre esperienze in continua evoluzione (Bois et.al., 2023).

In sintesi, piuttosto che mantenere un modello passivo dell'identità di una persona, la recente prospettiva ermeneutica enfatizza la sua costruzione attiva e creativa da parte della persona come autore della propria storia di vita. Per meglio riassumere, l'identità narrativa viene definita come la storia di sé che ognuno costruisce per dare senso alla propria vita, operando uno sforzo di sintesi che unisca eventi interiorizzati del proprio passato e le anticipazioni riguardo al futuro, conferendo alla vita un senso di coerenza nel tempo (McAdams, 2011).

Come è stato argomentato più volte, è necessario differenziare la consapevolezza preriﬂessiva di Sé dalla consapevolezza riﬂessiva tematica di essere un Sé: nel primo caso si tratta di ipseità, mentre nel secondo di identità personale. Parlare di identità pensata come relazione tra due elementi ($A=A$, o identità assoluta) per quanto concerne il problema dell'identità dell'essere umano, è poco signiﬁcativa e fuorviante poiché permette di coglierne soltanto aspetti/ categorie secondarie che compongono un'identità speciﬁca ($A=B$ determinata da un insieme di tutti gli elementi che condividono, escludendo tutti quelli che non sono pertinenti all'interno della relazione di uguaglianza) andando ad identiﬁcare forme di identità in terza persona.

Secondo Ricoeur (1990), per poter risolvere questo problema occorre introdurre un'altra forma di identità, un'identità in prima persona che consenta di cogliere l'individuo per ciò che lo caratterizza come essere

umano, quale il sentirsi sempre sé stesso nei continui mutamenti. Ecco che l'esperienza vissuta e quella portata sotto forma di racconto condividono entrambe il senso di appartenenza dello stesso autore (Liccione, 2011).

Per poter definire un individuo nella sua unicità e irripetibilità si è obbligati a raccontare una storia: il semplice atto del ricomporre la propria storia di vita attraverso il linguaggio, favorisce nel protagonista del racconto un senso di appropriazione, un'esperienza di identità e di permanenza di sé nel tempo (Arciero, Bondolfi, 2012). Per poter produrre identità, è dunque necessario tenere conto di due poli esistenziali che sono l'esperienza di sé e la configurazione narrativa dell'esperienza. Per parafrasare Merleau-Ponty, *“io sono il mio corpo così come sono il mio racconto”*. Affinché un'esperienza possa essere raccontata, deve essere prima sentita come propria e tematizzata secondo modalità minimamente identitarie attraverso atti riflessivo/narrativi (Liccione, 2011, p.85).

In quest'ottica, il sintomo non viene considerato come un qualcosa che si aggiunge all'individuo, ma un'alterazione dei modi di essere dell'individuo che possono produrre una configurazione delle esperienze vissute in modi non identitari, oppure proprio come una mancanza di configurazione. Ciò che hanno in comune tutte le alterazioni dell'identità personale è la riduzione delle possibilità esistenziali (Liccione, 2011).

Interessante è la prospettiva costruita da Semerari e colleghi (2007) i quali, nel loro modello narrativo dei disturbi di personalità, interpretano la narrazione di sé come una forma di ragionamento che combina le diverse informazioni su di sé, inserendole in una storia coerente in grado di trattare i disturbi di personalità. L'ipotesi ulteriore è che i DP comportino disfunzioni e alterazioni nelle strutture delle storie riguardanti il sé tali da sfociare in una sovrapproduzione di narrazioni. L'ipotesi sarebbe coerente con la descrizione di alcuni pazienti che si sentono come invasi da una moltitudine di prospettive incontrollabili fonte di confusione e instabilità (Semerari et.al., 2007).

3 Il sé frammentato

L'altro da sé è un fondamentale per la formazione dell'identità: quando si è in presenza di un'adeguata sintonizzazione emotiva, esperienze ripetute dei così detti "stati di coscienza diadicamente espansi" promuovono sia la costruzione di schemi di essere-con-gli-altri sia la formazione di un'identità coerente (Stern, 2018). Il senso di continuità dipende da una narrazione condivisa con gli altri, da una temporalità intersoggettiva (Fuchs, 2001) e se ciò non accade durante l'infanzia, il bambino non riuscirà a stabilire le rappresentazioni interiori sull'altro che gli occorrono per formare delle narrazioni su di sé coerenti. Il DBP può pertanto essere considerato anche come un disturbo della temporalità intersoggettiva, oltre che della sintonizzazione sociale precoce.

L'origine dei disturbi di personalità risalirebbe a periodi storici preverbali e preriflessivi, a seguito dello sviluppo deficitario delle funzioni riflessive o rappresentative necessarie per stabilire un'identità narrativa, capace di immaginare le intenzioni, gli obiettivi e le motivazioni proprie e degli altri e di come queste guidano i comportamenti (Fuchs, 2007).

Il risultato di questo è la tendenza alla dissociazione. Quest'ultima può essere considerata come l'incapacità di integrare la propria identità nonché percezioni, sensazioni, affetti, ricordi in un coerente e continuo senso di Sé (Van Ijzendoorn & Schuengel, 1996). Ci sono diverse prove a sostegno del fatto che la dissociazione, almeno in parte, sia il risultato di esperienze traumatiche ed ambienti precoci avversi. Secondo la teoria del trauma, gli stati dissociati si manifestano nel momento in cui le esperienze traumatiche vengono soltanto in parte immagazzinate in frammenti sensoriali o di ricordi in memoria, senza una narrazione coerente che li inglobi, e riemergono quando si ripresenta una situazione attivante che però fallisce nella completa rievocazione di quel ricordo. In questo modo, la dissociazione e il richiamo autobiografico generale, possono costituire strategie utili ad evitare emozioni angoscianti legate al trauma (Fuchs, 2007).

Gli individui traumatizzati, in questo modo, non sono in grado di integrare il trauma vissuto nel loro concetto di sé o di sviluppare una

narrazione autobiografica capace di includere il ricordo delle esperienze traumatiche. Come spesso accade, gli individui con DBP tendono a sviluppare narrazioni autobiografiche che presentano numerose lacune e che di conseguenza esitano in una discontinuità nell'esperienza del Sé. La dissociazione può essere utilizzata come strategia difensiva inconscia per evitare emozioni angoscianti legate al trauma (Fuchs, 2007).

Il contributo principale in merito alla concettualizzazione teorica della disgregazione dell'identità nei pazienti con disturbo borderline di personalità proviene dalla letteratura psicoanalitica, in cui compaiono per le prime volte termini quali frammentazione, confusione di confine o mancanza di coesione per riferirsi all'esperienza di sé di alcuni gruppi di pazienti (Wilkinson-Ryan & Western, 2000).

In psicoanalisi, le problematiche relative alla coesione dell'identità e al conseguente senso di vuoto riguardano soprattutto la natura strutturale della psiche vengono descritte sia, in termini freudiani, (Io, Es, Super-Io) come struttura complessiva, sia come singole strutture della mente, come le difese o le funzioni cognitive (Zendersen, Parnas, 2019).

In particolare, il costrutto della “diffusione dell'identità” è intimamente legato alla teoria delle relazioni oggettuali che la definisce come una struttura psicologica caratterizzata dalla frammentazione delle rappresentazioni di sé e dell'altro dovuta al fallimento nella risoluzione dei conflitti identitari infantili. Essa si manifesta come un senso di incoerenza, difficoltà nell'adottare e mantenere i propri ruoli all'interno della società, difficoltà a compiere scelte professionali coerenti con le proprie attitudini e nella tendenza a confondere i propri desideri e sentimenti con quelli di un'altra persona all'interno di una relazione intima (Wilkinson-Ryan & Westen, 2000).

Un contributo significativo in merito deriva principalmente da Kernberg (*Borderline conditions and pathological narcissism*, p.39, 1985), il quale ridefinisce il concetto di diffusione identitaria come “mancanza di un concetto di sé integrato e di un concetto integrato e stabile di oggetti totali in relazione al sé”, andando così a riprendere l'associazione

precedentemente fatta da Klein tra il meccanismo arcaico della “scissione” con alcune forme di schizofrenia.

Klein vede l'identità coerente e stabile come il risultato dei processi di interiorizzazione di alcuni aspetti significativi dell'altro, unita al disconoscimento di ciò che è percepito come estraneo. La dissociazione identitaria risulterebbe come una estremizzazione di questo processo, sfociando in una dissociazione patologica e in un'importante disfunzione identitaria (Jørgensen, 2010).

Nella descrizione del DPB, Kernberg (1985) individua come criterio caratterizzante proprio la diffusione dell'identità che è all'origine della mancata capacità di questi individui di delineare una descrizione integrata di sé e degli altri. Quello che ne risulta è una notevole discontinuità caratterizzata da continui ribaltamenti di ruolo (es. vittima e carnefice) e un grande senso di vuoto interiore.

Nella sua concettualizzazione del DPB, Kernberg include, inoltre, anche quei pazienti che appartenevano formalmente ad altre categorie diagnostiche, molte delle quali erano considerate in qualche modo ricollegabili alla schizofrenia. Si tratta dei disturbi di personalità quali il disturbo schizoide, paranoide, narcisistico, ipomaniacale e antisociale, o più in generale dei disturbi di personalità caratterizzati da impulsività e caratteristiche psicotiche (Frosh, 1964).

Nel DPB borderline la mancanza di reattività, la tendenza alla noia e la depersonalizzazione possono presentarsi in maniera episodica o cronica e può sfociare in vere e proprie derive psicotiche, (Singer, 1977). Diversamente accade nel disturbo di personalità schizoide, caratterizzato da un senso di Sé deficitario, cronici sentimenti di vuoto, apatia ed anedonia, esperienze vissute dal paziente in maniera egosintonica. Il paziente ha di fatti la percezione di essere in possesso di qualità che lo renderebbero diverso dalle altre persone (Kernberg, p.215, 1985). Nei pazienti con DP narcisistico, invece, il vuoto viene sperimentato con molta più irrequietezza dovuta ad una potenziale mancanza di gratificazione da parte dell'altro (Kernberg, p.217, 1985).

Per quanto riguarda il DBP, è interessante fare un'analisi degli stati mentali che più frequentemente fanno parte dell'esperienza soggettiva dei pazienti con DBP.

È stato ampiamente delineato quanto le esperienze precoci possano influire sullo sviluppo della personalità e sull'insorgenza del disturbo nell'età adulta. Elementi individuati come centrali per la formazione di schemi di pensiero e di organizzazione dell'esperienza soggettiva sono l'indegnità e la vulnerabilità del sé. Questi schemi basilari di pensiero, si caratterizzano essenzialmente dalla percezione dell'individuo di essere sbagliato, inadeguato, cattivo e inaccettabile. Non è un caso, infatti, che questi stati mentali possano essere spesso accompagnati da dispercezioni dello schema corporeo, dismorfofobie, sintomi da somatizzazione, disturbi del comportamento alimentare soprattutto di natura bulimica (Bara, 2005).

Le emozioni che dominano questi stati mentali sono dunque concordi ad essi, essendo focalizzati sui propri fallimenti, limiti e sentimenti di inadeguatezza che confermano il sentirsi "difettoso". Il sentimento di indegnità è spesso accompagnato da emozioni che si aggirano attorno al dominio della rabbia verso sé stessi, un elevato senso di autocritica, ingiustizia subita, passività, sintomi depressivi e sentimenti cronici di vuoto che permettono un accesso facilitato a comportamenti automutilanti. Inoltre, secondo alcuni autori (Linehan, 1993; Liotti, 1999; Ryle, 1997) vissuti di colpevolezza sarebbero altresì molto frequenti. Tali vissuti sarebbero guidati dalla sensazione di percepirsi come fonte di dolore e danno recato all'altro con conseguenti sensi di colpa intensi.

Per quanto riguarda invece la vulnerabilità, quest'ultima affonda le sue origini nella convinzione di poter essere facilmente feriti, annientati ed esposti ad eventi catastrofici dalle quali non ci si potrebbe difendere. In questa rappresentazione di pericolo, il paziente esperisce come emozione dominante la paura dell'abbandono, ineluttabile, a causa della propria indegnità. Il contenuto della minaccia può poi variare: se il pericolo viene percepito come proveniente dall'interno, darà origine a ideazioni ipocondriache, timore di impazzire e/o perdere il controllo e/o

disgregarsi. Se, invece, la provenienza dell'elemento pericoloso è esterna, l'individuo avrà la percezione di avere a che fare con un mondo minaccioso di fronte al quale si è vulnerabili, e svilupperà la paura di aggressioni fisiche o catastrofi ambientali (Bara, p.299-300, 2005).

Accade spesso che in associazione a tali stati mentali ed emotivi, siano presenti anche altre entità psicopatologiche quali i sintomi ansiosi (fobie, ansia generalizzata, disturbi da attacco di panico), disturbi dissociativi (depersonalizzazione, fuga delle idee), ideazione paranoide, abuso di sostanze e atti parasuicidari. Questi comportamenti possono rappresentare sia un tentativo per evocare il distacco dal mondo, sia l'effetto di tale distacco che comporta una tale sensazione di vuoto da dover reagire con atti estremamente attivanti, come rapporti sessuali promiscui, comportamenti pericolosi, eccesso di alcool, droghe o crisi bulimiche (Bara, 2005).

Una delle strategie di coping disfunzionale più diffusa adottata dai pazienti con DBP è il distacco emotivo che genera uno stato di vuoto e di anestesia emotiva. È proprio quando il paziente si trova in questa "modalità di protezione distaccata" che il rischio di agiti autolesivi o suicidari è più alto. (Young et.al., 2006).

4 Temporalità intersoggettiva

4.1 *Sul ruolo della temporalità nella concettualizzazione del disturbo borderline di personalità*

Nel presente lavoro sono stati affrontati alcuni elementi caratteristici del disturbo borderline di personalità, con particolare riferimento alla frammentazione dell'identità che scaturisce da una mancata percezione di continuità di Sé nel tempo e da una presenza totalizzante del tempo presente che crea una successione di eventi tra loro separati.

Nella concezione del tempo abituale viene naturale immaginare una linea retta su cui posizionare avvenimenti misurabili e riconducibili a punti fissi nello spazio, proprio come teorizzò Henri Bergson definendo il concetto di tempo come "assimilato allo spazio". I caratteri di questa

concezione fisica del tempo non hanno, però, niente a che vedere con l'altro volto di quest'ultimo: il tempo vissuto (Fuchs, 2010).

Nonostante ogni giorno si faccia esperienza di un tempo scandito dalle lancette dell'orologio e dai calendari, il tempo della vita interiore non è ugualmente suddiviso: l'essere umano è legato al passato tramite la memoria, e al futuro attraverso l'attesa, mentre il presente, privo di qualsiasi durata misurabile, diviene istante che tra-passa. Nel "distendersi", la vita interiore conserva dentro di sé il passato e si protende verso il futuro grazie all'attenzione, la memoria e l'attesa (Fuchs, 2010).

L'atto del divenire lo si ritrova alla base del *panta rhei* greco (=πάντα ῥεῖ "tutto scorre"), un fenomeno primitivo ed irrazionale che non può essere colto nei termini di un "oggetto" analizzabile e rappresentabile secondo le leggi e le regole della logica formale, ma che può essere soltanto vissuto (Minkowski, 1971). L'emotività si lega indissolubilmente al tempo interiore influenzandolo, e la prospettiva dell'avanzare del tempo determina in una certa misura il pensiero e le scelte che si operano nel presente il ritmo di vita al quale si appartiene che guida gli scambi sociali con gli altri.

L'esperienza della temporalità avviene quindi attraverso due modalità opposte ma costantemente interconnesse: una esplicita e una implicita.

Il tempo vissuto o implicito può essere associato al concetto husserliano di "corpo vissuto" (*Leib*) (Husserl, 1913), ovvero il corpo vivo che è aperto alle sue potenzialità e per cui il senso del tempo dipende dall'attività svolta: più si è immersi nei propri impegni, più ci si dimentica il tempo e il corpo.

La continuità e l'unità temporale sono interconnesse con la coerenza di un senso di sé di base, preriflessivo -o ipseità- che sta alla base dell'identità personale che si sviluppa tramite l'unione della propria storia di vita autobiografica. Un altro elemento fondante è lo "slancio energetico" o "momento affettivo-conativo" -in breve "conazione" - che può essere meglio compreso con i termini di impulso, sforzo, affetto; è

ciò che sta all'origine della spontaneità e del perseguimento verso un obiettivo e che contribuisce, dunque, alla costituzione della propria autoconsapevolezza e del senso di sé. L'esperienza della temporalità, solitamente tacita, è chiaramente dimostrata quando si verificano cambiamenti negli stati motivazionali di base, come ad esempio, l'accelerazione del tempo che si verifica negli stati maniacali o il ritardo che si verifica nella depressione; entrambi influenzano il senso del tempo vissuto dai pazienti (Fuchs, 2010).

D'altra parte, infatti, la temporalità esplicita viene spesso accompagnata da un'altrettanta esplicita percezione del proprio corpo in qualità di "corpo-tra-corpi" (Körper) (Husserl, 1913) o, addirittura, come ostacolo in caso di malattia. In tale condizione, anche il tempo sembra subire un rallentamento, fino anche a produrre la sensazione di esclusione dal movimento della vita. Si può dedurre che l'esperienza esplicita del tempo si presenti come interruzione improvvisa della regolare continuità del divenire, producendo spesso una sensazione di dispiacere e sofferenza.

Dunque, il tempo esplicito, per non scomporsi in frammenti distinti, necessita di una sintesi attiva da parte dell'individuo che, attraverso la capacità di appropriarsi della propria storia sotto forma di narrazione e di proiezione verso il futuro (e, quindi, la presenza di un sé esteso e narrativo), integra il passato e il futuro nel tempo presente, in quell'esperienza fondamentale che viene definita "io-qui-ora". Anche nella concezione di Heidegger dell'essere umano come "progetto-gettato" (Heidegger, 1927) si ritrova un legame fondamentale con il tempo: vivendo attivamente, esaurendo ogni possibilità che gli si dispiegano dinnanzi, l'uomo "temporalizza" sé stesso e allo stesso tempo impedisce al tempo stesso di dominarlo, in modo da non essere esposti ad esso solo passivamente (Fuchs, 2010).

Distinti i due livelli della temporalità umana, è interessante approfondire, a fini della comprensione di alcuni fenomeni psicopatologici, anche l'aspetto dell'intersoggettività del tempo.

Per quanto riguarda la dimensione intersoggettiva della temporalità, il tempo diviene il risultato di un insieme di processi che interagiscono tra loro. Già a livello biologico di organismo vivente, l'essere umano fin da subito è in grado di sincronizzare, se pur in modo preriflessivo, il proprio mondo interiore con quello dell'altro, basandosi su un'alternanza di fasi di attivazione e disattivazione, denotando così la presenza di una forma di comprensione ante-predicativa. Ecco che l'interazione quotidiana con l'altro sin da subito comporta l'apprendimento di una sintonizzazione temporale. Solitamente si è a malapena consapevoli di questa, come direbbe Eugène Minkowski (1971), "sincronicità vissuta", che può essere vissuta in modo particolare quando essa si va a perdere. Non è perciò il tempo in quanto entità ad essere sperimentato, quanto i cambiamenti nella temporalizzazione che emergono dalla relazione con i ritmi e i caratteri della vita dell'individuo che vengono colti ed intercettati nella percezione del tempo (Fuchs, 2010).

Secondo Braian Straus (1928), la trasformazione che subisce il fenomeno del tempo vissuto in alcune forme psicopatologiche, segue un meccanismo che include due modalità definite da Strauss come "tempo dell'io" (*Ich-Zeit*) e "tempo del mondo" (*Welt-Zeit*) (Straus, 1928).

A volte il tempo dell'io sembra passare più velocemente quando si è allegri ad esempio; altre volte sembra che invece sia in ritardo rispetto al tempo del mondo che si fa eterno e la noia e l'angoscia si impadroniscono dell'individuo. Questi mutamenti dipendono dallo stato d'animo dell'individuo da un lato, dall'ambiente e da quanto può offrire di stimolante dall'altro (Minkowski, 1971).

Dunque, è proprio il rapporto tra l'individuo, il mondo e la propria esperienza del tempo vissuto che può subire delle alterazioni che possono portare all'arresto ad uno degli stadi temporali (presente, passato e futuro) sfociando in diverse psicopatologie in cui si fanno evidenti le disarticolazioni del tempo vissuto. Negli stati patologici il tempo dell'io sembra rallentare drasticamente, per cui questa alterazione nella struttura temporale produce, a seconda del grado di rallentamento, una predominanza ora del presente o del passato.

In quest'ottica, il disturbo borderline con le sue caratteristiche di costante irrequietezza ed impulsività, può essere esplicito nei termini di rallentamento del tempo dell'Io con una conseguente dominanza del tempo presente.

Il tempo nel disturbo borderline sembra focalizzarsi sul presente come una sorta di “temporalità puntiforme” che rende l'individuo costantemente assorbito dall'immediatezza di ogni istante. Secondo Bin Kimura (1992), questa modalità del tempo vissuto genera un'angoscia fatta di inconsistenze, instabilità e continui tentativi di riempire il vuoto e la noia (Fuchs, 2010).

3. L'analisi del Primo Colloquio Clinico secondo l'Approccio Cognitivo Neuropsicologico

1. L'adozione di una prospettiva ermeneutico-fenomenologica

1.1 Emozionarsi Inward-Outward in neuropsicopatologia

Com'è stato accennato in precedenza, vi è una forte correlazione tra le esperienze che si articolano nel corso della vita e la formazione del proprio carattere. A questa connessione si va ad unire anche il legame con il racconto della propria autobiografia. Come sostengono Giampiero Arciero e Guido Bondolfi, “la ricomposizione narrativa degli accadimenti attraverso cui una serie di elementi eterogenei- azioni, emozioni, motivazioni, accadimenti, cause, mezzi, fini e cause- vengono ricombinati in una configurazione unitaria, mentre tiene insieme le diverse vicende di una storia costituisce allo stesso tempo l'identità di colui a cui quelle esperienze rimandano” (Arciero & Bondolfi, 2012; p. 94).

Secondo la prospettiva cognitivo-neuropsicologica, è quindi possibile dare una lettura delle alterazioni emotivo-comportamentali che si

riscontrano nelle varie psicopatologie attraverso il criterio della storicità, che permette di superare, a livello eziopatogenetico, la differenza tra patologie organiche e funzionali, derivante ancora dalla scissione cartesiana mente-corpo.

In questa prospettiva qualunque patologia che coinvolga il corpo a prescindere dalla storia individuale, è da considerarsi come facente parte delle patologie non-storiche, proprio perché non necessitano di una storia di vita per essere comprese. Esse sono principalmente indagabili secondo l'ordine della spiegazione naturalistica e della causalità; talvolta sono definibili anche come patologie dell'ipseità. Essendo l'ipseità la forma preriflessiva dell'essere sé stessi, una patologia dell'ipseità comporta nell'individuo delle modalità difettuali e riduttive di fare esperienza, non permettendo un completo accesso alla rete di significati e di rimandi.

Diversamente, le patologie storiche necessitano perlopiù della storia di vita per poter essere adeguatamente comprese. In questi casi, dal momento che le modalità di fare esperienza influiscono sulle modalità con cui queste esperienze vengono configurate in un racconto, alcuni eventi possono aver creato una frattura nell'identità che emerge attraverso il sintomo. Secondo questa descrizione generale, i disturbi di personalità, presentando caratteristiche miste e comuni ad entrambi i poli dell'arco neuropsicopatologico appena delineato, andandosi ad inserire a metà del *continuum* che intercorre tra patologie storiche e non-storiche. In questa condizione psicopatologica, sembrerebbe che a monte ci sia una difettuale modalità di fare esperienza che è primaria rispetto ai processi di riconfigurazione delle esperienze e di formazione dell'identità personale. Il fatto che questa condizione psicopatologica accompagni lo sviluppo del sé non esclude che si possa comunque contestualizzare la patologia secondo modalità storiche (Liccione, 2011).

Già a partire dall'etimologia della parola emozione (dal latino *e-movére*, letteralmente “muovere fuori”) viene trasmesso il significato di un movimento, di un passaggio attraverso qualcosa che, ad esempio, viene

interpretato da Arciero e Bondolfi come una modalità di sentirsi e al tempo stesso di apparire del mondo, un passaggio continuo tra il Sé e l'esterno (Arciero & Bondolfi, 2012).

Tenendo come riferimento la cornice esplicativa che adotta un'ottica ermeneutico-fenomenologica, che prevede l'interpretazione di una storia di vita, in cui l'essere umano è inteso come un progetto-gettato (Heidegger, 1927) immerso ogni volta in uno specifico contesto esistenziale, il senso di stabilità personale è strettamente legato al modo di emozionarsi. Quello che si cerca di cogliere all'interno di questa prospettiva, non è l'uomo della scissione tra mente e corpo cartesiano, ma nemmeno l'uomo kantiano che giunge alla conoscenza attraverso le proprie categorie dell'intelletto, bensì è l'uomo situato ed incarnato che agisce e patisce sempre in un uno specifico contesto storico e culturale. Tutti i contesti di vita diventano, quindi, significativi alla luce del modo di emozionarsi che rappresenta il significato incarnato della situazione in corso (Arciero & Bondolfi, 2012).

Questo essere sempre emotivamente situati permette a chi si emoziona di sentirsi in modo carnale, di avere una lettura della situazione in corso cogliendone gli elementi più rilevanti e significativi. In questa cornice di interazione tra alterità ed ipseità, si possono evidenziare due polarità, la cui inclinazione in uno o nell'altro verso, indicano modalità predilette di emozionarsi tipiche di ciascuno. In un primo caso, se l'individuo tende a focalizzarsi su emozioni basiche e, in generale, sul proprio corpo, il proprio conseguente senso di stabilità personale sarà maggiormente orientato sui propri stati interni (*Inward*). In questo caso l'esperienza emozionale soggettiva verrà prevalentemente percepita tramite segnali corporei: ci sono studi che dimostrano che la sensibilità sull'attività viscerale è strettamente connessa all'intensità dell'esperienza emotiva soggettiva (Yates et.al., 1985; Wiens & 2000; Wiens & Palmer, 2001; Barrett, Quigley & 2004).

Nel secondo caso, se l'attivazione emozionale verterà maggiormente su emozioni non-basiche, il proprio sistema di coordinate e il proprio senso di permanenza del Sé sarà più orientato sul versante dell'alterità e su

sistemi di riferimento esterni al proprio corpo (*Outward*). In questo caso la propria stabilità personale è ancorata ad altro da Sé quali persone, contesti, sistemi di regole, pensieri ecc. che fungono da chiavi di lettura per poter interpretare la propria esperienza emotiva. Queste due modalità di polarizzazione emozionale- *Inward* e *Outward*- sono gli estremi di un continuum lungo il quale ogni individuo si posiziona secondo combinazioni differenti di queste due polarità, andando a costituire l'unicità dell'esperienza emozionale di ciascun individuo (Arciero & Bondolfi, 2012).

Alcuni studi hanno potuto anche verificare, attraverso l'utilizzo di fMRI, che a differenti stili emotivi corrispondono differenti attivazioni cerebrali in presenza degli stessi stimoli che elicitano paura. Bertolino e collaboratori nel 2005 hanno sottoposto due gruppi di partecipanti sani- suddivisi secondo lo stile emotivo- ad una serie di immagini raffiguranti tre volti (tra cui due uguali) che esprimono paura, e ai quali veniva, pertanto, richiesto di identificare quali dei volti erano quelli identici tra loro. Quello che è emerso è una più elevata attivazione cerebrale a livello di amigdala, ippocampo e corteccia prefrontale mesiale nel gruppo *inward* che li portavano ad esperire una paura "viscerale". Nei soggetti considerati *outward*, invece, le aree più intensamente attivate di fronte a stimoli paurosi erano la corteccia prefrontale dorsolaterale, quella occipitale associativa e quella del giro fusiforme, dimostrando così come per questo gruppo la paura avesse una valenza più cognitiva, conseguente ad una valutazione riflessiva dell'evento (Bertolino et.al.,2005).

In uno stile di personalità di tipo borderline, ovvero che presenta in parte alcune caratteristiche dei criteri elencati all'interno del DSM fino ad un conclamato Disturbo della Personalità, l'individuo presenta "un pattern pervasivo di instabilità, nelle relazioni interpersonali, dell'immagine del sé e dell'umore e una marcata impulsività e ancora, sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono [...] ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari o comportamento automutilante [...] sentimenti cronici di vuoto, rabbia inappropriata ed intensa e difficoltà nel controllare la rabbia" (DSM-V, 2013). La fenomenologia del disturbo è

complessa e articolata, ma è possibile fare alcune supposizioni teoriche su come l'individuo possa sentirsi emotivamente situato e come possa articolarsi la dialettica tra alterità e ipseità in questa macro-categoria diagnostica. Piuttosto che tenere il focus sul sintomo specifico, si andrà ad approfondire quello che può essere il nucleo esperienziale che costituisce la modalità peculiare di essere-nel-mondo.

1.2 Psicoterapia cognitiva neuropsicologica

Affinché possano essere comprensibili le aperture di mondo in cui si manifestano i sintomi di un malessere psicologico, si propone di utilizzare l'ermeneutica psicoterapeutica come disciplina in grado di far affiorare le modificazioni esistenziali di ciascun individuo e il successivo riposizionamento nel mondo. L'adozione di un approccio ermeneutico in psicoterapia permette, di fatto, l'interpretazione di un testo che è il testo del paziente, in cui egli opera lo sforzo di portare a racconto la sua esperienza soltanto se verrà primariamente sentita come propria (Liccione, 2016).

Nuovamente ci si ritrova ad evidenziare le criticità di un approccio meramente categoriale, sottolineando la necessità di considerare il "*Chi*" dell'individuo che affronta la propria esperienza attraverso i propri modi di essere e non solo attraverso categorie che ne coglierebbero soltanto aspetti limitati. Attraverso l'adozione di un approccio ermeneutico-fenomenologico, è possibile cogliere l'essere umano in prima persona e le sue modalità uniche di emozionarsi e sentirsi ogni volta in ogni situazione. Inoltre, il modello cognitivo-neuropsicologico, con quest'impostazione di fondo che è quella ermeneutico-fenomenologica, permette di assumere una posizione di mediazione tra due estremi costituiti dalla psicologia e dalle neuroscienze, facendo dialogare tra loro linguaggi specialistici che hanno *quasi* lo stesso oggetto/soggetto di indagine che, potenzialmente, è sempre in costante revisione teorica. Paragrafando Jervolino, "è proprio nell'irriducibile differenza contenuta

in quel *quasi* che rende possibile adottare il paradigma della traduzione tra linguaggi differenti, senza che vengano ridotti ad un terzo linguaggio che li ingloba entrambi”. Dunque, l’obiettivo principale è contestualizzare questa mediazione tra discipline differenti, in cui le neuroscienze che si occupano di *corpi*- riprendendo la distinzione fatta da Husserl di *Körper* utilizzato per riferirsi al corpo fisico e *Leib* che invece assume il significato di carne viva, il luogo delle mie azioni e passioni (Husserl, 1913) e la psicologia che indaga la *carne* e le sue modalità di *essere-nel-mondo*, affinché possano conservare la propria essenza, senza che queste discipline così differenti vengano fagocitate l’una dall’altra. La traduzione reciproca tra di esse è, dunque, sempre nell’atto di farsi, sempre perfettibile e non viene mai definitivamente chiusa, bensì rimane aperta ad ogni possibile interpretazione coerente con il contesto che accade ogni volta (Liccione, 2011).

Il focus di una valutazione iniziale è permettere al testo di emergere così come viene raccontato, con particolare attenzione verso la sofferenza e i sintomi che hanno condotto l’individuo al colloquio e verso le eventuali incoerenze che potrebbero emergere all’interno del racconto, indice di eventuali fratture dell’identità. La competenza diagnostica e la capacità del clinico comprendono, perciò, il saper condurre il colloquio basandosi sul testo del paziente, senza dimenticare le conoscenze provenienti dalla letteratura scientifica che delinea descrizioni complete degli ideal-tipi dei diversi disturbi e comportamenti psicopatologici. Occorre prestare attenzione a non porre questi ultimi come unica apertura di senso dal quale far emergere i modi di essere dei singoli pazienti, de-umanizzando così il paziente stesso. Diversamente, si correrebbe il rischio di operare una “violenza dell’interpretazione” del testo del paziente che andrebbe ad inglobare il racconto all’interno delle maglie di una teoria preconfezionata, che però appartiene poco al possessore del racconto stesso.

In questo processo di interpretazione, non è da sottovalutare l’importanza del contesto in cui il testo emerge ed evolve e in cui è già pre-comprendibile. Come Merleau-Ponty già sosteneva, *la motilità*,

considerata allo stato puro, è dotata del potere di dare un senso (1945, p.197). Condividendo, quindi, parte dei significati di una stessa apertura di mondo, è possibile la reciproca comprensione. Questa prima fase di rappresentazione delle azioni umane viene chiamata da Ricoeur “Mimesis I” perché le azioni sono già comprensibili in parte grazie alla simbolica che fornisce una prima leggibilità.

Nella fase successiva, quella di “Mimesis II”, si intercettano le connessioni tra le azioni di un racconto e le si assemblano nell’unità di una totalità temporale: in questo modo, i singoli episodi di vita vengono man mano inseriti all’interno delle maglie del racconto dell’intera storia di vita. Questo processo è sempre nell’atto di farsi, per cui alcuni avvenimenti che costituiscono un punto di svolta per quell’autobiografia *-turning points-*, possono cambiare di significato a seconda dell’intellegibilità dell’intero racconto. Il circolo della Mimesis si conclude, infine, attraverso il ritorno all’esperienza tangibile. Questo semplice atto di portare a qualcun altro che, nello specifico è il terapeuta, la propria storia di vita sotto forma narrativa, permette di rendere il ricevente un co-autore quanto al senso. Questo è il momento della “Mimesis III”, in cui avviene la rfigurazione della storia di vita in cui il terapeuta restituisce al paziente il suo racconto favorendo l’apertura di nuove possibilità d’esistenza, che si dovranno tradurre in riappropriazioni e trasformazioni dell’identità. Queste ultime devono però essere avvertite dal paziente come autentiche trasformazioni di sé; il terapeuta incorrerà in un errore di interpretazione se la forzerà nelle maglie di una teoria precostruita e sarà, dunque, un cattivo ermeneuta (Liccione, 2012).

Dal momento che l’ermeneutica è sempre interessata ad un progetto di cura, il ciclo della Mimesis applicato all’interno della relazione terapeutica, ha l’obiettivo di trasformare la persona attraverso un processo attivo di riappropriazione di senso ed orientarla verso una forma migliore di sé.

Questo processo può essere attuato grazie all’utilizzo della strategia del ciclo testo-contesto in cui viene ampliato il macro-contesto della storia di vita, articolandolo in un numero di altri testi che dipendono dalle azioni

emerge del racconto di quella specifica storia di vita che fanno emergere parti di mondo di quel paziente così come lo stesso lo lascia emergere. Secondo la visione heideggeriana, l'uomo è inteso come un *Esserci* che può essere compreso attraverso i propri modi esistenziali e trova la sua essenza nel suo costante aver-da-essere. Per riprendere le parole di Heidegger, "proprio perché esistere significa rapportarsi alle possibilità, l'essere umano non è l'unione di anima e corpo, ma esistenza, possibilità situata e gettata" (Heidegger, 1927). Si può affermare che l'uomo è l'insieme delle sue esperienze e dei suoi progetti e che il suo passato e il suo futuro si co-determinano in un rapporto di interazione che è costantemente nell'atto di farsi. È, dunque, necessario definire nella prima fase di una psicoterapia, il Macro Contesto Esistenziale (MCE) ovvero l'insieme dei dati essenziali del paziente, tra i quali gli anni, informazioni riguardanti i suoi familiari, l'occupazione, i luoghi di vita ecc. da cui è possibile iniziare a contestualizzare i singoli avvenimenti e interpretare il testo. I singoli contesti esistenziali presi di mira ogni volta, possono essere definiti in modo schematico nel seguente:

$C = (Se \times Oa)$

Così eventuali modificazioni nel progetto si Sé portano a modifiche nella storia di Sé.

A supportare quest'affermazione ci sono anche alcune ricerche neuroscientifiche come quella di Daniel L. Schacter, Donna Rose Addis e Randy L. Buckner (2007) che hanno studiato le relazioni tra memoria episodica, ovvero la capacità umana di ricordare il passato, e la memoria prospettica, che rappresenta invece l'abilità di prospettarsi nel futuro. Attraverso dati ottenuti da soggetti sani sottoposti a fMRI nel corso di compiti di MTT (*Mental time Travel*- viaggi mentali nel tempo), venne confermata l'ipotesi che prevedeva una sovrapposizione delle aree cerebrali che si attivano durante il ricordo di eventi passati e l'immaginazione di Sé nel futuro. Ecco che l'idea che la simulazione di eventi futuri sia il risultato di una ricombinazione di ricordi del passato viene supportata dalle stesse regioni neurali, quali le regioni prefrontali mediali, le regioni posteriori della corteccia parietale mediale e laterale,

la corteccia temporale e il lobo temporale mediale, uniti all'ippocampo (Schacter & Addis, 2007; Schacter & Buckner, 2007).

Anche altri risultati importanti provenienti dalla clinica hanno condotto alle medesime conclusioni: sono state riscontrate, infatti, delle severe compromissioni nella proiezione di Sé nel futuro in pazienti con la sindrome di Korsakov e in pazienti amnesici. Sembrerebbe che questi pazienti presentino non solo dei deficit nella memoria prospettica, ma che questi siano legati, nello specifico, all'incapacità di immaginarsi nel futuro secondo scene coerenti, e quindi di costruire nuove scene partendo da elementi del passato (Schacter, 2007; Hassabis et al., 2007).

Sono state affrontate alcune delle caratteristiche più distintive del DBP, tra cui anche il complesso rapporto che intercorre con la storia personale dei pazienti stessi nonché la loro difficoltà nello sganciarsi dal momento presente ed integrarlo con il passato e il futuro. Secondo Bin Kimura (1992), il modo in cui le persone con DBP sperimentano il tempo, corrisponde ad una modalità in cui è predominante il ruolo dell'immediatezza e del presente. Il paziente avrebbe, di conseguenza, qualche difficoltà a rfigurare gli eventi e a riflettere su di essi e sulle loro implicazioni pratiche, oltre che ad agire sulle emozioni e a trasformarle in contenuti della coscienza (Kimura, 1992). Diversi autori fenomenologi concordano così sul fatto che i pazienti con DBP vivono in una temporalità atemporale che rende difficile e frammentaria la costruzione di un'identità narrativa (Fuchs, 2007) e rende meno efficaci l'attribuzione di significato personale agli eventi.

1.3 Trattamenti psicoterapeutici

Per ciò che concerne l'aspetto del trattamento di un disturbo complesso come il DBP, quello che viene considerato centrale è la psicoterapia, all'interno di un approccio multidisciplinare che vede al suo interno l'impostazione di un adeguato trattamento psicofarmacologico, soprattutto per i sintomi di tipo comportamentale come quelli che coinvolgono l'aspetto dell'impulsività (Al-Alem, & Omar, 2008).

Inizialmente, una delle prime terapie applicate al trattamento del DBP è quella di Kernberg, focalizzata sul transfert (TFP). Quest'ultimo si basa sul concetto chiave che all'origine del disturbo vi sia una mancanza di esperienze relazionali positive con il caregiver principale che determina un deficit nel mantenere le relazioni oggettuali stabili, elemento che emerge durante le sedute di terapia. Un altro approccio è la terapia dialettico-comportamentale (DBT), una terapia cognitivo-comportamentale che si concentra su quello che Marsha Linehan reputa il nucleo del disturbo, ossia un fallimento della regolazione emotiva di origine biologica che, interagendo con un sistema sociale invalidante, va a compromettere il funzionamento dell'individuo.

La DBT, essendo parte delle terapie cognitivo-comportamentali, trova le sue fondamenta sull'idea cardine che pensieri e comportamenti si influenzino in modo reciproco. L'obiettivo è dunque quello di individuare pensieri e convinzioni negativi per produrre un cambiamento nei comportamenti conseguenti.

Le principali abilità su cui si lavora maggiormente durante il corso della terapia, che può durare anche diversi anni, sono affrontate all'interno di quattro moduli di base: la mindfulness, il senso di efficacia interpersonale, la regolazione delle emozioni e la tolleranza dell'angoscia. In particolare, il focus della terapia dialettica è proprio quello di incrementare il miglioramento di capacità di pensiero dialettico in sostituzione di quello dicotomico (del tutto-o-nulla), creando un clima di accettazione del paziente che predilige il rinforzo di comportamenti positivi piuttosto che la punizione per quelli considerati negativi. Soprattutto per pazienti con DBP è un metodo particolarmente funzionale da riuscire ad attutire anche le possibili ricadute in comportamenti disfunzionali.

L'obiettivo principale consiste nell'instaurare nel paziente il sentimento di validazione emotiva nonché, per l'appunto, di accettazione completa, mentre si cerca di lavorare per un cambiamento: la collaborazione costante è essenziale per evitare circuiti invalidanti e scarsamente produttivi (Linehan et. al., 2002).

2 Il caso di L.

Il primo colloquio di L. avviene nello studio del terapeuta in seguito ad una richiesta spontanea da parte della stessa. Il primo contatto telefonico è avvenuto il giorno precedente in seguito ad una crisi acuta che l'avrebbe spinta a cercare l'aiuto di un professionista. Questo primo incontro permette una prima inquadratura del caso, anche se tutte le informazioni sul macrocontesto esistenziale della paziente vengono raccolte difficilmente in un unico colloquio. Sono di fatti necessari ulteriori incontri per poter ricostruire i contesti esistenziali di L.

Nel corso del racconto è obiettivamente la difficoltà della paziente nel rievocare con precisione gli episodi salienti della propria vita; lei stessa dichiara più di una volta come i suoi ricordi siano confusi e incompleti. Per poter approfondire maggiormente l'episodio che ha condotto L. a richiedere un colloquio, il terapeuta ha di fatti tentato in un secondo momento di contestualizzare il testo portato dalla paziente e di ricavare delle informazioni utili a riguardo, proprio per la tendenza della paziente ad aprire diverse parentesi.

Al momento del colloquio L. non sta assumendo psicofarmaci sebbene l'anamnesi psichiatrica risultasse positiva. L., riferisce di fatti di essere stata presa in carico presso i Servizi di salute mentale nel 2014, e di aver precedentemente assunto terapia psicofarmacologica a base di aripiprazolo in formulazione LAI (Abilify Maintena)³ in seguito ad un TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) avvenuto nel 2019, poi successivamente sostituita con cariprazina (Reagila). In entrambi i casi ne interrompe l'assunzione (autonomamente) per via degli effetti collaterali che ne derivano quali rallentamento psicomotorio, stanchezza e incremento ponderale.

³ La formulazione *Long Acting Injection* o Terapia a rilascio prolungato (LAI) è una tipologia di terapia farmacologica che viene somministrata tramite un'iniezione intramuscolo circa una volta al mese, utilizzata in caso di scarsa aderenza al piano terapeutico.

Nel racconto della paziente è possibile individuare aspetti cardinali del DBP trattati in letteratura, con riferimento alla procedura ermeneutico-fenomenologica con cui è stato condotto il colloquio, secondo l'approccio di psicoterapia cognitiva neuropsicologica.

2.1 Il macrocontesto esistenziale e l'esordio della sintomatologia impulsiva

L. è una giovane donna di 31 anni. È ritornata recentemente (circa un mese prima dell'incontro) in Italia dopo circa sei anni di permanenza all'estero e attualmente vive in un piccolo centro in provincia con la madre, mentre il padre vive da solo poco distante da loro.

La paziente si presenta al primo colloquio con dieci minuti di ritardo, scusandosi e giustificandosi con la motivazione del traffico. L. si presenta in studio portando con sé il suo cane. Lievemente trascurata nell'aspetto, accede al colloquio adeguata sul piano comportamentale e disponibile al dialogo.

Si apprende dalla paziente come questa si sia rivolta più volte spontaneamente ad uno psicoterapeuta sebbene, a suo dire, nessun percorso intrapreso sarebbe andato a buon fine.

L'esordio della psicopatologia sarebbe avvenuto nel 2014, a seguito di una grave crisi avvenuta all'età di 23 anni, a seguito della quale la stessa si sarebbe recata da uno psicoanalista. A seguito del consiglio da parte di quest'ultimo della maggiore adeguatezza di una terapia di tipo cognitivo-comportamentale al trattamento del caso, la stessa si rivolge ad una psicoterapeuta ad orientamento cognitivo-comportamentale ma senza sentirsi coinvolta e compresa, abbandona poco dopo.

Dopo un'errata diagnosi di disturbo bipolare all'esordio clinico, La diagnosi di DBP le arriva tra i 24 e i 25 anni. La paziente racconta inoltre di come l'esordio della patologia sarebbe avvenuto in concomitanza di una relazione affettiva importante e molto tormentata con un ragazzo definito dalla paziente "narcisista". Al rievocare degli eventi, la paziente racconta spontaneamente un accadimento, sebbene non riesca a collocarlo nel tempo, che avrebbe anticipato il malessere esperito e le

reazioni comportamentali abnormi: il partner dell'epoca aveva il cellulare spento per cui non avrebbe risposto alle chiamate e i messaggi, e L., sentendosi abbandonata, sarebbe entrata in uno stato di panico in cui avrebbe iniziato a "vedere tutto nero". Perdendo così il controllo di sé, sarebbe salita in auto iniziando a guidare in modo spericolato, provocando un incidente e distruggendo la sua auto.

In occasione del presente colloquio L. si sarebbe rivolta al terapeuta in seguito ad una grave crisi avvenuta il giorno prima. Tale crisi sarebbe consistita in vissuti di paura a seguito dell'insorgenza di ideazione anticonservativa e di anomalie comportamentali (avrebbe messo in pericolo il suo cane), tali da metterla in allarme riguardo ai propri eventuali agiti futuri. In questa occasione, come in altre, L. ammette uso di alcool che avrebbe esacerbato lo stato ansioso già presente. La paziente di fatti ammette recrudescenza della sintomatologia ansiosa a seguito del recente ritorno in Italia e della conseguente convivenza con la madre.

L. racconta di come fosse a passeggio con il cane e, successivamente, arrivata alla stazione ferroviaria, avrebbe perso il treno. Fermatasi ad un bar, avrebbe iniziato a consumare alcolici con vissuti di perdita di controllo. Una volta tornata a casa, avrebbe chiesto alla madre di stare sola per un po' e resasi conto di non trovare più il suo telefono, avrebbe avuto una crisi pantoclastica in cui il tavolo di vetro sarebbe stato distrutto e diversi oggetti gettati a terra. Alcuni vicini, assistendo alla scena, avrebbero successivamente chiamato l'ambulanza e i carabinieri che arrivati sul luogo propongono a L. di recarsi presso il pronto soccorso più vicino. L. riferisce come, all'arrivo dell'ambulanza, lo stato d'agitazione sarebbe già andato incontro a risoluzione. Anche durante il viaggio in ambulanza riferisce di essersi sentita tranquilla, sebbene, una volta giunta in ospedale avrebbe rifiutato le cure e la terapia proposta, scappando dal pronto soccorso per paura di essere ricoverata, dato un precedente ricovero in psichiatria vissuto da L. come traumatico, avvenuto circa tre anni prima.

Già da queste prime informazioni sulla paziente, è possibile individuare alcune delle caratteristiche cliniche rappresentative del DBP. Nel corso di questo primo incontro, L. dichiara più di una volta di temere l'abbandono da parte di persone con cui ha instaurato una relazione intima (criterio 1, DSM-V, 2013) che può manifestarsi semplicemente da una mancata risposta ad una chiamata o un'altra dimenticanza, che anche lei, in un secondo momento, reputa risolvibili sebbene nell'immediato non riesca a controllare. Entra così in uno stato di ansia che le fa perdere il controllo sulle proprie emozioni e sulle proprie azioni che diventano spesso impulsive (criterio 4) e ruotano attorno a tre elementi principali: l'adozione di uno stile di guida spericolato; l'abuso di alcolici che incrementano ulteriormente la gravità delle sue crisi e gli episodi dissociativi caratterizzati da buchi amnesici; promiscuità sessuale marcata da più giovane in cui l'utilizzo del sesso viene utilizzato come strumento di regolazione emotiva. A questi primi elementi si aggiunge anche la marcata difficoltà nel gestire soprattutto la rabbia (criterio 8) che sfocia in più episodi in comportamenti distruttivi, arrivando a distruggere il tavolo di vetro di casa e tutto quello che la circondava.

Altro tema centrale del suo racconto è l'instabilità che emerge soprattutto nell'area delle relazioni interpersonali (criterio 2), in particolar modo nelle relazioni affettive intime che vengono descritte come "molto tormentate". Questa sua caratteristica relazionale, oltre ad avere un impatto importante nella sfera più intima, si ripercuote nella vita di L. sia nelle relazioni amicali, sia nei rapporti lavorativi con i colleghi: la paziente afferma di aver cambiato diversi luoghi di lavoro (circa ogni due mesi) per via di screzi o sfuriate con i colleghi piuttosto che a causa di qualche errore sul suo operato lavorativo. Inoltre, anche la condivisione degli spazi in casa con i vari coinquilini che ha avuto risulta essere stata problematica, costringendo L. a lasciare diverse situazioni abitative negli anni della permanenza all'estero (cambia quindici case nell'arco di cinque anni).

In quegli anni, la paziente riferisce comunque la presenza di discreto benessere oltre che di una rete amicale globalmente supportiva, sebbene a

causa della paura dell'abbandono, a dire di L., quest'ultima si sarebbe mantenuta solo su un piano superficiale, in assenza di una sufficiente stabilità, anche per quanto concerne l'ambito lavorativo.

È infine evidente, la tendenza di L. all'autolesionismo (criterio 5) messo in atto come meccanismo di coping a scopo difensivo (criterio 7) e che, in alcune occasioni, come nella crisi sopraesposta, sarebbe sfociata in pensieri di morte.

2.2 Il percorso di formazione e la carriera lavorativa

L. ha frequentato il liceo classico, ottenendo il diploma, per poi successivamente lavorare come commessa in un negozio per circa quattro anni finché a quando avrebbe iniziato a sviluppare la nota sintomatologia caratterizzata da instabilità su più ambiti quali quello relazionale. Al legame con il partner dell'epoca L. associa, dunque, l'esordio della sintomatologia che la accompagnerà anche durante la sua permanenza all'estero, all'età di circa 25 anni. L. sostiene che a all'estero stava bene e che era riuscita a costruire una valida rete amicale ma che inevitabilmente avrebbe allontanato per via delle sue paure legate all'abbandono e alla sua tendenza a costruire rapporti di amore/odio a causa della quale, a lungo andare, rimaneva sola. Inoltre, l'instabilità che ha iniziato a caratterizzare tutte le sue relazioni, ha influenzato anche il suo percorso lavorativo, impedendole di costruire qualcosa di concreto anche in quest'ambito. Inizialmente avrebbe, di fatti, svolto l'attività di *visual merchandiser*, attività professionale volta all'organizzazione e dell'esposizione dei prodotti in diverse aree commerciali della città, per poi cambiare settore lavorativo, trovando impiego come cameriera. L. ha cambiato innumerevoli posti di lavoro anche in quest'ultimo settore: sebbene abbia ricevuto, a suo dire, sempre molti complimenti sul suo operato per la sua passione e attenzione, bastava un litigio con un collega per perdere il controllo, dare in escandescenze e perdere il posto di lavoro.

2.3 I legami affettivi

Il primo colloquio in psicoterapia, che non necessariamente coincide soltanto con il primo incontro (come in questo caso), è rivolto a

raccogliere le informazioni contestuali utili all'intelligibilità della storia di vita del paziente: essa è infatti un macrotesto, composto a sua volta da innumerevoli n-testi tra loro collegati, che viene ripercorsa insieme al terapeuta al fine di riconfigurarla secondo significati maggiormente identitari. Per poter riuscire a comprenderne il senso, è necessario contestualizzare ogni testo analizzato, prestando maggiore attenzione verso gli elementi di incongruenza, ovvero quelli che non reggono alla coerenza testuale (Liccione, 2011).

Un primo contesto che viene indagato è quello della famiglia. L. proviene da una famiglia composta da quattro componenti: il padre, la madre, L. e la sorella maggiore. Il padre sembra non essere molto presente e, quando è a casa, è sempre molto "irritabile". Viene descritto come un uomo impulsivo e che reagisce con rabbia perché incapace di gestire le emozioni, mentre il carattere della madre viene definito come "passivo". Un aspetto interessante di questo tema è il fatto che, sebbene in un primo momento L. descriva il suo rapporto con i genitori come buono, poco dopo ammette di temere che gli stessi possano avere un'influenza negativa nei suoi confronti.

È possibile che questa sia una prima incongruenza all'interno del testo, comprensibile alla luce di quanto emerge dalla letteratura. I pazienti affetti da DBP sono soliti descrivere i propri pensieri e le proprie emozioni in modo caotico, in più, essendo anche carenti nelle capacità di integrazione, vi è spesso la compresenza di rappresentazioni sé-altro multiple e contraddittorie senza giungere ad un punto di vista che le colga tutte (Bara, 2005).

Con la sorella maggiore sembra avere, invece, un buon rapporto, del resto è l'unica persona che descrive soltanto con caratteristiche positive, quasi a suggerire una sorta di idealizzazione. L. parla della sorella focalizzandosi sul fatto che questa sia una persona molto forte, "che sa mantenere il sangue freddo" e che rispetto ai genitori riesce a rivolgersi a lei con più comprensione ed empatia. Inoltre, L. è incoraggiata dalla sorella ad intraprendere un percorso terapeutico al fine di risolvere le proprie difficoltà e poter realizzare i propri progetti.

L. manifesta, infatti, il desiderio di trasferirsi piano piano da sola in un alloggio di sua proprietà, trovare un lavoro anche part-time e sebbene ammetta al momento scarse capacità volitive per via del suo stato depressivo.

Anche dal punto di vista affettivo, racconta di avere avuto relazioni molto tormentate con persone definite dalla stessa come “narcisiste” inclusa l’ultima, ormai conclusa, legate al fatto che, per via del suo disturbo, non sarebbe riuscita ad avere delle relazioni sane e sarebbe spesso andata incontro ad agire uno stesso pattern relazionale.

2.4 Impulsività comportamentale: l’alcool

L. ammette cospicuo consumo di alcolici e che questi in più occasioni avrebbero amplificato le crisi se non addirittura causato, sebbene non si descriverebbe come dipendente da questi. L’abuso di alcol sembra essere, di fatti, episodico e su base impulsiva, piuttosto che il risultato di una forma primaria di dipendenza; L. sostiene di non riuscire a porsi dei limiti e di consumare in poco tempo una quantità importante di alcool tale per cui risente anche dei rispettivi vuoti di memoria causati dalla sostanza.

Spesso, infatti, una conseguenza comportamentale frequente nella popolazione di pazienti con DBP è l’abuso di sostanze: questo uso è però atto ad un tentativo di “automedicazione” in conseguenza all’insorgere di uno stato emotivo spiacevole. La sostanza comunemente più utilizzata è per l’appunto l’alcool, ma con questi pazienti il tipo di sostanza può anche non essere così importante. È proprio per questo motivo che per descrivere il rapporto dei pazienti con DBP e le sostanze, vengono definiti *polysubstance abusers*, ovvero abusanti di qualsiasi sostanza sia disponibile in modo impulsivo (Gunderson, 2003, p. 37).

Il terapeuta tenta di approfondire questo aspetto della vita di L. interrogandola su un eventuale uso di altre sostanze psicoattive oltre all’alcool ed emerge che all’estero avrebbe fatto uso di marijuana in più occasioni a scopo detensivo e soltanto un paio di volte avrebbe usato la cocaina, anche se, data la sua tendenza ad essere “adrenalinica ed ansiosa

di suo”, l’uso non sarebbe stato perpetrato, ma rimasto circoscritto a non più di un paio di occasioni.

Vi è anche un altro tipo di aspetto comportamentale problematico che il terapeuta ha indagato in quanto strategia disfunzionale per evocare il distacco emotivo dal mondo o, al contrario, per contrastare tale sensazione di vuoto e anestesia emotiva tramite comportamenti estremamente attivanti (Bara, 2005). Viene infatti indagato anche l’aspetto della sessualità: L. afferma che da più giovane era solita avere una vita sessuale promiscua. Era solita utilizzare i rapporti sessuali come valvola di sfogo e per allontanare i pensieri. Al momento afferma di valutare maggiormente i suoi partner sessuali.

2.5 *Il senso di vuoto e il self-injury*

I pazienti con DBP sono tra gli individui con i tassi più alti di ideazioni suicidarie croniche (SI) e autolesionismo non suicidario (NSSI): i dati rilevati da Gunderson nel 2001 riportano che i pazienti con DBP hanno in media 3,3 tentativi di suicidio durante la loro vita e tra il 5 e il 10% riescono a togliersi la vita in uno di questi tentativi (Gunderson & Ridolfi, 2001).

Comportamenti autodistruttivi ripetuti sono solitamente compiuti a scopo autopunitivo con annesse sensazioni di sollievo da emozioni dolorose ed intollerabili, oppure come modalità per esprimere la rabbia o generare sensazioni forti, o ancora, possono essere realizzati consapevolmente agli effetti di controllo emotivo che generano sull’altro. (Gunderson, 2003).

Al fine di comprendere la motivazione sottesa ad un comportamento umano- in questo uno patologico - è indispensabile iniziare dal testo del paziente e dai suoi peculiari modi di essere; considerando in modo privilegiato i motivi della sofferenza, il loro esordio e mantenimento (Liccione, 2011). L. sin dai primi minuti di colloquio dichiara di compiere gesti autolesivi, in particolare si autoinfligge tagli sulle braccia volti ad allontanare il suo senso di vuoto.

Da una prima analisi, sembrerebbe che tali condotte di *self-injury* vengano perpetuate da L. in seguito alla percezione di rifiuto o

allontanamento da parte di persone significative che lei vive come estremamente angoscianti nonostante in un secondo momento si renda conto della risolvibilità di tali situazioni. Un esempio che la paziente porta più di una volta durante il colloquio è quello legato alla mancata risposta di un messaggio da parte di qualcuno con cui ha una relazione affettiva: se non le rispondono al telefono per un po', L. perde il controllo di sé, inizia a "vedere tutto nero", ad autoinfliggersi tagli sulle braccia e/o bere molto alcool. Questi tentativi estremi di sentirsi attraverso l'utilizzo del corpo permettono di spostare sul piano fisico un dolore emotivo altrimenti insostenibile che, in questo caso, è scaturito dall'assenza-che sia essa reale o percepita- della fonte di co-percezione principale dell'individuo: l'altro (Liccione, 2011).

È possibile riscontrare alcune analogie nei vissuti emotivi, in particolare, di altri due gruppi clinici: quello del disturbo depressivo e quello del disturbo del comportamento alimentare, più in particolare con la bulimia nervosa. La caratteristica su cui si intende porre il focus è il senso di vuoto che solitamente è l'elemento dal quale scaturiscono i comportamenti impulsivi e disregolati che possono essere rilevati anche nel caso clinico della paziente L. che dal vuoto percepito dal presunto abbandono di una figura affettiva significativa provoca in lei esplosioni emotive che la portano a distruggere ciò che si trova nell'ambiente circostante.

Nonostante la scarsità di dati, il senso di vuoto è una caratteristica che sembra essere cruciale per comprendere le disfunzioni interpersonali, comportamenti autolesivi e stati depressivi tipici del DBP (Miller et.al., 2020).

La depressione non fa parte del set di criteri per il DBP, ma i sintomi depressivi sono tanto presenti nella popolazione affetta da DBP da ipotizzare l'esistenza di una "depressione borderline" che è qualitativamente diversa all'esperienza riscontrata nei disturbi affettivi. Nel DBP, i sintomi depressivi assumono una forma che coinvolge di più vissuti di solitudine, rabbia, disregolazione emotiva e di mancata integrazione nel concetto di sé, che sono legati ad un'identità insicura e

negativa, oltre che ad un senso di “cattiveria interiore e vuoto”, a differenza del senso di colpa che caratterizza l’esperienza nel MDD.

Inoltre, queste sensazioni di vuoto cronico e l’esperienza depressiva di tipo borderline possono esacerbare i sintomi dell’impulsività caratteriale e sfociare in comportamenti autolesionistici, suicidi o bulimici proprio per ridurre quella vacuità e alleviare il dolore emotivo (Miller et.al., 2020).

In virtù di questo, è interessante sottolineare come il DBP si presenti nel 35% dei casi in comorbilità con la bulimia nervosa (BN)/ disturbo dello spettro della bulimia (BSD). Una possibile spiegazione di questa co-occorrenza può essere fornita dal fatto che entrambe le condizioni psicopatologiche condividono gli stessi fattori di rischio, fenotipi e tratti comportamentali, tra cui, soltanto per citarne alcuni, esperienze avverse nell’infanzia, attaccamento insicuro, comportamenti autolesivi, difficoltà nel controllo degli impulsi (Arciero, Bondolfi, 2012).

Si può ipotizzare che, nei pazienti con DBP, come anche per L., l’altro abbia un ruolo cardine per quanto riguarda la centratura del senso di stabilità personale e le modalità di sentirsi emotivamente situati. Per poter, dunque, spiegare queste peculiari modalità di sentirsi, è utile andare ad approfondire la dialettica tra ipseità e alterità. Dal momento che l’alterità- solitamente una persona significativa per l’individuo- svolge il ruolo di fonte privilegiata attraverso il quale sentirsi, anche il più misero segnale di disconferma-reale o apparente- da parte di questa, viene percepito dall’individuo con DBP come un rifiuto e vissuto in modo totalizzante. A quel punto, venendo a mancare la fonte principale di co-percezione, il mezzo più prossimo per svolgere la medesima funzione di modulare tale conflitto, viene ritrovato nel corpo come modalità di sentirsi che però non è familiare. Il rischio sta nel fatto che, essendo l’alterità una fonte di aspettative a cui la persona *outward* sente di dover aderire ma anche opporsi, il senso di Sé può arrivare a confondersi con quello dell’altro, tanto da risultare difficoltoso riuscire a costruire un senso stabile del Sé.

Inoltre, l'unico modo possibile per poter risolvere efficacemente tale conflitto, è utilizzare forme estreme di coinvolgimento corporeo che vanno da forme di automutilazione non-suicidaria, a forme estreme di sessualità, disturbi nel comportamento alimentare o ancora abuso di alcool e sostanze stupefacenti (Liccione, 2019). Tutti questi elementi sono caratterizzanti della sintomatologia del DBP, ma anche di alcuni disordini del comportamento alimentare come per la bulimia e il *Binge-eating Disorder* (BED) che si riferiscono entrambi a comportamenti alimentari patologici costituiti da abbuffate di ingenti quantità di cibo e, nel caso della bulimia, seguite anche da conseguenti condotte eliminatorie.

Come avviene per queste popolazioni cliniche appena citate, in modo parallelo, negli individui con DBP il complesso mondo emotivo non si riduce soltanto ad emozioni non-basiche di tipo problematico, ma presentano anche diverse caratteristiche positive derivate proprio dalla necessità relazionale che sentono e dalla loro acuta capacità di interpretare i segnali sociali. Questi individui sono, infatti, anche molto sensibili, tolleranti, compassionevoli e tendenti alla cura dell'altro (Arciero & Bondolfi, 2012).

2.6 Rifi gurazione

Una prima rifi gurazione del terapeuta rispetto al testo che la paziente L. porta della propria sofferenza si concentra essenzialmente su un primo aspetto fondamentale per l'inizio di un percorso psicoterapeutico: la rivalutazione della terapia psicofarmacologica. Nel corso del colloquio L. racconta di non voler assumere psicofarmaci soprattutto dopo l'esperienza del primo TSO avvenuto nel 2019, esperienza vissuta come estremamente traumatica.

Al giorno d'oggi è estremamente raro che pazienti con DBP non siano sottoposti a trattamento psicofarmacologico, soprattutto durante alcune fasi cruciali della terapia, anche se in letteratura si possono trovare risultati controversi (Gunderson, 2003).

La terapia psicofarmacologica viene solitamente somministrata soprattutto per trattare i sintomi considerati invalidanti dal paziente, come per l'impulsività, i disturbi legati all'umore e i sintomi cognitivo-percettivi (Pascual, Arias, Soler, 2023).

Inoltre, una funzione fondamentale dell'utilizzo di psicofarmaci nel trattamento del DBP è data innanzitutto dalla sua utilità nel sottolineare la "malattia" e ridimensionare le irrealistiche aspettative del paziente sul fatto che possa volontariamente "uscirne fuori" (Gunderson, 2003).

In questo caso, la paziente L. si dimostra restia all'utilizzo di una terapia psicofarmacologica dal momento che in passato non ne ha tollerato alcuni effetti collaterali, quali il senso di rallentamento ed intorpidimento generali e un l'aumento ponderale. Il terapeuta ha accolto il disagio manifestato dalla paziente per poi rassicurarla ribadendo l'importanza di una copertura farmacologica data la sintomatologia presentata, soprattutto in vista dell'inizio di un percorso di psicoterapia. In aggiunta, il terapeuta sottolinea quello che è l'aspetto centrale della cura psicoterapeutica secondo il modello cognitivo neuropsicologico, ovvero la considerazione dei pazienti con le rispettive peculiarità e necessità, al di là dell'insieme di sintomi ascrivibili all'etichetta di una categoria diagnostica. Ulteriore rimando che il terapeuta dà alla paziente L. è la consapevolezza della possibilità che tale trattamento psicofarmacologico possa essere temporaneo e possa consentire una maggiore collaborazione nelle prime fasi della terapia.

Un altro aspetto su cui è utile intervenire è sicuramente l'abuso di alcolici che, da questo primissimo colloquio con L., sembra essere una componente molto presente. La presenza di un abuso di sostanze in comorbidità ad una diagnosi di DBP accresce notevolmente la probabilità di suicidio oltre che peggiorarne la prognosi (Gunderson, 2003).

La stessa L. manifesta come orizzonte d'attesa il voler eliminare l'uso di alcolici che più volte è l'elemento che aggrava maggiormente le sue crisi o addirittura le scatena.

Fondamentale per il lavoro terapeutico è infatti la generazione di nuovi e viabili orizzonti di senso. Per fare questo la psicoterapia cognitiva neuropsicologica utilizza alcune strategie ermeneutiche che hanno l'obiettivo di modificare gli spazi d'esperienza e, soprattutto, generare nuovi orizzonti d'attesa attraverso i quali il paziente possa proiettarsi nel futuro. Proprio perché il ricordo di Sé e la proiezione di Sé si co-determinano è importante trovare nuovi modi di raccontarsi e fare nuove esperienze di sé: la paziente L. manifesta sin da subito come orizzonte d'attesa il voler eliminare l'uso di alcolici che più volte è l'elemento che aggrava ulteriormente le sue crisi o addirittura le scatena. Inoltre, è molto motivata a ricercare una soluzione per il suo malessere che la accompagna da diversi anni e le impedisce di costruire qualcosa di più concreto nella vita. Nuovamente, nel corso del colloquio, esprime il desiderio di volersi trovare un lavoro e iniziare a fare il trasloco in un alloggio tutto suo non molto distante da dove abita adesso con la madre e ricominciare da lì.

Dunque, l'obiettivo finale della psicoterapia cognitiva neuropsicologica è quello di restituire al paziente modalità nuove e maggiormente identitarie di fare esperienza permettendo una metamorfosi del Sé, raggiungibile soltanto attraverso la partecipazione attiva da parte del paziente e la condivisione con il terapeuta dello scopo fondamentale che li induce a lavorare sulla storia del paziente. Soltanto così lo stesso potrà riposizionarsi rispetto ai propri modi disfunzionali di essere (Liccione, 2011).

Cruciale può essere anche il ruolo della sorella, per la quale L. ha speso parole positive. Dal suo racconto sembra che lei sia il membro della famiglia che la comprende maggiormente e più l'ha incoraggiata nel ricominciare il percorso di cura da uno psicoterapeuta.

Anche il cane che L. porta con sé durante il colloquio, è una presenza per lei fondamentale. Sostiene più volte di essersi resa conto della pericolosità del suo comportamento distruttivo proprio per aver rischiato di metterlo in pericolo, oltre che per aver avuto pensieri suicidi. Il possesso di un animale domestico in questa popolazione di pazienti è

infatti associato a numerosi benefici psicologici, tra cui la compagnia, il supporto sociale, il miglioramento dell'autostima e lo sviluppo di una base sicura nell'attaccamento (Hayden-Evans et.al., 2018). Esso può rappresentare uno dei riferimenti di base attraverso il quale costruire parte dei suoi orizzonti di attesa, soprattutto nelle fasi successive del trattamento.

Toccati questi primi temi, L. acconsente a riprendere una terapia psicofarmacologica che è fondamentale per gestire sia gli aspetti depressivi che quelli impulsivi del disturbo che inizialmente possono sfavorire una buona alleanza con il terapeuta. Infatti, circa i due terzi dei pazienti con DBP tendono ad abbandonare il trattamento entro pochi mesi, per cui è importante tenere conto di questo aspetto soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento; i pazienti che rimangono in terapia migliorano lentamente nel tempo e una relazione di fiducia positiva con il terapeuta che non punisce i sintomi è un elemento chiave per il trattamento di questi pazienti (Al-Alem & Omar, 2008).

Conclusioni

Lo scopo principale che ha guidato fino alla conclusione del presente lavoro è stato quello di fornire una panoramica sul DBP che potesse toccare i punti salienti rispetto alla letteratura presente, e soffermarsi soprattutto su alcune delle caratteristiche chiave del disturbo: l'inconsistenza del senso di Sé e la frammentazione dell'identità.

Di un tema così vasto, è stato scelto un insieme di argomenti che potessero offrire una chiave di lettura alternativa del DP borderline e che si focalizzassero maggiormente sugli aspetti sintomatologici ancora poco trattati dalla ricerca scientifica, ma di grande rilevanza clinica, come per il senso di vuoto.

Dopo aver riportato i criteri diagnostici secondo DSM e ICD, i principali manuali utilizzati, sono stati messi a confronto rivelando la fragilità di un'impostazione categoriale che risulta controversa soprattutto nel caso della valutazione dei DP. Nonostante le revisioni e le proposte

presentate per cambiare le modalità di diagnosi, sono evidenti le limitazioni di un modello ateoretico e descrittivo come quello categoriale, implicate in una visione piuttosto rigida dei disturbi di personalità.

Se per quanto riguarda il tema della categorizzazione il dibattito è ancora acceso, i pareri degli esperti riguardanti l'eziopatogenesi sembrano concordare per un'origine multifattoriale: sono state evidenziate alcune delle diverse vulnerabilità biologiche che, se combinate con un'ambiente invalidante ed eventi di vita particolarmente stressanti, possono favorire l'insorgere di un DP borderline. In particolare, sembrerebbe proprio che l'aver vissuto traumi gravi durante l'infanzia sia un fattore cruciale per l'evolvere di sintomi dissociativi che ostacolano ulteriormente la coesione di un'identità stabile e, di conseguenza, la formazione di una narrazione integra di Sé.

Attraverso poi un'analisi del caso clinico della paziente L. si sono potuti osservare i principali punti focali del DBP, in particolare l'instabilità pervasiva e invalidante che ha un costo importante in termini di ricadute dalle quali è sempre più faticoso rialzarsi.

In questo lavoro si è voluto approfondire una componente del disturbo, più nascosta ed insidiosa, che può portare a gesti anche fatali. Un obiettivo di questo elaborato è stato proprio l'analisi dell'interiorità che si cela dietro un disturbo tanto complesso e sicuramente multideterminato che ingloba una varietà di combinazioni sintomatologiche che necessitano di ulteriori e più approfondite indagini per poter essere adeguatamente comprese e classificate.

Abbiamo, inoltre, approfondito gli aspetti della percezione del tempo all'interno di questa popolazione clinica: il tempo per i pazienti con DBP risulta essere più simile ad un insieme slegato di istanti che si susseguono instancabilmente. Minkowski nel suo saggio *Il tempo vissuto* (p. 15, 1970) ha descritto, di fatti, il fenomeno del tempo come trasformato talvolta in una sorte di caleidoscopio: nuove immagini che si presentano di fronte all'individuo senza tregua, tali da rendere la vita un

vortice, una corsa folle che scompone gli istanti e li razionalizza. Nulla a che vedere con il tempo vissuto con cui abitualmente si convive in assenza di condizioni patologiche.

Per certi aspetti, la situazione storica di quest'epoca contribuisce a rendere ancora più incerte le capacità riflessive e di autodeterminazione: i cambiamenti di prospettiva del tempo, dello spazio e della velocità hanno dato origine a cambiamenti sociali e culturali che denotano una realtà sempre più caratterizzata- per citare Fuchs- dalla *natura sempre più momentanea degli eventi, l'esacerbazione della mobilità, l'inutilità della comunicazione* (Fuchs, 2007).

L'accelerazione dei ritmi di vita e la propensione alla soddisfazione immediata dei desideri, l'amplificazione della mobilità, la natura breve ed istantanea degli eventi, sono tutti elementi tipici della quotidianità post-moderna che influiscono anche sulle relazioni interpersonali e sul senso d'identità.

In qualche modo sembrerebbe che sia sempre più arduo adattarsi ad una tale frenesia, per cui è sempre più difficile rincorrere un tempo che però scompare nell'attimo in cui sembra di averlo raggiunto. Questa visione rimanda proprio al vissuto da L., che percepisce il tempo come un eterno presente che non riesce a mai a padroneggiare completamente, con conseguenti sentimenti cronici di vuoto dove il rischio di perdere il controllo è sempre dietro l'angolo.

Bibliografia

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). Patterns of attachment. Hillsdale, N.J.: Erlbaum
- Al-Alem, L., & Omar, H. A. (2008). Borderline personality disorder: an overview of history, diagnosis and treatment in adolescents. *International journal of adolescent medicine and health*, 20(4), 395.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th text revision). Author, Washington DC.
- American Psychiatric Association. (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association, D. S. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- Arciero, G., & Bondolfi, G. (2012). *Sé, identità e stili di personalità*. Bollati Boringhieri.
- Bach B, Sellbom M, Skjernov M, Simonsen E, (2018), ICD-11 and DSM-5 personality trait domains capture categorical personality disorders: finding a common ground. *Aust New Zeal J Psychiatry*, 52:425–34.
- Bach, B., Kramer, U., Doering, S., di Giacomo, E., Hutsebaut, J., Kaera, A., ... & Renneberg, B. (2022). The ICD-11 classification of personality disorders: a European perspective on challenges and

- opportunities. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1), 12.
- Bara, B. G. (2005). *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva: Clinica*. Bollati Boringhieri editore, Torino.
 - Barone, L. (2009) (a cura di). *Manuale di psicologia dello sviluppo*. Roma: Carocci.
 - Barone, L., & Bacchini, D. (2009). *Le emozioni nello sviluppo relazionale e morale*. Cortina
 - Barone, L., & Lionetti, F. (2013). Quando l'attaccamento si disorganizza. Indicatori e fattori di rischio dell'esperienza traumatica nel ciclo di vita. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 17(1), 3-26.
 - Barrett, L. F., Quigley, K. S., Bliss-Moreau, E., & Aronson, K. R. (2004). Interoceptive sensitivity and self-reports of emotional experience. *Journal of personality and social psychology*, 87(5), 684.
 - Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*, 18(1), 36-51.
 - Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
 - Bertolino, A., Arciero, G., Rubino, V., Latorre, V., De Candia, M., Mazzola, V., ... & Scarabino, T. (2005). Variation of human amygdala response during threatening stimuli as a function of 5' HTTLPR genotype and personality style. *Biological psychiatry*, 57(12), 1517-1525.
 - Berzonsky, M. D. (1990). Self-construction over the life span: A process perspective on identity formation. *Advances in Personal Construct Psychology*, 1, 155–186
 - Berzonsky, M. D. (1992). *Identity Style Inventory-Revised Version*. *Personality and Individual Differences*.

- Bois, C., Fazakas, I., Salles, J., & Gozé, T. (2023). Personal identity and narrativity in borderline personality disorder: A phenomenological reconfiguration. *Psychopathology*, 56(3), 183-193.
- Boone K, Vogel AC, Tillman R, Wright AJ, Barch DM, Luby JL, Whalen DJ. (2022). Identifying moderating factors during the preschool period in the development of borderline personality disorder: a prospective longitudinal analysis. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* ;9(1):1-8.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American psychologist*, 36(2), 129.
- Bowlby J. (1969), *Attaccamento e perdita*, vol. 1: L'attaccamento alla madre. Tr.it. Bollati Boringhieri, Torino 1976.
- Bradley, R., & Westen, D. (2005). The psychodynamics of borderline personality disorder: A view from developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 17, 927–957
- Campbell, K., Clarke, K. A., Massey, D., & Lakeman, R. (2020). Borderline personality disorder: to diagnose or not to diagnose? That is the question. *International journal of mental health nursing*, 29(5), 972-981.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1999). A five-factor theory of personality. *The five-factor model of personality: Theoretical perspectives*, 2, 51-87.
- Crawford TN, Cohen PR, Chen H, et al. (2009): Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol* 2009, 21:1013–1030.
- Damasio A.R., (2000) *Emozione e Coscienza*, Adelphi, Milano.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2009). La diagnosi in psicologia clinica. *Personalità e psicopatologia*. In *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*. Raffaello Cortina Editore.

- Dell'Osso, B., Camuri, G., Berlin, H., Serati, M., & Altamura, A. C. (2009). Un approccio dimensionale al disturbo di personalità borderline. *GIORNALE ITALIANO DI PSICOPATOLOGIA*, 15(1), 48-63.
- De Zulueta, F. (1999). *Dal dolore alla violenza: le origini traumatiche dell'aggressività*. Cortina.
- Di Cesare, G. (2001). *Il Disturbo Borderline di Personalità: ovvero sul ricordare senza ricordare*.
- Dimaggio G., Semerari A., (1998). *La costruzione di storie e l'immagine del corpo*. In: Ceruti M. e Lo Verso G., eds., *Epistemologia e psicoterapia*. Cortina Milano.
- Emmelkamp, P. M., Kamphuis, J. H. (2007). *Personality disorders*. Psychology Press, New York.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)*, American Psychiatric Press, Washington, DC.
- First, M. B., Pincus, H. A., Levine, J. B., Williams, J. B., Ustun, B., & Peele, R. (2004). Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 161(6), 946-954.
- Fonagy P., Target M. (2001). *Attaccamento e Funzione Riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano.
- Frankfurt, H. G. (1988). *The importance of what we care about*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frosch, J. (1964). The psychotic character. *Psychiatric Quarterly*.
- Fuchs, T. (2001). Melancholia as a desynchronization: towards a psychopathology of interpersonal time. *Psychopathology*, 34(4), 179-186.
- Fuchs, T. (2007). Fragmented selves: Temporality and identity in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 40(6), 379-387.

- George, C., Kaplan, N., Main, M. (1985-2002). Adult Attachment Interview. University of California at Berkeley. Unpublished manuscript.
- Grinker, R., Werble, B., Drye, R. (1968), *The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego Functions*. Basic Books, New York.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. Guilford Press.
- Guidano V.F. (1991), *The Self in Process. Toward a Post-Rationalistic Cognitive Therapy*, Guilford, New York [trad.it. *Il Sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalista*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992].
- Gunderson, J. G., Carpenter Jr, W. T., & Strauss, J. S. (1975). Borderline and schizophrenic patients: A comparative study. *The American journal of psychiatry*, 132(12), 1257-1264.
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E., & Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*, 138(7), 896-903.
- Gunderson JG, Ridolfi ME. (2001). Borderline personality disorder. Suicidality and self-mutilation. *Ann N Y Acad*, 932:61–73.
- Gunderson, J. G. (2003). *La personalità borderline. Una guida clinica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Gunnar, M.R., Brodersen, L., Krueger, K., Rigatuso, J. (1996). Dampening of adrenocortical responses during infancy: Normative changes and individual differences. *Child Development*, 67, 877-889.
- Gunnar, M.R., Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 199-220.
- Hayden-Evans, M., Milbourn, B., & Netto, J. (2018). ‘Pets provide meaning and purpose’: a qualitative study of pet ownership from the perspectives of people diagnosed with borderline personality disorder. *Advances in Mental Health*, 16(2), 152-162.

-Heiddegger M., (1927). *Essere e tempo*, trad.it. di P. Chiodi rivista da F. Volpi, Longanesi, Milano 2009.

-Herpertz, S.C., Schwenger, U.B., Kunert, H.J., Lukas, G., Gretzer, U., Nutzmann, J. et.al., (2000), “Emotional responses in patients with borderline as compared with avoidant personality disorder”. In *Journal of Personality Disorders*. 14,4. pp.339-351.

-Hooley, J.M., Butcher, J.N., Nock, M.K., Mineka, S. (2017). *Psicopatologia e psicologia clinica* (Buodo, G., Gentili, C., Ghisi, M., Prunas, A., & Pruneti. A cura di). Pearson.

-Husserl, E. (1913), *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, E. Filippini (a cura di), Einaudi, Torino.

- Jones, B., Heard, H., Startup, M., Swales, M., Williams, J. M. G., & Jones, R. S. P. (1999). Autobiographical memory and dissociation in borderline personality disorder. *Psychological medicine*, 29(6), 1397-1404.

-Jørgensen, C. R. (2006). Disturbed sense of identity in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20, 618–644.

- Jørgensen, C. R. (2010). Invited essay: Identity and borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 24(3), 344-364.

-Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., & Schulsinger, F. (1986). 1968. The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *The Transmission of Schizophrenia*, D. Rosenthal and SS Kety, eds. Pergamon Press, Oxford.

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

-Kernberg, O. F. (1985). Borderline conditions and pathological narcissism.

- Kihlstrom, J. F., Beer, J. S., & Klein, S. B. (2003). Self and identity as memory. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 68– 90). New York: Guilford

- Kimura, B., Pélicier, Y., & Boudier, J. (1992). *Écrits de psychopathologie phénoménologique*. Presses universitaires de France
- Knight, R. P. (1953). Borderline states. In *Bull. Menninger Clin.*, 17, pp. 1-12.
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of general psychiatry*, 56(10), 921-926.
- Liccione, D. (2011). *Psicoterapia cognitiva neuropsicologica*. Bollati Boringhieri.
- Liccione, D., Liccione, D. (2016). *Il primo colloquio in psicoterapia*. libreriauniversitaria. it Edizioni
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.
- Liotti G., (1999). Il nucleo del disturbo borderline di personalità: un'ipotesi integrativa. *Psicoterapia*, 16, 53-65.
- Liotti, G., (2004), Trauma, dissociation and disorganized attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy*, 41:472–486.
- Locke, J., (1960). *An essay concerning human understanding*. In *The empiricist* (pp. 7-135). New York: Doubleday.
- MacIntyre A (1981), *After Virtue. A Study in Moral Theory*, University of Notre Dame Press, Indiana [trad.it. *Dopo la virtù*, Feltrinelli, Milano 1988]
- Madeddu, F., & Di Pierro, R. (2014). DSM-5: Lo strano caso dei Disturbi di Personalità. *Psichiatria e Psicoterapia*, 33(2).
- Maestriperi, D. (2005). Early experience affects the intergenerational transmission of infant abuse in rhesus monkeys. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102(27), 9726-9729.
- Mainali P, Rai T, Rutkofsky IH. (2020). From child abuse to developing borderline personality disorder into adulthood: exploring the neuromorphological and epigenetic pathway. *Cureus*.

- Marcia, J. (1966). Development and validation of ego-identity status. Journal of Nova Science Publishers. Personality and Social Psychology, 3, 551–558.
- Marcia, J., Waterman, A. S., Matteson, D. R., Archer, S. L., & Orlofsky, (1993). Ego identity. A handbook for psychosocial research. New York: Springer.
- McAdams D.P. (1985). Power, intimacy, and the life story: Personological inquiries into identity. New York: Guilford Press.
- McAdams DP. (2011). Narrative identity. In: Schwartz SJ, Luyckx K, Vignoles VL, editors. Handbook of identity theory and research [Internet]. New York: Springer; 2011. p. 99– 115.
- McCulloch W.S (1965), Embodiment of Mind, MIT Press, Cambridge, Mass.
- Meares, R., (2012), “Un modello dissociativo del disturbo borderline di personalità”. Raffaello Cortina Editore, Milano
- Merleau-Ponty, M., (1945), Phénoménologie de la perception, Gallimard, Paris [trad.it. Fenomenologia della percezione, a cura di P.A. Rovatti Bompiani, Milano, 2005].
- Miller, C. E., Townsend, M. L., Day, N. J., & Grenyer, B. F. (2020). Measuring the shadows: A systematic review of chronic emptiness in borderline personality disorder. PLoS One, 15(7), e0233970.
- Minkowski, E., & Paci, E. (1971). Il tempo vissuto. Einaudi.
- Oltmanns JR, Widiger TA., (2018), A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: the personality inventory for ICD-11. Psychol Assess, 30:154–69.
- OPD Task Force (2001). Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD): Foundation and Manual. Hogrefe e Hube, Cambridge.
- Paris, J., (1995), Il disturbo borderline di personalità, Raffaello Cortina, Milano.

- Paris J., (1998): Personality disorders in sociocultural perspective. *J Personal Disord* 12:289–301
- Paris J, Zweig-Frank H, Kin NM, Schwartz G, Steiger H, Nair NP. (2004). Neurobiological correlates of diagnosis and underlying traits in patients with BPD compared with normal controls. *Psychiatry Res*; 121:239- 52.
- Paris, J. (2018). Clinical features of borderline personality disorder. *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*, 2, 419.
- Pascual, J. C., Arias, L., & Soler, J. (2023). Pharmacological management of borderline personality disorder and common comorbidities. *CNS drugs*, 37(6), 489-497.
- Perris, C. (1999). A conceptualization of personality-related disorders of interpersonal behaviour with implications for treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 6(4), 239-260.
- Perris, C., McGorry, P. D., & John Wiley & Sons, UK, (1999). Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(5), 411-412.
- Posner, M. I., Rothbart, M. K., Vizueta, N., Levy, K. N., Evans, D. E., Thomas, K. M., & Clarkin, J. F. (2002). Attentional mechanisms of borderline personality disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99(25), 16366-16370.
- Ricoeur P. (1984). *Time and narrative*. Chicago: University of Chicago Press; Vol. 1.
- Ricoeur P. (1992). *Oneself as Another*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ryle, A., 1997. *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder. The model and the method*. Wiley, Chichester.

- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1993). *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva* (Vol. 85). Feltrinelli Editore.
- Schacter, D. L., & Addis, D. R. (2007). The cognitive neuroscience of constructive memory: remembering the past and imagining the future. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 362(1481), 773-786.
- Schacter, D. L., Addis, D. R., & Buckner, R. L. (2007). Remembering the past to imagine the future: the prospective brain. *Nature reviews neuroscience*, 8(9), 657-661.
- Schmidt, P., & Fuchs, T. (2021). The unbearable dispersal of being: Narrativity and personal identity in borderline personality disorder. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 20(2), 321-340.
- Schmidt, P. (2020): Störungen des Selbst in der Borderline-Persönlichkeit: Der Zusammenhang von Affekt und Identitätserleben. In T. Fuchs & T. Breyer (Eds.), *Selbst und Selbststörungen* (pp. 165–193). Freiburg, Germany: Karl Alber.
- Shedler, J., & Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1350-1365.
- Scott LN, Levy KN, Pincus AL (2009), Adult attachment, personality traits, and borderline personality disorder features in young adults. *J Pers Disord*, 23:258–280.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., Pedone, R., & Procacci, M. (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 690–710
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., M., Nicolò, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognitive assessment scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 238–261.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., & Procacci, M. (2007). Understanding minds: Different functions and different

- disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 17(1), 106-119.
- Singer, M. (1977). The experience of emptiness in narcissistic and borderline states: I. Deficiency and ego defect versus dynamic-defensive models. *International Review of Psycho-Analysis*.
 - Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological psychiatry*, 51(12), 936-950.
 - Solomon HM. (2006), La personnalité “as if”: la création du self face au vide. *Cah Jung Psychanal*; 3–4(119–2006):51–71.
 - Stanghellini, G., & Rosfort, R. (2010). Affective temperament and personal identity. *Journal of Affective Disorders*, 126, 317–320.
 - Stanghellini, G., & Mancini, M. (2018). The life-world of persons with borderline personality disorder.
 - Steele, H., & Siever, L. (2010). An attachment perspective on borderline personality disorder: Advances in gene–environment considerations. *Current psychiatry reports*, 12, 61-67.
 - Stern, D. (1938). “Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses”. In *Psychoanalytic Quarterly*, 7, pp.467-489.
 - Stern, D. N. (2018). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Routledge.
 - Straus, B., (1928). Das Zeiterleis in der endogenen Depression und in der psychopatischer Verstimmung, in “*Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*”, LXVIII.
 - Strawson G. (1999), *The Self*, in S. Gallagher e J. Shear (a cura di), *Models of the Self*, Imprint Accademic, Exeter.
 - Tarullo, A.R., Gunnar, M.R. (2006). Child maltreatment and the development of the HPA Axis. *Hormones and Behavior*, 50, 632-639
 - Tengelyi, L. (2004). *The wild region in life-history*. Northwestern University Press.
 - Tengelyi L. (2014). *L’expérience de la singularité*. Paris: Hermann.

- Tulving, E. (1972). Tulving-Episodic and semantic memory. pdf. Organization of Memory.
- Van IJzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical psychology review*, 16(5), 365-382.
- Verheul, R. (2012). Personality disorder proposal for DSM-5: A heroic and innovative but nevertheless fundamentally flawed attempt to improve DSM-IV.
- Vermetten, E., & Spiegel, D. (2014). Trauma and dissociation: implications for borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 16, 1-10.
- Westen, D., (1985), *Self and Society: Narcissism, Collectivism, and the Development of Morals*. New York, Cambridge University Press.
- Westen, D., (1992), The cognitive self and the psychoanalytic self: can we put our selves together? *Psychol Inquiry*; 3:1–13.
- WHO (World Health Organ.). 2018. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: WHO.
- Wiens, S., Mezzacappa, E. S., & Katkin, E. S. (2000). Heartbeat detection and the experience of emotions. *Cognition & Emotion*, 14(3), 417-427.
- Wiens, S., & Palmer, S. N. (2001). Quadratic trend analysis and heartbeat detection. *Biological psychology*, 58(2), 159-175.
- Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 528-541.
- Yates, A. J., Jones, K. E., Marie, G. V., & Hogben, J. H. (1985). Detection of the heartbeat and events in the cardiac cycle. *Psychophysiology*, 22(5), 561-567.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press.
- Zachar, P., Krueger, R. F., & Kendler, K. S. (2016). Personality disorder in DSM-5: An oral history. *Psychological Medicine*, 46(1), 1-10.
- Zandersen, M., & Parnas, J. (2019). Identity disturbance, feelings of emptiness, and the boundaries of the schizophrenia spectrum. *Schizophrenia Bulletin*, 45(1), 106-113.
- Zeanah, C.H., Smyke, A.T., Koga, S.F., Carlson, E. and The Bucharest Early Intervention Project Core Group (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76, 1015-1028

- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918.

Ringraziamenti

Quando decisi di intraprendere questo percorso universitario, non sapevo, in realtà, a che cosa stessi andando incontro. La mia non è stata una scelta guidata da un preciso obiettivo o da una passione consapevole e limpida, coltivata già da tempo. La mia è stata una scelta dettata dalla pancia, dall'istinto, fatta di prove ad errori e modifiche in corso d'opera. Questa scelta si è fatta da sé, quasi senza che me ne accorgessi. È lei che ha trovato me ed io, ad oggi, non vorrei trovarmi altrove.

Ringrazio innanzitutto il mio relatore, il professor Davide Liccione per l'essere una preziosa fonte di ispirazione, sia professionalmente che umanamente.

Un profondo ringraziamento è diretto alla mia correlatrice, la Dottoressa Carla DiForti per i preziosi consigli e la sua grande disponibilità; mi auguro un giorno la sua esemplare precisione.

Non potrei poi non ringraziare in modo speciale i miei genitori che, se pur non comprendendo a pieno la mia scelta (e, al tempo, come biasimarli), mi hanno sempre incoraggiata cercando di spronarmi a fare sempre meglio, grazie di cuore.

Grazie poi ai miei nonni, Evelina e Renato e a tutti i caffè che mi hanno offerto nelle mie pause-studio. Sono ricordi che porterò con me per sempre.

Vorrei tanto che anche nonna Maria e nonno Piero fossero ancora qui per ringraziare tantissimo anche loro. Due esempi di bontà d'animo e forza che spero di poter rendere fieri. Grazie ovunque voi siate.

A mio fratello, Alessandro, dico grazie perché più di ogni altro, è riuscito a trasmettermi la sua leggerezza e l'ironia con cui cerca di colorare i malumori altrui- anche se con i suoi non ci riesce sempre benissimo. Grazie perché mi ha fatto fare una risata anche in momenti in cui mi sentivo spenta e grigia.

Un grazie speciale va a Lorena e alle nostre immancabili chiacchierate. Sei per me un'insostituibile confidente, ma soprattutto una sorella da sempre.

Non ci sono parole per dire quanto siano importanti Agnese ed Elena che per me sono due angeli custodi. Potremmo essere anche distanti ma ci accompagniamo nei rispettivi alti e bassi da moltissimi anni, con loro mi sento sempre a casa.

Ad Agnese un ulteriore grazie, perché senza di te, io non ci sarei e poi...dall'asilo in poi chi sarebbe stata la mia amica del cuore?

A questo punto, un enorme grazie a Lorenzo che mi ha vista sopraffatta dalle mie ansie e paure tante volte, eppure mai e poi mai ha dubitato di me. Vorrei potermi vedere attraverso i tuoi occhi. Un grazie è banale a te che sei leale, generoso, paziente e premuroso come nessuno.

Grazie anche a tutta la sua famiglia- che forse è diventata anche un po' la mia- per tutte le risate, i disagi e gli scambi di idee. Siete un arricchimento personale importante ed un esempio vitale.

Come dimenticarsi poi di Giulia, la mia coinquilina che mi ha travolta con le sue follie e la sua smisurata simpatia. Le sue paranoie e le successive esplosioni di gioia sono stati elementi fondamentali per il mio percorso universitario. È stato tutto troppo breve, ma abbastanza per portarti con me sempre.

Grazie poi ad amiche come Camilla che ha sempre un sorriso da regalarti e la sua generosità- e per fortuna, anche schiettezza- non ha limiti.

Grazie alle amiche ritrovate, come Teresa. Da quando le nostre strade si sono incontrate, mi sembra di avere più gioia attorno a me.

Grazie a chi aggiunge senza togliere, è un grande esempio di umanità.

