

## Come una pelle sottile: caos e confini in una paziente con disturbo borderline di personalità

### Thin skin: chaos and boundaries in a female patient with a borderline personality disorder

Sara Piscitelli\*

\*Psicologa, psicoterapeuta sistemico relazionale

Parole chiave: caos familiare, labilità dei confini, organizzazione borderline di personalità, mentalizzazione, relazione terapeutica

Keywords: family chaos, boundary lability, borderline personality organization, mentalization, therapeutic relationship

#### Riassunto

Il presente articolo descrive un processo terapeutico individuale di una giovane paziente con disturbo borderline di personalità.

Esso riassume il lavoro, tuttora in corso, con la paziente che, vivendo all'estero si rivolge ad un servizio di psicologia online con la domanda di essere sostenuta nella decisione di lasciare il partner.

Nel corso del processo terapeutico mi appare chiaro come le modalità di funzionamento cognitivo, affettivo e relazionale della paziente facciano pensare ad una confusione identitaria.

La confusione identitaria, la dirompente impulsività negli agiti accompagnata da una carenza nella capacità di pensare, la scarsa capacità di controllare l'angoscia, l'instabilità nelle relazioni affettive e nella percezione di sé sono solo alcuni tra gli elementi che emergono nella relazione con la paziente.

In un lavoro terapeutico dove spesso si ha la sensazione di trovarsi ad uno "stallo apparentemente irrecuperabile", la relazione terapeutica si configura come una "esperienza emotiva correttiva" (Lancini et al., 2020) nella quale il terapeuta cerca, attraverso il rispecchiamento emotivo, di dare ordine e senso alla confusione emotiva e psichica della paziente, di valorizzare i pochi momenti di insight, di riappropriarsi di aspetti di sé negati o proiettati, di rimanere un riferimento costante nonostante i suoi attacchi.

#### Abstract

This article represents a personal therapeutic process of a young patient affected by borderline personality disorder.

It synthesises the ongoing personal path of the patient who has been living abroad and thereafter has been starting to have online psychologist sessions to be supported with her decision to terminate the relationship with her partner.

The personal therapeutic process shows borderline personality organization (BPO) suffered by the patient.

In fact, this has been significantly observed taking into analysis the cognitive, affective, and relational functioning of the patient.

Furthermore, it can be the identity confusion, the disruptive impulsiveness in the actions connected with a lack in the ability to think, the poor ability to control anxiety, the instability in emotional relationships and self-perception are just some of the elements that emerge in the relationship with the patient.

In a therapeutic setting where the feeling of being at a "seemingly irrecoverable stalemate" is quite substantial, the therapeutic relationship would play a role as a "corrective emotional experience" (Lancini, M., Cirillo, L., Scodreggio, T., Zanella, T.; 2020).

Also, through some emotional reflections my professional endeavour strives to provide order and meaning to the emotional and psychic confusion of the patient.

Lastly, my professional role can promote a positive scenario in order to value the few moments of insight, to regain possession of denied or projected aspects of herself, to remain a constant and solid reference despite her attacks.

## Introduzione

La valutazione dell'organizzazione di personalità, in età giovanile, richiede particolari cautele ed accorgimenti poiché fluidità, crisi, instabilità potrebbero essere correlati ad aspetti fisiologici di una fase evolutiva specifica: l'adolescenza.

Tutti gli adolescenti, difatti, seppure a livelli differenti, possono presentare un certo grado di diffusione dell'identità, difese primitive, scarsa tolleranza all'angoscia, fluttuazioni del tono dell'umore (M. Lancini, L. Cirillo, T. Scodreggio, T. Zanelli; 2020). Tuttavia la pervasività e l'intensità dei sintomi presentati dalla giovane paziente di cui scrivo qui mi hanno spinto a ricondurli, più che ad una crisi adolescenziale, ad uno stile di personalità borderline.

Conosco Anita in un momento per lei di "crisi", quando la giovane utilizza la minaccia del suicidio per allontanare la sua ex-fidanzata, perché ha maturato la convinzione che quella relazione la danneggia e poiché si scopre innamorata di un ragazzo, che ha da poco cominciato a frequentare. Nei primissimi incontri dirà di trovarsi in questa condizione per "non essere in grado di mettere dei confini" tra sé e l'altro, consentendo all'altro di intromettersi nella sua vita al punto da farla sentire "asfissata", questa è la ragione per la quale decide di lasciare la ex - fidanzata.

Il "mettere confini" sarà il filo conduttore, il più delle volte invisibile, dei nostri incontri, caratterizzati da caos, acting rabbiosi e brevi momenti di lucidità. Per Anita il "mettere dei confini" significa operare un taglio, senza possibilità di mentalizzazione rispetto a quanto sta vivendo. Il confine Anita lo agisce, si convince che la precedente relazione è completamente sbagliata, mentre la relazione successiva potrebbe salvarla, è "quella giusta".

Per il terapeuta "il mettere confine" significa aiutare Anita nei processi di autoriflessione e mentalizzazione, riconoscere il suo contributo nelle relazioni, avere una visione di sé e degli altri più integrata. Il confine ha le sembianze di un sottile strato di pelle che separa sé dall'altro, che permette al Sé di riconoscersi, di essere protetto da agenti esterni pur rimanendo permeabile ad essi.

### Descrizione del caso

Anita è una giovane ventiduenne, che seguo da circa nove mesi in un setting di psicoterapia individuale online, a cadenza settimanale.

Fin dall'inizio i colloqui con Anita sono molto complicati: in alcune sedute appare più lucida e riesce a fornire dei racconti chiari e coerenti, ma per la maggior parte del tempo Anita è confusa, passa da un argomento ad un altro, fatico a seguirla e capire cosa voglia dire, piange, mostra un riso incongruo che usa per dire anche cose drammatiche.

Anita vive all'estero da circa un anno, ma è originaria di un piccolo paesino del sud Italia. Primogenita di due figli, ha un fratello minore di 11 anni, la madre è un'operatrice sanitaria, il padre disoccupato. Rispetto all'incontro tra i genitori, Anita ricorda che il padre conduceva una vita vagabonda, viveva in auto e fu la madre, di origine benestante, a portarlo in casa e successivamente a sposarlo.

Anita racconta di frequenti liti tra i genitori, in realtà era il padre ad essere molto aggressivo verbalmente verso la madre, che subiva piangendo. Anita, per evitare che la madre subisse gli attacchi improvvisi del padre, cominciò ella stessa a provocarlo in modo che costui potesse prendersela con lei; al punto che i litigi, divenuti fortissimi, la spinsero, ancora diciassettenne, a trasferirsi dalla nonna materna. L'anno successivo i genitori si separarono legalmente ed anche il fratello e la madre andarono a vivere dalla nonna materna. Successivamente, Anita racconterà che il padre ha avuto bisogno di cure psichiatriche, che fu ricoverato quando lei era ancora una bambina e che fu costretta a far visita al padre, sentendosi in colpa per non provare grande interesse per lui.

La presenza di familiari con problemi psichiatrici è la cosa che più allarma Anita, la quale riesce a verbalizzare che teme di essere come il padre oppure come la zia materna, che sembra soffrisse di depressione. Riferisce infatti che alcuni suoi modi di fare la spaventano, come il "farsi sempre molte paranoie", "impiegare ore a prepararsi" o essere definita "strana" dai colleghi di lavoro.

Nell'unico incontro che ho potuto avere con la famiglia, colgo aspetti di caoticità e disorganizzazione. I genitori sono ritornati a stare insieme. Il padre argomenta confusamente il suo affetto per la figlia, fornendo un contatto fisico da lei non voluto, che appare quindi, imbarazzata. La madre distaccata, controllata, contraddittoria, afferma che "non ci sono particolari ragioni al malessere della figlia"; solo quando per un momento il marito si allontana, lascia intendere che è una persona molto problematica, ma poi si ritrae. Anita ha uno sguardo fisso verso la madre alla ricerca di un segnale di rassicurazione sulla sua idea di essere una "persona strana", segnali che la madre non coglie, rimandando con superficialità "che lei è così, non strana" ma senza fornire alcuna definizione positiva della figlia. Solo su mio invito a fornirmi qualche ricordo di Anita bambina, emerge un'idea di bimba solare, allegra e di momenti di complicità tra loro. Lo sguardo di Anita si illumina.

Dai racconti di Anita apprendo un modo ambivalente di stare nelle relazioni, che la porta ad avere un forte bisogno dell'altro ma al contempo a negare questa dipendenza, ad esserne spaventata e quindi ad interrompere le relazioni.

Anche la sua emotività si presenta imprevedibile, mutevole, instabile: Anita appare in alcuni momenti euforica, in ansia, irritata e arrabbiata, in altri momenti molto triste e angosciata.

Nei primissimi incontri, mi riporta di non riuscire ad alzarsi dal letto, di trascorrere le giornate a piangere, riferisce spesso di voler smettere di farsi certe paranoie. Propongo ad Anita una consulenza psichiatrica visti i sintomi riportati e le difficoltà a sostenere il colloquio. Anita fortunatamente accetta, comincia congiuntamente al percorso psicoterapico una terapia farmacologica con antidepressivi.

Il funzionamento ambivalente di Anita mi è chiaro quando parla delle sue relazioni affettive, passando da una relazione ad un'altra; ogni legame è dapprima intenso e totalizzante, poi "asfissiante" e spinge Anita ad attuare manovre che pongono fine ad esso, non prima però di aver trovato un altro punto di appoggio relazionale.

Anita, infatti, dapprima si fida con Francesca; durante questa relazione tradisce la fidanzata con un ragazzo, le due si lasciano, poi ritornano insieme ma la fidanzata diventa molto controllante verso di lei, per cui Anita decide di partire per l'Australia dove vivrà per un paio di anni. Durante questo lungo soggiorno Anita conosce un nuovo ragazzo, Philip. Tuttavia, quando quest'ultimo le propone di sposarlo, Anita decide di ritornare in Italia per fidanzarsi nuovamente con Francesca, la ragazza di sempre. Al momento dei nostri primi colloqui Anita sta lasciando Francesca per un altro ragazzo, Mattia, che frequenta da poco. Anche verso di lui, però, nutre tanti dubbi, sente di non potersi fidare, pensa che possa abbandonarla e che flirta con una sua collega.

Nella relazione terapeutica con Anita avverto sentimenti di ambivalenza nei miei riguardi, un'alternanza di idealizzazione e sfiducia. Durante uno dei nostri incontri la paziente appare fortemente angosciata, arrabbiata, aggressiva. L'oggetto della rabbia è il malessere nel contesto lavorativo (contesto che però all'inizio idealizzava); tuttavia, tutti i miei tentativi di supportarla, di cercare piccole soluzioni (come rapportarsi con alcuni colleghi e non altri, come gestire il tempo libero) risultano fallimentari, Anita è sfidante nei miei confronti, al punto da ipotizzare di non essere in grado di aiutarla.

Sento tutta la sua angoscia, cerco di capire se ha la sensazione di non trovarsi bene con me, ma lei ribatte di no. Mi accorgo solo post seduta del mio atteggiamento difensivo alla sua angoscia, tant'è che in uno scambio di messaggi successivi nei quali le chiedo di spostare l'appuntamento mi domanda se per caso "non volessi più essere la sua psicologa", le rispondo rassicurandola e nel colloquio successivo Anita è più presente, anche se leggermente giù di tono, e riusciamo a toccare temi come la sua ideazione suicidaria e la sua famiglia senza che questo la faccia sentire fortemente angosciata.

Anita riesce a parlare di come sia difficile per lei integrare aspetti opposti di sé, riconosce di provare cose contrapposte nell'arco di poco tempo, ora struggendosi per fare una certa cosa, qualche ora dopo, dimenticandosene; questo le accade anche per le emozioni, passando da momenti nei quali è arrabbiata, si sente inutile verso la vita e triste, ad altri nei quali si mostra sorridente e propositiva.

Nel corso dei nostri incontri accadono due cose importanti: la prima, Anita con grande fatica, mi riferisce di aver appreso dallo psichiatra che io la ritenessi una paziente con disturbo borderline. Ritengo importante questa rivelazione, al fine di poterne parlare e consolidare il nostro rapporto di fiducia.

Di seguito a questa rivelazione Anita confessa di fare abuso di cannabis, ne fa un uso spropositato sin dalla adolescenza, se ne serve per rilassarsi, per anestetizzarsi.

In questa seconda rivelazione ravvedo un aspetto impulsivo di Anita che poi colgo anche nella condotta sessuale. Anita difatti, nel corso dei colloqui, parla di un'attività sessuale intensa, talvolta estrema, che solo nel corso nei nostri ultimi incontri riesco ad affrontare aiutando Anita a riconoscere l'aspetto dannoso per se stessa.

Preoccupata del mix psicofarmaci e cannabis, mi consulto con lo psichiatra, rimandando ad Anita le conseguenze sul sintomo da lei lamentato e cioè la tendenza "a farsi delle paranoie"; sembra essere questo l'unico aggancio con lei perché sia più collaborativa. A seguito di ciò, Anita comincia a ridurre l'uso di cannabis; attualmente non ne fa più uso.

Altro tema che provo ad affrontare con lei nei momenti di tranquillità è la sua ideazione suicidaria. La minaccia suicidaria compiuta all'inizio dei nostri incontri viene minimizzata da Anita, ma dai suoi racconti apprendo che, quindicenne, ha tentato il suicidio tagliandosi le vene nella vasca da bagno. In quell'occasione la preoccupazione dei genitori fu rivolta principalmente alle ferite che si era procurata la figlia. Nel corso dei colloqui Anita farà riferimento più volte ad una ideazione suicidaria, che prima condivide e poi ritratta. Le occasioni nelle quali fa riferimento all'idea di suicidio sono colloqui durante i quali Anita è angosciata, contatta la sua tristezza e sembra esserne sopraffatta.

## Conclusioni

Una parte della letteratura scientifica sulla eziopatogenesi dei disturbi borderline di personalità sottolineano la sua eziologia multifattoriale. Zanarini e Frankenburg (1997) postulano tre fattori principali. Il primo, è un ambiente familiare traumatico e caotico, che determina separazioni precoci, disaccordo emozionale, comportamenti di rifiuto e trascuratezza nei confronti del bambino, insensibilità rispetto i suoi sentimenti e bisogni, e traumi di diversa entità. Il secondo è un temperamento costituzionalmente vulnerabile. Il terzo fattore è correlato ad eventi scatenanti, come il tentativo di stabilire una relazione intima, il fatto di andare a vivere da soli, abusi sessuali o altre esperienze traumatiche, ognuno dei quali può agire da catalizzatore attivando la sintomatologia della condizione borderline (Gabbard, 2007).

Secondo una prospettiva sistemica, la psicopatologia è definita un problema relazionale dove il comportamento sintomatico individuale viene inserito in una struttura interattiva disfunzionale ed è lì che acquista significato.

Indipendentemente dall'origine dei sintomi, la risposta familiare alle difficoltà individuali sarà decisiva, data la natura circolare della causalità. I sistemi familiari disfunzionali tendono a mantenere o a rinforzare i sintomi (Walsh, 1991).

Pertanto nella formulazione di una diagnosi familiare andrebbero prese in considerazione sia la patologia dei genitori, sia gli stili relazionali dell'intera famiglia, sia le valutazioni del figlio al di fuori della famiglia in una prospettiva non unidirezionale ma di reciprocità degli effetti all'interno del sistema stesso (Walsh, 1991).

Adottando una prospettiva sistemica, anche i sintomi di Anita ed il lavoro terapeutico assumono nuovi significati.

Secondo Minuchin (1991) un buon funzionamento familiare necessita dell'uso differenziato e definito dell'autorità da parte del sottosistema genitoriale, di confini chiari e stabili e di flessibilità.

Il sistema familiare della paziente è invece caratterizzato da caos e disorganizzazione. I confini relazionali tra il sottosistema genitoriale e quello dei figli appaiono diffusi: difatti, è la primogenita Anita ad assumere un ruolo protettivo e genitoriale verso la madre e verso il fratello minore, a scapito del riconoscimento del suo status di figlia e dei suoi bisogni emotivi. Anche durante l'incontro con la famiglia nessuno dei genitori esprime preoccupazione per le difficoltà emotive di Anita. Le risposte aggressive di Anita, le fughe e i comportamenti autolesionistici potrebbero costituire un tentativo di riposizionarsi nel ruolo di figlia, di essere vista nei suoi bisogni emotivi.

Sembrerebbe che Anita non abbia mai potuto contare su una figura di riferimento affettiva che avesse i criteri di univocità e chiarezza. Ella riedita questa inconsistenza nel legame in tutte le relazioni, mettendo l'interlocutore in una posizione non univoca, ambigua e contraddittoria. In questa posizione viene posto anche il terapeuta, quando da un lato ella mi domanda cosa ho capito di lei, dall'altro ogni mia riformulazione non è adeguata e non la soddisfa.

Infine, Anita sembra presentare una scarsa differenziazione del Sé e impiegare gran parte delle sue energie per mantenere il sistema di relazioni intorno a sé (amare o essere amati) o a reagire contro la sensazione di aver fallito nel tentativo di ricevere amore (Bowen, 1979).

La paziente esprime il bisogno di maggiore differenziazione e di confini tra Sé e l'altro utilizzando l'espressione "costruire un sottile strato di pelle attorno a sé". Uno strato che le permetterebbe, come ella dice, "di stare in una relazione senza perdersi".

Altrettanto articolati e variegati sono gli approcci teorici e psicoterapeutici adottati: dalla terapia dialettico-comportamentale della Linehan (2021), al trattamento basato sulla mentalizzazione (Bateman, Fonagy; 2019), alla Psicoterapia basata sul transfert di Kernberg (1993). La comunità scientifica si sta muovendo da qualche anno verso il tentativo di individuare quali potrebbero essere gli aspetti che accomunano questi modelli e che rappresenterebbero dunque gli elementi chiave nel determinare l'efficacia nel trattamento del Disturbo Borderline di Personalità. Sembra ormai esserci un certo accordo, condiviso anche dalle linee guida inglesi del National Institute for Clinical Excellence (2013).

Secondo Fonagy e Bateman (2019) la mentalizzazione è la capacità di comprendere le azioni proprie ed altrui in termini di pensieri, sentimenti, speranze, desideri. È la capacità di vedere il proprio comportamento come organizzato in modo coerente dagli stati mentali, e di differenziare

psicologicamente se stessi dagli altri. La mentalizzazione porta ad un senso di coerenza del Sé.

Nel lavoro terapeutico con Anita alterno momenti supportivi, durante i quali provo a dare organizzazione e ordine ai suoi pensieri e racconti, che si perdono in dettagli; a momenti riflessivi, durante i quali provo a mostrarle una visione più complessa e integrata dei suoi comportamenti, restituendole un senso di reciprocità delle azioni, che tuttavia non sempre ella accetta; il più delle volte empatizzo con le sofferenze che derivano dalle sue difficoltà interpersonali; talvolta stabilisco con lei degli accordi fondamentali per proseguire nel nostro lavoro (es. riduzione di cannabis, cura farmacologica). In maniera costante nel nostro percorso provo ad essere il suo contenitore emotivo, in attesa di, come riferisce la mia paziente, riuscire a sentirsi protetta da una “pelle sottile senza paura di scappare o rischio di perdersi”.

### Commenti

La parola Càos, “aperto, spalancato”, nasce nelle antiche cosmologie greche nelle quali indica l’insieme disordinato di elementi che preesiste all’universo ordinato: una lacuna nella continuità delle cose (Diz.Treccani).

Caos e incertezza accompagnano il più delle volte gli incontri con Anita. La supervisione clinica, che si è resa necessaria nell’incontrare questa paziente, è stata per me una bussola nell’orientare i miei interventi, nel cogliere i miei errori.

La mia preoccupazione, portata in supervisione, riguardava oltre la complessità del caso e i possibili acting della paziente, la totale mancanza di una rete sociale di supporto attorno a lei. Da terapeuta sistemico relazionale, mi sono interrogata su come il trovarsi in un luogo, per lingua, per cultura e sistema valoriale tanto diverso dal nostro potesse rappresentare un ulteriore svantaggio per la giovane. Allo stesso modo, cerco costantemente di intravederne le risorse, non operando la stessa scissione della paziente. Ad oggi, Anita può, pian piano, tollerare una parte del suo coinvolgimento negli scambi interpersonali, ammettendo, ad esempio, di agire il bisogno espresso dall’altro aprendo la riflessione su quanto ella sia parte attiva nei rapporti e non sempre vittima dei comportamenti altrui.

### Bibliografia

- [1] Bateman, A., Fonagy, P. (2019). *Mentalizzazione e disturbi di personalità*, Raffaello Cortina, Milano.
- [2] Bowen, M. (1979). *Dalla famiglia all’individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*. Astrolabio, Roma.
- [3] Càos, Dizionario Treccani, <https://www.treccani.it/vocabolario/caos/>
- [4] Gabbard, O.G. (2007). *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina, Milano.
- [5] Lancini, M., Cirillo, L., Scodreggio, T., Zanella, T. (2020). *L’adolescente. Psicopatologia e psicoterapia evolutiva*. Raffaello Cortina, Milano
- [6] Linee di indirizzo per il trattamento dei disturbi gravi di personalità, (2013). *Servizio salute mentale dipendenze patologiche salute nelle carceri Emilia Romagna*

- [7] Linehan, M. (2021). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello DBT*. Raffaello Cortina, Milano
- [8] Kernberg, O. (1993). *Aggressività, disturbi di personalità e perversioni*, Raffaello Cortina, Milano.
- [9] Walsh, F. (1991), *Stili di funzionamento familiare. Come le famiglie affrontano gli eventi della vita*. Franco Angeli, Milano.
- [10] Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R. (1997), “Pathways to the development of borderline personality disorder”. In *Journal of personal disorders*, 11, pp 93-104.