

## **L'organizzazione di personalità borderline in età adulta e in adolescenza**

*Alessandra Mura*<sup>32</sup>

### **Abstract**

Intorno alla metà degli anni '50 si propose la definizione di stati borderline per classificare alcune manifestazioni cliniche per le quali risultavano inadeguati i modelli esplicativi delle nevrosi e delle psicosi.

Particolare rilievo ha avuto nella comprensione di tali stati l'approccio strutturale di O. Kernberg, il quale ha proposto la definizione di organizzazione borderline di personalità, per delineare un tipico funzionamento patologico stabile, sottostante ad una serie di sindromi psicopatologiche accomunate da una costante e specifica patologia strutturale dell'Io, fondata sul meccanismo della scissione. Recentemente si è sviluppata anche la teorizzazione relativa al disturbo borderline in adolescenza, la cui diagnosi è complicata dalla scarsa strutturazione dell'identità e della sintomatologia che risentono dei mutamenti peculiari della fase adolescenziale.

Parole chiave: organizzazione di personalità borderline, deficit strutturali, scissione

## **Borderline organization of personality in adulthood and adolescence**

### **Abstract**

About the middle of the 1950 it was proposed the definition of borderline disorder to classify some of the clinical manifestations that they are not explained by neurosis and psychosis theory. The structural approach of Otto Kernberg has been particular relief to understand the borderline disorder. O. Kernberg has been suggested the borderline organization of personality, to outline a typical permanent pathological functioning underlying string of psychopathologic syndromes associated by a standard and specific structural pathology of Ego that it is based on mechanism of split. Recently there is a build-up the theory about adolescence disorders, where its diagnosis is complicated by lack structural identity and about symptoms that they show the effects of typical change of adolescence.

Keywords: borderline organization of personality, structural pathology of Ego, split

---

<sup>32</sup> Alessandra Mura, Psicoterapeuta.

## **L'organizzazione di personalità borderline**

Verso la metà del ventesimo secolo si mostrarono all'osservazione psicologica particolari organizzazioni di personalità, per le quali il modello esplicativo della nevrosi e delle psicosi risultava inadeguato. I pazienti con tale organizzazione, infatti, presentavano una sintomatologia caotica per la quale non poteva essere formulata la diagnosi di psicosi, giacché mancavano allucinazioni e deliri e, al contempo, erano assenti anche i segni caratteristici della nevrosi. Fu formulata allora la categoria diagnostica della "schizofrenia pseudonevrotica" per riferirsi a quel gruppo di pazienti che si situavano al limite fra nevrosi e psicosi. Negli anni Cinquanta Knight (1953) pubblicò un saggio sugli "stati borderline", in cui tracciò un profilo più chiaro di tali pazienti, evidenziando i deficit nel funzionamento dell'Io. Successivamente Grinker e collaboratori (1968) condussero una ricerca che evidenziò con maggiore precisione le caratteristiche della sindrome borderline, distinguendola dalla schizofrenia e individuando il continuum psicosi-nevrosi lungo il quale si situavano alcuni pazienti. La definizione di sindrome borderline fu sottoposta a verifiche empiriche che, grazie agli apporti della clinica e della riflessione teorica, favorirono la diffusione e l'accettazione del concetto. Fondamentali sono stati i contributi di Gunderson e collaboratori, impegnati nella identificazione di criteri diagnostici

descrittivi e di Kernberg che, conciliando gli apporti della Psicologia dell'Io e della Teoria delle Relazioni Oggettuali, ha proposto una interpretazione psicoanalitica della sindrome borderline, giungendo ad identificare una organizzazione di personalità borderline.

Essa, come vedremo nel dettaglio, si caratterizza, secondo l'autore, per una tipica debolezza dell'Io, il ricorso a meccanismi difensivi primitivi, disturbi nelle relazioni oggettuali ed un esame di realtà prevalentemente ben conservato (McWilliams, 1994, pp. 69-70; Gabbard, 1994, pp. 421-423).

Il lavoro di Gunderson e collaboratori ha consentito di rendere il termine borderline meno vago e confuso, evitando che fosse utilizzato per descrivere i cosiddetti "pazienti difficili" non agevolmente diagnosticabili con le categorie a disposizione. Tale approccio però, secondo Kernberg e colleghi (1989, p. 20), sebbene utile ai fini della ricerca, ha fornito un contributo poco rilevante per le esigenze della clinica, in particolare per quel che concerne l'eziologia, il trattamento e la prognosi.

### **Caratteristiche del disturbo borderline di personalità**

Il DSM IV, che rappresenta l'approccio descrittivo alla psicopatologia, considera caratteristiche del disturbo borderline un'instabilità pervasiva delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività. Secondo il manuale gli individui affetti da tale disturbo temono profondamente l'abbandono e la perdita e si adoperano affannosamente per evitarli. Tali eventi, infatti, possono provocare gravi perturbazioni dell'immagine di sé, dell'umore, della cognitività e del comportamento. Le separazioni reali, anche se di breve durata, possono suscitare una intensa rabbia e profondi timori e possono essere interpretate come conseguenza della loro "cattiveria". Non tollerano lo stare da soli e possono attuare condotte impulsive come, per esempio, automutilazioni o comportamenti suicidari. Le relazioni interpersonali sono caratterizzate da una profonda instabilità, dal passaggio, talvolta

repentino, dall'idealizzazione alla svalutazione dell'altro e dalla sensazione che l'altro non si curi di loro in modo adeguato o sufficiente. L'empatia e la sollecitudine verso le altre persone possono essere presenti, ma non disinteressate, perché subordinate all'attesa di riceverle in cambio all'occorrenza.

Le persone con disturbo borderline di personalità tendono a mutare improvvisamente la concezione degli altri, considerandoli come sostegni benefici o come crudeli sanzionatori.

L'identità di tali pazienti è spesso caratterizzata da una persistente e marcata instabilità, tanto che possono verificarsi repentini e gravi mutamenti dell'immagine di sé, accompagnati da variazioni degli obiettivi, aspirazioni, identità sessuale, valori ecc. L'assenza di una importante relazione di accudimento può modificare la percezione di sé come cattivi nella sensazione di non esistere affatto.

Gli individui affetti da disturbo borderline possono presentare comportamenti impulsivi e potenzialmente nocivi per sé, come giocare d'azzardo, spendere, guidare in modo spericolato, attuare condotte automutilanti o manifestare intenti suicidari che spesso rappresentano il motivo della richiesta d'aiuto.

Sovente tali comportamenti sono innescati dalla minaccia di abbandono o di separazione. L'instabilità dell'umore che li caratterizza può esitare in una profonda volubilità affettiva come, ad esempio, grave disforia, irritabilità o ansia occasionale, ai quali possono alternarsi vissuti di rabbia intensa, incontrollabile e inappropriata, come reazione a relazioni interpersonali insoddisfacenti rispetto al loro bisogno di attenzione o timore del rifiuto. Episodi di abbandono reale o immaginario possono suscitare, in concomitanza di periodi di stress intenso, ideazione paranoide o sintomi dissociativi transitori, la cui remissione può dipendere dal ritorno, reale o percepito, della figura di accudimento. Lo stress intenso può determinare lo sviluppo di sintomi simil-psicotici, come allucinazioni, distorsioni dell'immagine corporea, idee di riferimento, ecc. (AA.VV., 1983, pp. 710-711).

L'approccio strutturale di Kernberg, al contrario è indubbiamente meno rigoroso di quello descrittivo, ma meglio rispondente alle necessità della pratica clinica (Kernberg et al. 1989, pp. 20-21).

L'autore, come abbiamo anticipato, propone il concetto di organizzazione borderline della personalità, all'interno del quale sono comprese una serie di sindromi psicopatologiche, accomunate da una stabile e specifica patologia strutturale dell'Io. Tale stabilità giustifica, secondo Kernberg, la preferenza per la denominazione "organizzazione di personalità borderline", rispetto al termine "stato al limite", giacché si fa riferimento ad una condizione patologica stabile della personalità e non ad uno stato transitorio e variabile.

L'autore ritiene che la denominazione di organizzazione borderline implichi la cronicità di una condizione, le cui caratteristiche distintive sono rappresentate da una tipica sintomatologia, dal ricorso a specifici meccanismi di difesa primitivi, dalla peculiare patologia delle relazioni oggettuali interiorizzate e da tipici tratti genetico-dinamici. In particolare, Kernberg sostiene che:

Dal punto di vista clinico, quando parliamo di pazienti con organizzazione della personalità caso al limite ci riferiamo a soggetti che presentano gravi difficoltà nei loro rapporti interpersonali e qualche alterazione della loro esperienza della realtà, pur conservando essenzialmente intatto l'esame di realtà (1975, p. 172).

Dal punto di vista descrittivo alcuni sintomi, pur non essendo singolarmente patognomonic, se presenti in modo combinato devono essere considerati prove presuntive di una sottostante organizzazione borderline, la cui diagnosi, tuttavia, è subordinata all'individuazione di una specifica patologia dell'Io (Kernberg, 1975, pp. 27-29; 1984, p. 23).

Una angoscia cronica e diffusa sembra essere una caratteristica costante dei pazienti con organizzazione borderline. Essi presentano sovente una sintomatologia nevrotica complessa ed eterogenea, che comprende fobie multiple, riferite in particolare al proprio corpo e al proprio aspetto, sintomi ossessivo-compulsivi, che la

razionalizzazione rende egosintonici, e di conversione, reazioni dissociative, ipocondria, tendenze paranoide e severe inibizioni sociali. La presenza di tendenze sessuali perverse polimorfe, in particolare se associate a una notevole instabilità delle relazioni oggettuali, deve orientare verso una diagnosi di organizzazione borderline (Kernberg, 1984, pp. 23-24; 1975, pp. 32-36).

Altre prove presuntive di una sottostante organizzazione al limite sono rappresentate dalle strutture classiche della personalità pre-psicotica, ovvero la personalità paranoide, schizoide e ipomaniacale, nonché i disturbi del carattere di livello inferiore, come le personalità infantili e narcisistiche.

Dal punto di vista strutturale Kernberg (1975, pp. 46-64; 1984, pp. 25-37; Kernberg et al., 1989, pp. 21-22) individua quattro criteri su cui fondare la diagnosi di organizzazione borderline di personalità: debolezza non specifica dell'Io, spostamento verso forme di pensiero del processo primario, ricorso a meccanismi di difesa primitivi e relazioni oggettuali interiorizzate patologiche.

La debolezza dell'Io si manifesta con l'incapacità di controllare l'angoscia, il cui aumento provoca lo sviluppo di ulteriori forme sintomatologiche o regressioni dell'Io, e di posticipare la scarica pulsionale, generata da un incremento dell'angoscia e finalizzata alla eliminazione della tensione intrapsichica. Anche un'insufficiente capacità di sublimazione, che si manifesta con la mancanza di realizzazione creativa, rappresenta una espressione di debolezza dell'Io.

La regressione verso forme di pensiero tipiche del processo primario, individuabile attraverso la somministrazione di test proiettivi, costituisce l'indice strutturale più attendibile dal punto di vista diagnostico. L'esame clinico dei pazienti che funzionano a livello borderline, infatti, raramente evidenzia un disturbo formale del pensiero.

Il ricorso a meccanismi difensivi primitivi, fondati principalmente sulla scissione, protegge gli individui con una organizzazione borderline dal conflitto, attraverso "esperienze contraddittorie e dissociate del sé e delle altre persone significative".

In condizioni patologiche, le introiezioni e le identificazioni di natura conflittuale, che possiedono in altre parole un'origine libidica o aggressiva, vengono tenute

separate grazie alla scissione, in modo da proteggere quelle positive e impedire la diffusione dell'angoscia (Kernberg et al., 1989, p. 21; Kernberg, 1975, pp. 49-51). Come vedremo più in dettaglio, tale dinamica compromette il processo di integrazione ed è alla base della dispersione dell'identità e della debolezza dell'Io, che caratterizza l'organizzazione borderline di personalità.

Tra i fattori responsabili della patologica carenza di integrazione Kernberg (1975, p. 52) annovera la costituzionale intolleranza all'angoscia, che "ostacola la fase di sintesi delle introiezioni di natura opposta", e l'intensità della aggressività che deriva da gravi frustrazioni subite nell'infanzia. La scissione risale al periodo preverbale, precedente il raggiungimento della costanza oggettuale, che rende possibili sperimentare l'ambivalenza verso l'oggetto costante (McWilliams, 1994, pp. 133-134).

Dal punto di vista clinico la scissione si manifesta con la divisione degli oggetti dell'ambiente in "tutti buoni" o "tutti cattivi" e con la possibilità di oscillazione di un oggetto da un estremo all'altro. Lo stesso meccanismo può interessare le rappresentazioni contraddittorie del Sé. Altra espressione clinica della scissione è l'attuazione di comportamenti e atteggiamenti contraddittori, verso i quali il paziente non manifesta preoccupazione.

Altri meccanismi difensivi primitivi sono associati alla scissione nell'organizzazione borderline di personalità.

L'identificazione proiettiva rappresenta una forma primitiva di proiezione che si basa sulla scissione giacché le rappresentazioni di sé e degli oggetti sono scisse e proiettate negli altri, allo scopo di indurre in essi comportamenti che confermano la proiezione e di esercitare il controllo, mantenendo comunque un legame con ciò che è stato proiettato. Come afferma Ogden:

Nell'identificazione proiettiva il paziente non si limita a vedere il terapeuta in un'ottica distorta, determinata dalle proprie passate relazioni oggettuali; in aggiunta il terapeuta è anche fatto oggetto di pressioni intese a fargli sperimentare se stesso come vuole la fantasie inconscia del paziente (1982, p. 18).

Altro meccanismo difensivo è il diniego che, sulla base della scissione, provoca la “negazione reciproca di due aree della coscienza emotivamente indipendenti” (Kernberg, 1984, p. 30). Il paziente è consapevole che la percezione che ha di sé o degli altri in alcuni casi è diametralmente opposta a quella sperimentata in altre circostanze, ma ciò è emotivamente irrilevante e ininfluente.

Il diniego può investire anche aspetti importanti della vita del soggetto, verso i quali egli non mostra alcun interesse o preoccupazione.

Le relazioni oggettuali interiorizzate risentono notevolmente degli effetti della scissione che compromette la capacità di percepire gli altri in modo integrato e costante, mentre prevalgono le rappresentazioni scisse secondo qualità totalmente buone o cattive (Gabbard, 1994, p. 425). Nell'organizzazione borderline le rappresentazioni scisse dell'Io contengono

una certa immagine primitiva dell'oggetto, connessa con un'immagine complementare del Sé e con una certa disposizione affettiva che è stata attiva nell'epoca in cui si verificò quella particolare interiorizzazione. Contrariamente a quanto avviene per le psicosi, nel caso dell'organizzazione della personalità caso al limite la differenziazione fra immagini del Sé e dell'oggetto si è prodotta in misura sufficiente a consentire una differenziazione relativamente buona fra rappresentazioni del Sé e dell'oggetto e una concomitante integrità dei confini dell'Io in quasi tutte le aree (Kernberg, 1975, p. 58).

La valutazione realistica ed empatica degli altri è perciò molto carente e la percezione delle persone, soprattutto nelle relazioni a lungo termine, appare spesso deformata. Le relazioni sono superficiali e quelle più intime sono alterate, come vedremo, dalla predominanza di conflitti genitali e pregenitali.

Nella relazione terapeutica ciò può palesarsi in una distorsione della relazione medesima all'interno di un esame di realtà integro (Kernberg, 1984, pp. 27-28).

La patologia delle relazioni oggettuali si esprime nello specifico nell'incapacità di integrare le introiezioni e le identificazioni buone e cattive. Ciò si ripercuote

negativamente sulla capacità dell'Io di differenziare e modulare le reazioni affettive, causando il persistere di reazioni affettive primitive.

La mancata integrazione di derivati pulsionali libidici e aggressivi dà origine ad una emotività superficiale, rigida e primitiva, la quale è alla base della incapacità di sperimentare interesse e sollecitudine per gli altri. Particolarmente intensa è la tendenza a sfruttare gli altri senza scrupoli e a manipolarli allo scopo di esercitare un controllo, come difesa da immagini aggressive proiettate del Sé e degli oggetti, da cui originano timori paranoidei. Qualora il bisogno di manipolare fallisca, tali individui tendono al ritiro dalla relazione e alla fuga nella fantasia. Altro peculiare tratto caratterologico è il narcisismo di fondo, che deriva dalla identificazione con le immagini totalmente buone del Sé e degli oggetti, le quali vengono usate in modo difensivo rispetto alla controparte "cattiva", interna ed esterna. Il narcisismo è molto spesso celato da un superficiale sentimento di inferiorità e di insicurezza.

La persistenza di introiezioni e identificazioni scisse determina anche la caratteristica "come se", da cui deriva la possibilità di adattarsi alla realtà in modo camaleontico e superficiale, attraverso cui, come afferma Kernberg (1975, p. 63), "quel che essi fingono di essere è in realtà il guscio vuoto di quel che, in altre circostanze, sono costretti ad essere in modo più primitivo". Ciò disorienta gli stessi pazienti ed è una manifestazione della sindrome della dispersione dell'identità, che affligge gli individui con organizzazione di personalità borderline.

Tale sindrome consiste nella mancanza di un concetto integrato e stabile del Sé e degli oggetti in relazione al Sé ed è un effetto della scissione che compromette il processo di integrazione, su cui si basa la stabilità dell'identità (Kernberg, 1975, pp. 58-64).

La dispersione dell'identità si esprime attraverso l'esperienza di un cronico senso di vuoto, la discontinuità e l'incoerenza del comportamento e delle percezioni di sé e degli altri.

Durante l'esame clinico, pazienti con organizzazione borderline sono incapaci di fornire descrizioni coerenti e costanti di sé e degli altri e delle proprie relazioni interpersonali. (Kernberg, 1984, p. 25; McWilliams, 1994, p. 81).

Un'altra conseguenza della mancanza di sintesi tra le rappresentazioni di segno opposto è la carente strutturazione del Super-Io. Accade, infatti, che i precursori primitivi del Super-Io di tipo sadico vengano riproiettati all'esterno perché intollerabili, mentre quelli positivi determinano lo sviluppo di ideali di potere, di grandezza e perfezione irrealistici.

In altre parole, le parti costitutive dell'ideale dell'Io in questi casi ostacolano anch'esse l'integrazione del Super-Io [...] A causa di questo ostacolo all'integrazione del Super-Io si verifica una proiezione costante degli aspetti esigenti e repressivi delle componenti del Super-Io (Kernberg, 1975, p. 60).

L'impossibilità di pervenire a una sufficiente integrazione del Super-Io ostacola l'interiorizzazione profonda delle richieste della realtà, soprattutto di quella sociale.

Secondo Erikson (cit. da Kernberg, 2004, pp. 62-63), tali pazienti sono incapaci di conservare convinzioni e comportamenti costanti e di raggiungere obiettivi sociali e affettivi, come la scelta professionale e dei valori o la definizione di sé all'interno di un gruppo. Hanno difficoltà ad assolvere gli impegni lavorativi, la vita sociale è spesso impoverita a causa dei problemi relazionali e possono sperimentare un senso di isolamento e di vuoto.

I pazienti con organizzazione borderline di personalità manifestano disturbi comportamentali preoccupanti. Possono, infatti, attuare condotte suicidarie o parasuicidarie, manifestare serie compromissioni del comportamento alimentare, sviluppare atteggiamenti antisociali, dipendenza alcolica e tossicomania (Clarkin, Yeomans e Kernberg, 1999, p. 8).

L'esame di realtà, tuttavia, è adeguato e tali pazienti sono dunque in grado di discriminare ciò che è reale o convenzionale e l'origine intrapsichica o esterna delle percezioni. Conservano la capacità di distinguere il Sé da non-Sé, nonostante un comportamento caotico, impulsivo e instabile e una sintomatologia complessa.

Tendono, inoltre, ad assumere forme di identità proprie di fasi anteriori dello sviluppo e temono la vicinanza e l'intimità a causa del potenziale pericolo di fusione che esse possiedono.

La McWilliams sostiene che i pazienti borderline siano imprigionati all'interno di un vero e proprio dilemma tra vicinanza e separazione:

quando si sentono vicini a un'altra persona provano panico per paura di un eccessivo coinvolgimento e di un controllo totale; quando si sentono separati, vivono un abbandono traumatico. Questo conflitto centrale della loro esperienza emotiva si esprime nel loro continuo entrare e uscire dalle relazioni, compresa la relazione terapeutica, dove non è adeguata né la vicinanza né la distanza. Questi pazienti sono ben noti [...] per il loro comportamento di "richiesta di aiuto-rifiuto di aiuto" (1994, p. 83).

Tracciando le differenze fra le organizzazioni borderline, psicotica e nevrotica, l'autrice evidenzia che:

chi è in una condizione borderline è invece fissato su conflittualità diadiche tra fusione totale, che teme possa cancellare la sua identità, e totale isolamento, equiparato a un abbandono traumatico (*ibidem*, p. 71).

Searles (1986, pp. 203-204) afferma che la relazione interpersonale suscita nel paziente borderline un conflitto inconscio rispetto alla profondità della relazione. In essa, infatti, è insito il pericolo della fusione con l'altro, che genera un'intensa angoscia, e della perdita del controllo onnipotente dell'immagine di sé, derivante dalla percezione originaria dell'onnipotenza materna.

### **Eziologia e patogenesi**

Alcuni autori, tra cui Kernberg e Masterson, hanno fondato la comprensione psicodinamica dell'organizzazione borderline sulla teoria evolutiva proposta da M. Mahler, che riassumerò sinteticamente.

La Mahler e i suoi collaboratori (1975, pp. 75-154) hanno elaborato un modello di sviluppo, costituito da tre fasi principali e fondato sull'osservazione di coppie madre-bambino e sul paradigma teorico delle Relazioni Oggettuali.

Il fine evolutivo è, secondo gli autori, la nascita psicologica dell'individuo che coincide con il compimento del processo di separazione-individuazione, ossia con

l'instaurarsi di un senso di separazione da, e di rapporto con, un mondo di realtà che riguarda soprattutto l'esperienza del proprio corpo e il principale rappresentante del mondo di cui il bambino ha esperienza: l'oggetto di *amore primario* (Mahler et al., 1975, p. 39).

Nei primi due mesi di vita, il neonato attraversa la cosiddetta fase autistica normale, nella quale la soddisfazione dei bisogni è di tipo allucinatorio e onnipotente.

Trascorre la maggior parte del tempo in uno stato di semiveglia, sostanzialmente chiuso in sé e relativamente indifferente agli stimoli esterni.

Dal secondo mese il bambino entra nella fase della simbiosi normale: inizia a percepire che la soddisfazione dei bisogni è legata alla presenza di un oggetto, la madre, con la quale si fonde in una diade onnipotente.

La prima e la seconda fase rappresentano i precursori della terza fase, denominata di separazione-individuazione, che segna la nascita psicologica del bambino ed è suddivisa in quattro sottofasi.

La sottofase della differenziazione, che si instaura tra i quattro-cinque mesi e il decimo mese, implica la presa di coscienza della separatezza della madre. Ciò può determinare il bisogno di un oggetto transizionale.

Tra il decimo e il sedicesimo mese lo sviluppo delle capacità locomotorie consente al bambino di esplorare l'ambiente, allontanandosi gradualmente dalla madre, ma riacostandosi a lei di tanto in tanto, avendo bisogno della sua vicinanza fisica. Questa è, appunto, la sottofase della sperimentazione.

La terza sottofase, denominata del riavvicinamento, si afferma tra i sedici e i ventiquattro mesi e caratterizzata da una maggiore consapevolezza della propria separatezza da parte del bambino. Tale acquisizione è sostenuta dallo sviluppo

cognitivo e dalla capacità di allontanarsi dalla madre. Il piccolo manifesta però anche il bisogno di condividere con lei le nuove esperienze e di ricevere amore e disponibilità emotiva. La coscienza di essere distinto dalla madre lo rende il particolarmente sensibile alla separazione e lo induce verificarne la presenza, durante i momenti di gioco.

L'ultima sottofase, che si afferma intorno al terzo anno d'età, è caratterizzata da due compiti fondamentali: il consolidamento dell'individualità e l'inizio della costanza oggettiva. Questa implica non sola la capacità di trattenere l'immagine dell'oggetto in sua assenza, ma anche di integrare le immagini scisse dell'oggetto in una rappresentazione unica, la cui interiorizzazione, condizionata dalla relazione diadica reale, consola il bambino durante l'assenza della madre.

Kernberg (1975) ritiene che i pazienti con organizzazione borderline abbiano superato le prime due fasi evolutive dello schema proposto dalla Mahler, ma che siano rimasti fissati alla terza fase, precisamente alla sottofase del riavvicinamento.

In questo periodo, tra il sedicesimo e il trentesimo mese, il bambino teme che la madre possa scomparire e segue con apprensione i suoi movimenti. Il paziente borderline, secondo l'autore, teme che la separazione dalla madre possa causarne la scomparsa e mostra una marcata incapacità di tollerare la solitudine e la separazione dalle persone significative, che vive come un abbandono.

La fissazione alla sottofase del riavvicinamento è determinata dalla carente disponibilità emotiva della madre in questo momento cruciale dello sviluppo, causata da una eccessiva presenza di aggressività costituzionale nel bambino, da disturbi nella funzione genitoriale, oppure dalla loro azione combinata.

La fissazione alla sottofase del riavvicinamento è determinata anche dalla incapacità di questi bambini di sviluppare la costanza oggettiva che impedisce l'integrazione degli aspetti buoni e cattivi del Sé e dell'oggetto in rappresentazioni unitarie. La prevalenza della scissione determina invece una percezione fluttuante del Sé e dell'oggetto, come totalmente buoni o totalmente cattivi.

La mancanza di un'immagine interiorizzata unitaria che conforti il bambino durante la sua assenza, determina l'intolleranza alla separazione e alla solitudine.

Secondo Kernberg (1975, pp. 64-65), l'esito di tale fissazione è la predominanza di introietti negativi, determinata da un'eccessiva aggressività costituzionale pregenitale, in particolare di tipo orale, nei futuri pazienti borderline, sebbene non trascuri il ruolo svolto da gravi frustrazioni ambientali subite nell'infanzia.

La proiezione dell'eccessiva aggressività pregenitale determina una distorsione paranoide dell'oggetto primario e, secondariamente, anche della figura paterna. La reintroiezione degli oggetti cattivi suscita nei borderline la sensazione di essere indegni e spregevoli.

Masterson e Rinsley (cit. da Gabbard, 1994, p. 433) hanno formulato una teoria eziopatogenetica che, come quella di Kernberg, si ispira al modello evolutivo proposto dalla Mahler e considera implicata nella determinazione del disturbo borderline la sottofase del riavvicinamento del processo di separazione-individuazione. Contrariamente a Kernberg, Masterson e Rinsley hanno posto l'attenzione sul comportamento della madre, piuttosto che sull'aggressività costituzionale del bambino. Secondo gli autori, infatti, le madri dei pazienti borderline inviano ai figli il messaggio che manterranno l'amore materno solo rimanendo dipendenti, mentre crescere e diventare autonomi provocherà la perdita del legame con lei. Le madri di questi pazienti hanno dapprima ostacolato la separazione dei figli e poi hanno fornito poca disponibilità emotiva nei confronti dei loro bisogni regressivi.

### **La psicoterapia col paziente borderline**

Kernberg e colleghi (1989, p. 38) ritengono che l'inizio del trattamento psicoterapeutico debba coincidere con la formulazione di un contratto, che esprime l'accordo sugli obiettivi che paziente e terapeuta si propongono di raggiungere attraverso il comune lavoro terapeutico. Il contratto terapeutico rappresenta la cornice

procedurale della terapia e può svolgere un'importante funzione di contenimento degli agiti, anche prima che siano stati analizzati e interpretati (Clarkin et al., 1999, p. 26).

Il contratto, infatti, può rappresentare un'utile protezione della struttura del trattamento contro la distruttività del paziente e se il terapeuta riesce a garantire la sicurezza per se e per la terapia, si proporrà al paziente come persona distinta e separata, immune dal controllo onnipotente del paziente e, dunque, una valida fonte di aiuto. Il contratto, inoltre, evidenzia al paziente la sua imprescindibile responsabilità all'interno della terapia, che è condotta in modo congiunto col terapeuta. Ciò è particolarmente importante nel trattamento di pazienti, come i borderline, che possiedono una visione magica e onnipotente del lavoro psicoterapeutico e attese infantili di transfert (Kernberg et al., 1989, p. 48; Kernberg, 1975, p. 205).

Il contratto, infatti, prevede la discussione con il paziente di alcuni aspetti che sono sotto la sua diretta responsabilità, ovvero la frequenza, la partecipazione e l'onorario. Le comunicazioni relative alla frequenza sono particolarmente importanti nel lavoro con pazienti borderline. Come affermano Clarkin e collaboratori:

Evitare questo argomento significherebbe negare aspetti delle dinamiche della patologia borderline, per esempio la credenza primitiva che un "altro ideale" possa prendersi cura del paziente addirittura senza che il paziente ci sia, e l'intensa ambivalenza nei confronti della terapia che può venire messa in atto presentandosi in ritardo, andandosene in anticipo o non presentandosi affatto (1999, p. 146).

Il trattamento considerato elettivo per le persone con organizzazione borderline di personalità è la psicoterapia espressiva. Si tratta di una "forma speciale di procedimento analitico modificato o di psicoterapia psicoanalitica" (Kernberg, 1975, p. 89; McWilliams, 1994, p. 101). Tale procedimento prevede il mantenimento della neutralità tecnica, fatta eccezione in caso di gravi e pericolosi agiti, che possono richiedere l'abbandono temporaneo della neutralità tecnica, e l'interpretazione sistematica del transfert nell'hic et nunc, limitando le interpretazioni genetiche.

Kernberg prescrive la conduzione vis à vis, che consente di cogliere il comportamento non verbale, particolarmente importante ed espressivo in pazienti regrediti che ricorrono a difese arcaiche, come le persone che funzionano al livello borderline (Kernberg, 1975, p. 202).

L'obiettivo della psicoterapia con tali pazienti è il raggiungimento di una percezione integrata e realistica di sé e degli altri, limitando il ricorso a meccanismi difensivi arcaici, fondati sulla scissione, che indeboliscono l'Io. L'utilizzo di tecniche quali la chiarificazione e l'interpretazione delle parti scisse dovrebbe produrre l'integrazione degli aspetti dissociati del Sé e degli oggetti, fino al raggiungimento di rappresentazioni in cui le parti libidiche e aggressive siano combinate, superando la visione idealizzata o persecutoria delle relazioni (Kernberg et al., 1989, pp. 23-24).

Sebbene vi siano pareri e visioni discordanti fra i clinici per ciò che concerne la eziologia dell'organizzazione borderline e la necessità di orientare la psicoterapia secondo un focus supportivo o espressivo, è tuttavia possibile individuare alcuni principi tecnici relativi al trattamento dei pazienti caso al limite, sui quali esiste un generale consenso (Gabbard, 1994, p. 443).

È importante stabilire una stabile cornice terapeutica, ovvero condizioni costanti della terapia, riguardanti l'orario, il pagamento dell'onorario, la durata degli incontri, ecc., che hanno la funzione di opporre stabilità e coerenza alla confusione del paziente.

Una carente strutturazione della situazione terapeutica, secondo Kernberg (1975, p. 195), può avere un effetto potenzialmente regressivo sui pazienti con organizzazione borderline di personalità.

Tali soggetti presentano una notevole difficoltà nella gestione dei confini interni e interpersonali. Per tale motivo la precoce e chiara presentazione del setting da parte dello psicoterapeuta contribuisce a creare le condizioni per sperimentare "il concetto di confine nelle sue declinazioni fisiche, relazionali e mentali" (Pennella, 2004, p. 118).

Secondo la McWilliams (1994, p. 103), il lavoro sulle condizioni della psicoterapia è fondamentale con tali pazienti, al punto che si può affermare che esso coincida con la terapia. Anche Pennella (2004, p. 116) evidenzia la definizione del setting nel trattamento delle patologie più gravi come situazione relazionale in cui viene a perdersi la distinzione tra costanti e processo.

Il setting si trasforma cioè, piuttosto rapidamente, da scenario ad oggetto della relazione e del conflitto tra paziente e terapeuta (Pennella, *ibidem*, p. 118).

L'evitamento di un atteggiamento terapeutico passivo, con eccessivi momenti di silenzio, è indicato con i pazienti borderline, che potrebbero intenderlo come disinteresse o come rifiuto da parte del terapeuta.

È opportuno che quest'ultimo verbalizzi frequentemente, anche con brevi commenti, perché ciò promuove e rinforza l'alleanza terapeutica.

Il contenimento della rabbia e il disprezzo del paziente si realizza primariamente attraverso un atteggiamento empatico e contenitivo piuttosto che interpretativo, perché una prematura restituzione degli aspetti cattivi potrebbe alimentare il transfert paranoide del paziente.

I pazienti borderline possono attuare comportamenti autodistruttivi, nei confronti dei quali assumono spesso un atteggiamento magico, che causa il disconoscimento delle gravi conseguenze che tali azioni possono avere. È opportuno che il terapeuta evidenzi tempestivamente al paziente le ripercussioni del suo comportamento.

Un altro utile intervento dell'analista è aiutare i pazienti borderline a cogliere il nesso tra stati affettivi e comportamento. Questi individui, infatti, sperimentano sentimenti intensi che spesso possono essere leniti soltanto attraverso l'azione.

L'intervento terapeutico deve riguardare principalmente il transfert e deve essere attuato soltanto dopo che il paziente ha superato un intenso stato affettivo. Kernberg e colleghi (1989, p. 59) individuano nell'analisi del transfert nel qui e ora della relazione "il vettore primario del trattamento".

Il controllo sistematico e costante del controtransfert consente di evitare pericolosi agiti e di conoscere il mondo interno del paziente, attraverso l'analisi delle sue proiezioni.

La delimitazione del setting, ponendo limiti precisi alle richieste di gratificazione del paziente è importante soprattutto rispetto ai comportamenti che minacciano la sicurezza dello stesso paziente, del terapeuta o del trattamento. I pazienti con organizzazione borderline tendono, infatti, ad abusare della disponibilità del terapeuta con richieste di gratificazione illimitata (Gabbard, 1994, pp. 446-452).

La McWilliams suggerisce di formulare le interpretazioni con attenzione, giacché:

[..] nella persona borderline non esiste un io osservante in grado di elaborare l'interpretazione come informazione supplementare sul Sé e che, di conseguenza, occorre offrire quella funzione all'interno dell'interpretazione stessa (1994, p. 104).

Un altro principio tecnico utile nella psicoterapia con le persone borderline è quello di concentrare l'attività interpretativa sulle difese primitive, come si manifestano nella relazione terapeutica, evitando interpretazioni genetiche (McWilliams, 1994, p. 105).

### **Il disturbo borderline di personalità in adolescenza**

La diagnosi di sindrome borderline in adolescenza è relativamente recente. La teorizzazione relativa al disturbo in adolescenza e all'approccio terapeutico risalgono agli anni Settanta e si deve ad autori come Kernberg, Masterson, Rinsley, i Laufer e Giovacchini.

Le difficoltà di definizione e diagnosi della patologia borderline negli adulti diventano inevitabilmente e comprensibilmente più gravi in quella degli adolescenti, nei quali il caratteristico funzionamento mentale, che Nicolò Corigliano e Carratelli (2001, p. 254) definiscono "stabilmente instabile", può essere in alcuni casi sovrapposto a quello degli adulti borderline.

Secondo Braconnier e Marcelli (1983, p. 295), l'estensione della patologia borderline agli adolescenti deriva dalla generale tendenza a ricercare una nuova

patologia nei bambini e negli adolescenti, quando essa è stata individuata negli adulti. Gli autori che si sono interessati della sindrome borderline negli adulti hanno individuato la sua origine nella prima infanzia e, legittimamente, hanno cercato di identificare tale patologia anche negli adolescenti.

Esistono anche altri motivi più specifici che hanno indotto a ricercare e definire la sindrome borderline negli adolescenti.

Dal punto di vista clinico, gli adulti borderline sembrano fissati ad una adolescenza prolungata e la loro sintomatologia è in parte sovrapponibile a quella tipica dell'età adolescenziale. P. Kernberg afferma che:

L'adulto borderline non differisce fundamentalmente dall'adolescente, se non per l'accumularsi delle complicazioni secondarie dovute al corso della vita (matrimonio, figli, vicissitudini professionali) (Braconnier e Marcelli, *ibidem*, p. 296).

La sindrome borderline degli adulti e la sintomatologia adolescenziale condividono caratteristiche analoghe.

In entrambe le condizioni si riscontra una relativa debolezza dell'Io che con difficoltà riesce a fronteggiare l'angoscia derivante, nell'adolescente dalla crisi puberale e nel soggetto borderline dalla scarsa tolleranza alla frustrazione. Di contro, il Super-Io si rivela rigido ed esigente: nell'adolescente a causa della intransigenza del giudizio e nell'adulto borderline perché deriva dalla introiezione materna arcaica.

Le due condizioni sono accomunate anche dal ricorso a meccanismi difensivi primitivi, fondati essenzialmente sulla scissione. Nell'adolescente per la necessità di difendersi dal

conflitto di ambivalenza centrato sul legame alle immagini genitoriali e per disperdere i propri desideri genitali al fine di non confrontarsi alla minaccia incestuosa (Braconnier e Marcelli, 1983, p. 296).

L'adulto borderline invece, attraverso la scissione, cerca di proteggere l'immagine buona di sé e dell'oggetto dalla distruttività di quella cattiva.

La scarsa definizione dell'identità e la fragilità narcisistica rappresentano tratti distintivi di entrambe le condizioni considerate. Nell'adolescente tali caratteristiche derivano dalle trasformazioni dell'immagine corporea e dal lutto per la perdita delle immagini genitoriali dell'infanzia. Il ricorso preponderante a meccanismi di scissione e proiezione determina la fragilità dell'adulto borderline, come abbiamo già evidenziato (Braconnier e Marcelli, 1983, p. 296).

Un altro aspetto che accomuna la crisi adolescenziale e il funzionamento borderline è la presenza del falso Sé (Castelli et al., 2001, p. 90).

Per quanto riguarda la sindrome borderline in adolescenza si osserva che la sintomatologia è meno strutturata di quella di un soggetto borderline adulto. Essa possiede un carattere più labile e risente delle caratteristiche comportamentali e psicologiche tipiche del momento evolutivo, come, ad esempio, la tendenza ad agire i conflitti e gli stati mentali e ad esternalizzarli anche attraverso il corpo (Ammaniti et al., 1988, p. 7).

L'analisi semiotica ha evidenziato alcuni sintomi riscontrati con maggiore frequenza e che non possiedono tuttavia una valenza diagnostica certa ed esclusiva. Compare una notevole tendenza ad agire, sia sotto forma di passaggio all'atto che di azione dovuta a instabilità.

Le condotte delinquenziali o devianti, come la tossicomania e l'ingestione smodata di farmaci ricorrono con una discreta frequenza.

Le difficoltà scolastiche, quali insuccesso, fobia scolastica o rifiuto sono altre caratteristiche della sindrome borderline adolescenziale, come pure le problematiche legate alla sfera sessuale o più in generale al corpo, come ipocondria, disturbi alimentari, dismorfofobia.

A tali manifestazioni eclatanti di disagio si associano la noia, l'indifferenza, il senso di vuoto e di inutilità che possono determinare il disinteresse per le attività scolastiche e sociali (Braconnier e Marcelli, 1983, p. 297).

Secondo Kernberg (1975, p. 158) gli adolescenti al limite non hanno portato a termine i compiti evolutivi specifici dell'età, come la consolidazione del senso di

identità dell'Io e dell'identità sessuale, di natura prevalente eterosessuale, con il primato delle tendenze genitali. Altro compito è il progressivo distacco dai genitori e l'investimento nelle relazioni sociali esterne con coetanei e adulti. Il rimaneggiamento del Super-Io rappresenta un altro impegno evolutivo, che implica l'acquisizione di una moralità astratta e impersonale. Contrariamente agli adolescenti sani, gli adolescenti al limite:

proprio perché soffrono di una mancata differenziazione delle rappresentazioni oggettuali interiorizzate, manifestano eccessivo coinvolgimento, violenta ribellione, eccessiva dipendenza e un caos generale nei rapporti interpersonali familiari relativamente non strutturati (Kernberg, 1975, pp. 158-159).

Nella relazione terapeutica, ciò si manifesta con la tendenza dell'adolescente borderline a identificare l'analista con le immagini dei genitori, oppure a considerarlo difensivamente del tutto differente, senza riuscire a riconoscere realmente la sua individualità.

I tumulti tipici dell'adolescenza, caratterizzati dalla separazione dagli oggetti infantili e dall'identificazione con gli oggetti genitoriali adulti e sessuati, possono rappresentare una fonte di pericolo in assenza di un contenitore mentale, uno spazio psichico interno che consenta di "nascere psicologicamente", mantenendo il contatto con se stesso e con gli oggetti. L'adolescente borderline rischia di rifuggire il cambiamento e la possibilità di emancipazione. Egli vive, infatti, con notevole difficoltà la separazione dall'oggetto, essendo in conflitto tra il desiderio di fondersi con esso, per evitare la frammentazione e la dispersione, e la paura terrificante della fusione e dell'invischiamento (Mori et al., 2001, p. 163).

### **Il processo diagnostico**

Il processo diagnostico in età adolescenziale è complicato, rispetto a quello di individui adulti, per diverse ragioni.

Innanzitutto, la sintomatologia durante lo sviluppo non è stabile e strutturata come nell'età adulta ed è perciò soggetta a modificazioni sulla base di mutamenti cognitivi, affettivi e del Sé.

Inoltre, anche il concetto di organizzazione della personalità che nella clinica adulta permette di stabilire distinzioni attendibili fra patologia borderline, nevrotica e psicotica, nell'adolescenza potrebbe non assolvere la stessa funzione per via delle revisioni e dei rimaneggiamenti che interessano questa età. Criteri diagnostici più certi sono stati individuati di recente e mostrano che, rispetto a coetanei con differenti diagnosi, gli adolescenti borderline presentano in misura significativa storie di abuso fisico e sessuale, separazioni, perdite e ricoveri durante l'infanzia.

Anche la presenza di disturbi di personalità, in particolare borderline ed evitanti, nei parenti prossimi rappresenta un principio utile per la validazione diagnostica del disturbo borderline in adolescenza (Ammaniti e Muscetta, 2001, pp. 39-41).

Paulina Kernberg (cit. da Ammaniti e Muscetta, *ibidem*) ritiene che l'infanzia e l'adolescenza siano caratterizzate da tratti distintivi stabili, relativi al pensiero, alle relazioni e alla percezione, che possono divenire rigidi e disadattivi, condizionando seriamente l'identità dell'adolescente, in misura maggiore dei tratti di personalità. Il risultato è il senso di vuoto, di noia, la diffusione dell'identità, la scarsa tolleranza alla solitudine che O. Kernberg e Clarkin inseriscono fra i cluster dell'identità e che considerano discriminanti per l'identificazione dell'organizzazione borderline di personalità.

Kernberg afferma, infatti, che il criterio più attendibile per diagnosticare l'organizzazione borderline di personalità è rappresentato dalla sindrome di diffusione dell'identità.

Un altro indicatore è costituito dalla assenza di un Super-Io normalmente integrato, ovvero quello in cui i precursori infantili siano stati integrati attraverso un processo di depersonificazione e astrazione del Super-Io. La mancata integrazione si riflette sulla incapacità di idealizzazioni romantiche e di innamoramento, mentre i

precursori del Super-Io sono proiettati come tratti paranoidei (Kernberg, 2001, pp. 21-30).

### **La psicopatologia**

Braconnier e Marcelli (1983, p. 298), riprendendo la descrizione strutturale e dinamica dell'organizzazione borderline in adolescenza proposta da P. Kernberg, presentano un quadro psicopatologico che consente di tracciare con maggiore precisione il profilo dell'adolescente borderline. Il punto di partenza è rappresentato dall'individuazione della scissione come meccanismo difensivo elettivo in tale organizzazione della personalità. Il ricorso a questo meccanismo, sostenuto da altri meccanismi quali la idealizzazione, la proiezione, la svalutazione, l'onnipotenza e la negazione, determina la presenza di immagini buone e cattive scisse e il tentativo di protezione dell'oggetto buono dagli attacchi di quello cattivo.

Nei pazienti borderline l'esistenza e la permanenza dell'oggetto libidico buono interiorizzato sono sempre minacciate dagli attacchi aggressivi e distruttivi dell'oggetto interno cattivo. [...] Causa e ad un tempo conseguenza della scissione, il non accesso alla nozione di costanza dell'oggetto libidico presenta numerose conseguenze (Braconnier e Marcelli, 1983, p. 299).

Da ciò deriva, infatti, l'incapacità da parte di questi individui di tollerare la separazione e la dipendenza marcata dagli oggetti. Anche il funzionamento dell'Io è condizionato dalla scissione, che ostacola il passaggio dal principio del piacere al principio di realtà, il quale comporta invece l'accettazione della separazione.

Vengono anche preclusi i processi di riparazione, che implicano il ricordo dell'oggetto prima che fosse danneggiato, e quelli di interiorizzazione delle immagini totali. Anche i processi cognitivi sono interessati da tali dinamiche, in particolare è ostacolato l'accesso ai concetti di tempo e di reversibilità. Il Sé manifesta di conseguenza una serie di disturbi.

La costruzione di un Sé genuino è ostacolata principalmente dal fatto che il borderline è costretto ad evitare di riconoscere in sé e di mettere in atto tutti quei

pensieri e desideri che lo condurrebbero all'individuazione, perché in tal modo si risolve la depressione abbandonica che accompagna come ovvio corollario questo passo maturativo (Novelletto, 1986, p. 71).

Dal punto di vista topico si evidenzia anche per i soggetti borderline adolescenti come per quelli adulti, la presenza di un Io debole, incapace di fronteggiare l'angoscia, di tollerare la frustrazione e di controllare gli impulsi.

Di contro il Super-Io, che deriva dall'introiezione dell'immagine materna arcaica, è esigente e tirannico. Ne risulta una moralità fondata sulla legge del taglione, piuttosto che su un sistema di norma astratto, e una valutazione rigida e severa dell'Io dell'immagine di sé, che induce la scelta di un sistema narcisistico idealizzante di tipo difensivo. Tale sistema, nell'adolescente borderline, è rafforzato dalla debolezza dell'Io e dalla severità del Super-Io.

Dal punto di vista dinamico, l'adolescente borderline non sarebbe in grado di accedere alla simbolizzazione e alla rappresentazione. Ciò implica la

tendenza ad agire il suo corpo, ad agire le parole e le rappresentazioni al fine di evitare o piuttosto di negare tutto questo lavoro di perdita e di lutto che l'utilizzazione dei simboli e delle rappresentazioni implica (Braconnier e Marcelli, 1983, p. 301).

Come ha, infatti, evidenziato H. Segal (1967) la possibilità di utilizzare il simbolo è connessa alla capacità di riconoscere il divario tra il rappresentante e la cosa rappresentata. Tale riconoscimento implica, infatti, accettare la perdita dell'unione primaria o della fusione con l'oggetto idealizzato onnipotente e la conseguente sofferenza depressiva.

L'adolescente borderline cercherebbe di evitare tale sofferenza utilizzando le parole come:

[..] se fossero esse stesse gli affetti, al fine di non dover sopportare la sofferenza depressiva che instaura il divario tra l'affetto e il rappresentante che vi si associa" (Braconnier e Marcelli, 1983, p. 302).

Il linguaggio diviene in tal modo linguaggio di un atto, che esprime la rinuncia da parte dell'adolescente borderline al lavoro psichico e dunque alla sofferenza depressiva.

La concezione bioniana del disturbo borderline postula una tipica oscillazione di questi individui tra gli aspetti schizo-paranoidi e quelli maniaco-depressivi.

Il Sé si struttura sulla base di questa fluttuazione, da cui deriva anche un disturbo del pensiero, che oscilla tra forme arcaiche, caratterizzate da fantasie aggressive, e forme più evolute, prossime al pensiero simbolico. Tale fluttuazione si riverbera anche nel rapporto con l'oggetto, il quale risulterà instabile e inafferrabile e perciò difficilmente rappresentabile. Ciò determina la compromissione dell'attività simbolica e un tipo di pensiero di tipo difensivo, imitativo e speculare.

Secondo Bion la possibilità di accedere al livello simbolico del pensiero dipende dalla capacità della madre di accogliere e contenere le proiezioni angosianti del bambino e di restituirle bonificate. Ciò assicura al bambino la possibilità di crescere e di apprendere dalla propria esperienza emotiva e di sperimentare un oggetto che infonde sicurezza. Vengono poste le basi per l'accesso alla simbolizzazione e al pensiero e, di conseguenza, anche al confronto con il divario tra sé e l'oggetto.

Infatti il pensiero confronta il soggetto con l'assenza dell'oggetto, con il suo essere limitato e con i vissuti dolorosi dell'impotenza [...]. La presenza di fluttuazione tra bidimensionalità (pensiero concreto) e tridimensionalità (esperienza simbolica) provoca un continuo impoverimento e diminuzione di significati del mondo ed una difesa contro l'impatto con oggetti che suscitano emozioni (Mazzoncini, 2001, p. 70).

Il pensiero permane prevalentemente su un piano concreto, più prossimo all'oggetto reale, e dunque meno angosciante perché riduce la differenziazione, ma privo di capacità elaborativa e rappresentativa.

Negli adolescenti borderline, infatti, l'esame di realtà è abbastanza ben conservato, ma la tendenza al controllo magico e onnipotente e l'incoerenza denunciano una organizzazione perturbata dell'Io.

Le relazioni oggettuali del giovane al limite sono gravemente disturbate. Si tratta per lo più di relazioni anaclitiche e di dipendenza rispetto a un oggetto onnipotente e idealizzato, del quale però non si tollera il minimo errore.

Si creano perciò rapporti repentinamente reversibili e caotici, basate non sulla reciprocità e sullo scambio affettivo, quanto piuttosto sul parassitismo e l'accaparramento. Le relazioni hanno inoltre un carattere persecutorio e paranoide, che deriva dalla scissione e secondariamente dalla proiezione degli aspetti cattivi e aggressivi del Sé e degli oggetti e dalla presenza del Super-Io arcaico (Braconnier e Marcelli, 1983, p. 303).

I rapporti con gli altri si riducono notevolmente non solo a causa della valenza persecutoria che possiedono, ma anche perché il deficit cognitivo impedisce una adeguata percezione e integrazione delle esperienze e la capacità di apprendere da esse. Da ciò deriva anche l'ansia per le situazioni nuove, perché l'Io non può basarsi su esperienze elaborate e intelligibili (Mazzoncini, 2001, p. 72).

### **Eziologia e patogenesi**

Gli autori di orientamento psicoanalitico che si sono interessati alla patologia borderline hanno assunto una prospettiva di comprensione di tipo storico-relazionale, cercando di individuare le origini precoci del disturbo nella relazione primaria.

Masterson (cit. da Braconnier e Marcelli, 1983, p. 304), si dedica da tempo all'analisi degli adolescenti borderline, conducendo anche studi longitudinali. L'autore, come Kernberg, Rinsley, Giovacchini, ritiene che la patologia borderline in adolescenza abbia origine da un disturbo nel processo di separazione-individuazione descritto dalla Mahler, precisamente nella sottofase del riavvicinamento. Il bambino, secondo Masterson, ha superato la fase simbiotica, mentre quella di "separazione [...]" è stata parziale o è avvenuta a prezzo di violenti sentimenti d'abbandono contro i quali egli si difende con la scissione e la negazione" (*ibidem*). Ciò si verifica a causa della resistenza della madre nei confronti della autonomia e della individuazione del bambino. La madre, affetta da una patologia borderline, premia l'attaccamento del

bambino e condanna i suoi tentativi di separazione (Ammaniti e Muscetta, 2001, p. 42).

In adolescenza, epoca del secondo processo di separazione-individuazione, l'individuo è messo di nuovo a confronto con il timore dell'abbandono, da cui deriva l'angoscia e il ricorso alla scissione e agli altri meccanismi difensivi già citati.

Kernberg (1984), come Masterson, propone un modello eziopatogenetico che interpreta l'organizzazione borderline come conseguenza del non superamento della fase di separazione-individuazione. L'autore evidenzia l'influsso materno in tale processo disfunzionale, evidenziando il ruolo dell'ambiente, pur considerando il peso di fattori costituzionali, come l'aggressività innata di tipo orale. Di recente Kernberg ha evidenziato maggiormente il ruolo della famiglia nello sviluppo della patologia borderline, e non solo nel senso della problematica familiare conseguente al disturbo.

Le ipotesi attualmente più diffuse e più accreditate, derivanti soprattutto dall'approccio evolutivo-osservativo, considerano l'aggressività come reazione alla deprivazione genitoriale, piuttosto che come fattore costituzionale.

Tale approccio esalta il ruolo degli scambi con le figure di accudimento nella regolazione degli stati affettivi, aspetto importante nella patologia borderline, caratterizzata da una grave alterazione nella gestione degli affetti.

Giovacchini (cit. da Ammaniti e Muscetta, 2001, p. 42) attribuisce l'insorgere del disturbo borderline in adolescenza all'incapacità della madre di fornire ai loro bambini cure adeguate e coerenti, utilizzandoli, per motivi narcisistici, come oggetti transizionali, di cui ostacolano l'autonomia. Ciò compromette lo sviluppo della costanza oggettuale e determina la comparsa di una "confusione primaria" tra gratificazione e frustrazione.

### **La famiglia del paziente borderline adolescente**

Kernberg (1975, p. 156) riferisce che la clinica e la ricerca hanno evidenziato un alto livello di patologia nella famiglia degli adolescenti borderline. Ciò ha indotto a domandarsi se il disturbo dell'adolescente sia l'espressione del disagio familiare

oppure se derivi da un malessere strutturato. L'autore sostiene che la rilevazione della diffusione di identità e l'utilizzo di difese primitive debba far propendere per la seconda soluzione, ossia per la presenza di una chiara e strutturata patologia borderline nel giovane.

Tuttavia, la presenza di relazioni familiari disturbate è unanimemente riconosciuta e accettata dagli autori che si sono dedicati allo studio dei giovani con organizzazione di personalità borderline. In particolare, la storia familiare di questi pazienti ha evidenziato la presenza di comportamenti familiari patologici ricorrenti, come tentativi di suicidio, alcolismo, depressione, episodi confusionali o psicotici transitori. La famiglia ricorre in modo preponderante al meccanismo della proiezione.

La svalutazione di un coniuge da parte dell'altro caratterizza la contrastante coppia genitoriale, che spesso giunge alla separazione.

Di frequente anche i genitori presentano un disturbo borderline.

La relazione dell'adolescente con i genitori, in particolare con la madre, è marcata dalla ambivalenza, che si esprime nella fluttuazione tra la grave dipendenza e il desiderio aggressivo di autonomia (Braconnier e Marcelli, 1983, p. 298).

Anche Gallinari e Gardini (2001, p. 124) pongono l'accento sull'aspetto storico-relazionale della patologia borderline in adolescenza, individuando nel "fallimento ambientale", ossia nell'incapacità dell'ambiente primario di rispondere alle esigenze evolutive del figlio, l'origine del disturbo. La famiglia, secondo gli autori, si rivela incapace di porsi come elemento strutturante dell'esperienza, in particolare

[..] nel sostenere i processi di separazione-individuazione, nel favorire l'integrazione delle esperienze pulsionali nell'esperienza di sé e degli oggetti, con la conseguente mancata interiorizzazione di quelle importanti funzioni regolatrici del Sé che chiamiamo "costanza oggettuale" e "distanza ottimale" (*ibidem*).

La disfunzionalità genitoriale determina la condizione tipica dell'individuo borderline, secondo Winnicott (1986), vale a dire "costringere l'ambiente ad essere importante". Infatti, l'adolescente al limite affida ancora all'ambiente il compito di

assicurare le funzioni fondamentali per la coesione del Sé, la gratificazione pulsionale, la regolazione affettiva e la gestione del pensiero.

L'adolescente attuando questa forzatura, espelle tutto all'esterno, cercando fuori di sé anche le "soluzioni che non ha interiorizzato". Ciò ha una importante valenza a livello terapeutico, perché la relazione può rappresentare lo spazio esterno in cui sperimentare le funzioni genitoriali di cui non ha potuto giovare.

### **La psicoterapia con l'adolescente borderline**

La tendenza all'acting out che caratterizza la patologia borderline rende spesso necessario un approccio terapeutico combinato di psicoterapia, preferibilmente ad orientamento analitico, e interventi di tipo istituzionale, nei casi in cui la patologia e le relazioni familiari disturbate impongano una più adeguata protezione della cornice terapeutica.

Molti sono gli autori che auspicano una psicoterapia di orientamento analitico vis à vis, mentre solo un esiguo numero di analisti propone un trattamento con la psicoanalisi classica. Esiste tuttavia un generale accordo sulla necessità di mantenere il focus dell'intervento nel "qui e ora", per quanto riguarda le problematiche intrapsichiche e relazionali, così come si rivelano nel transfert. Le interpretazioni genetiche dovrebbero seguire l'analisi delle difese e dell'eventuale transfert negativo.

Tale tipo di transfert e la particolarità delle relazioni oggettuali tipiche dei giovani pazienti borderline rendono necessaria una chiara e solida delimitazione della cornice del trattamento. La funzione principale della protezione del setting è quella di arginare il frequente transfert di tipo psicotico, caratterizzato dalla perdita di confini tra paziente e terapeuta, sviluppato da questi pazienti, per il ricorso massiccio alla identificazione proiettiva. La difesa della struttura terapeutica, resistendo agli attacchi, conforta il paziente circa la inoffensività della sua aggressività e della sua distruttività fantasmatica (Braconnier e Marcelli, 1983, pp. 305-306). L'interpretazione del transfert aiuta il paziente a formarsi una rappresentazione mentale di sé e dell'analista, percorrendo il cammino verso la nascita di un senso di

Sé individuale e autonomo, che gradualmente attenua “quella confusione tra il Sé e l’oggetto tipica del paziente borderline” (Ammaniti e Muscetta, 2001, p. 48).

L’attuazione privilegiata di difese specifiche differenzia i pazienti borderline adolescenti da quelli adulti.

Kernberg (1984, p. 155) individua come possibile difesa fase specifica l’utilizzo della differenza di ruolo e di status fra paziente e terapeuta da parte dell’adolescente. Egli tenderebbe ad equiparare il terapeuta ai genitori, attribuendogli i medesimi atteggiamenti e comportamenti nei suoi confronti. Tale dinamica è finalizzata all’evitamento della consapevolezza di un moto transferale, tramite l’inclusione di tutti gli adulti in una categoria convenzionale.

Gli adolescenti borderline, afferma Kernberg:

[..] spesso si sforzano strenuamente di indurre nel terapeuta gli stessi atteggiamenti che, secondo le loro accuse, gli adulti, in particolare modo i genitori, hanno verso di loro. Ciò riflette soprattutto il meccanismo dell’identificazione proiettiva. Il terapeuta dovrà seguire con attenzione tali sviluppi, il che gli consentirà di interpretare il tentativo inconscio del paziente di trasformarlo in una nuova immagine parentale (*ibidem*).

Il terapeuta, in questi casi, dovrà interpretare la riattivazione di questa antica relazione oggettuale nel rapporto paziente-terapeuta, riportandoli solo in un secondo tempo alla relazione paziente-famiglia.

La tendenza all’esteriorizzazione del conflitto intrapsichico attraverso l’agito, tipica dell’adolescente e resa ancora più importante dalla scarsa integrazione e dalla diffusione dell’Io nell’adolescente borderline, pone come obiettivo terapeutico la sospensione dell’azione a favore di uno spazio psichico in cui sia possibile elaborare la conflittualità psichica attraverso la mentalizzazione.

Nicolò Corigliano e Carratelli (2001, pp. 260-267) propongono la psicoterapia psicoanalitica a cadenza trisettimanale, come intervento terapeutico per l’adolescente borderline. Le autrici ritengono altresì indispensabile una prima fase terapeutica con

focus supportivo, che consenta lo stabilirsi dell'alleanza e di avviare la costruzione di un Sé coeso e unitario

In questa prima fase, che può protrarsi per mesi ma anche per anni, l'analista mira a costruire una relazione stabile, evitando interventi che possono creare o alimentare la conflittualità col paziente. Fondamentali sono in questa fase istituyente l'affidabilità del terapeuta e la stabilità del setting.

Gli interventi dovranno focalizzarsi principalmente sul supporto al Sé, agli aspetti positivi e sani e, se sono presenti, a quelli collaborativi. L'accesso al livello simbolico è molto complicato, perciò l'utilizzo del controtransfert è molto importante.

Lo spazio terapeutico può rappresentare per l'adolescente borderline, intensamente travagliato da conflitti intrapsichici e interpersonali, uno spazio di tranquillità e di tregua, in cui iniziare a regolare la tensione, evitando agiti e somatizzazioni. Il terapeuta dovrà favorire e promuovere l'autoriflessione e l'autoriconoscimento, ponendosi come oggetto nuovo rispetto alle immagini genitoriali interiorizzate, con una funzione di mediazione tra realtà interna ed esterna e rispetto al passaggio dal mondo dell'infanzia a quello degli adulti.

Tale funzione, agevolata dalle qualità del setting inteso come spazio transizionale, implica, come afferma Jeammet (1992, p. 107) il dare "priorità al sostegno narcisistico, al rinforzo dell'Io, al ripristino della capacità di avere piacere".

## **Bibliografia**

- AA.VV. (1983). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson, 2000.
- Ammaniti, M. et al. (1988). *Valutazione e diagnosi nell'adolescenza*. In R. Telleschi e G. Torre (1988), *Il primo colloquio con l'adolescente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ammaniti, M., Muscetta, S. (2001). *Il disturbo borderline di personalità in adolescenza. Quesiti diagnostici ed evolutivi*. In A. Novelletto e E. Masina, *Il*

- disturbo di personalità in adolescenza. Borderline, antisociali, psicotici* (pp. 36-50). Milano: FrancoAngeli.
- Bergeret, J. (1974). *La personalità normale e patologica*. Milano: Raffaello Cortina, 1984.
- Braconnier, A. e Marcelli, D. (1983). *Adolescenza e psicopatologia*. Milano: Masson, 1999.
- Castelli, A., Colombini, M.J., Ferri, F., Forte F., Mauri M., Moschini G.P., Panti, M., Quarti, M.A., (2001). Crisi adolescenziale e funzionamento borderline: l'accoglimento nei Centri di ascolto. In A. Novelletto e E. Masina, *Il disturbo di personalità in adolescenza. Borderline, antisociali, psicotici* (pp. 87-94). Milano: Angeli.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F., e Kernberg, O.F. (1999). *Manuale di psicoterapia psicodinamica con il paziente con disturbo borderline di personalità*. Milano: Raffaello Cortina, 2000.
- Gabbard. G. (1994). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina, 1995.
- Gaddini, E. (1969). *Sull'imitazione*. In scritti 1953-1985, pp. 159, Milano: Raffaello Cortina, 1989.
- Gallinari, E. e Gardini, M.P. (2001). L'accoglimento dell'adolescente borderline: ipotesi di utilizzo degli elementi storico-relazionali. In A. Novelletto e E. Masina, *Il disturbo di personalità in adolescenza. Borderline, antisociali, psicotici* (pp. 123-130). Milano: Franco Angeli.
- Grasso, M. e De Coro, A. (1993). *Analisi della domanda e intervista diagnostica. Un approccio psicodinamico*. Milano: Giuffrè.
- Grasso, M. (2004). Discussione sul caso clinico: la prospettiva psicodinamica. In A.R. Pennella (a cura di), *Il confine incerto. Teoria e clinica del disturbo borderline* (pp. 199-210). Roma: Kappa.
- Jeammet, P. (1992). *Psicopatologia dell'adolescenza*. Roma: Borla.
- Kernberg, O.F. (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.

- Kernberg, O.F. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Kernberg, O.F., Selzer, M., Koenigsberg, H.W., Carr, A.C., e Appelbaum, A.H. (1989). *Psicoterapia psicodinamica dei pazienti borderline*. Roma: EUR, 1996.
- Kernberg, O.F. (2001). La diagnosi di patologia narcisistica in adolescenza. In A. Novelletto e E. Masina, *Il disturbo di personalità in adolescenza. Borderline, antisociali, psicotici* (pp.21-35 ). Milano: FrancoAngeli.
- Kernberg, O.F. (2004). Diffusione di identità ed organizzazione di personalità borderline. In A.R. Pennella (a cura di), *Il confine incerto. Teoria e clinica del disturbo borderline* (pp. 61-77). Roma: Kappa.
- Mahler, M., Pine, F., e Bergman, A. (1975). *La nascita psicologica del bambino*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Masina, E. e Montinari, G. (2001). Il ruolo della famiglia nei disturbi di personalità dell'adolescente, con particolare riferimento all'identità di genere. In A. Novelletto e E. Masina, *Il disturbo di personalità in adolescenza. Borderline, antisociali, psicotici* (pp. 153-160). Milano: FrancoAngeli.
- Mazzoncini, M.G. (2001). L'organizzazione borderline in adolescenza. Considerazioni generali, aspetti affettivi e cognitivi. In A. Novelletto e E. Masina, *Il disturbo di personalità in adolescenza. Borderline, antisociali, psicotici* (pp. 65-74). Milano: Franco Angeli.
- McWilliams, N. (1994). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio, 1999.
- Mori, L.- Pisa, R.- Pratesi, C. – Root Fortini, L. – Russo, S., (2001). L'identificazione dell'adolescente borderline con gli oggetti genitoriali. In A. Novelletto e E. Masina, *Il disturbo di personalità in adolescenza. Borderline, antisociali, psicotici* (pp.163-175). Milano: FrancoAngeli.
- Nicolò Corigliano, A.M. e Carratelli, T. (2001). Il trattamento psicoanalitico dell'adolescente borderline. In A. Novelletto e E. Masina, *Il disturbo di personalità in adolescenza. Borderline, antisociali, psicotici* (pp.253-268). Milano: FrancoAngeli.

- Novelletto A. (1986). *Psichiatria psicoanalitica dell'adolescenza*. Roma: Borla.
- Novelletto A. e Masina E. (2001). *Il disturbo di personalità in adolescenza. Borderline, antisociali, psicotici*. Milano: FrancoAngeli.
- Pandolfi, A.M. e Ferraresi, T. (2002). Peculiarità dell'adolescenza attuale e dei suoi contesti. *Adolescenza e psicoanalisi, 1*.
- Pennella, A.R. (a cura di) (2004). *Il confine incerto. Teoria e clinica del disturbo borderline*. Roma: Kappa.
- Pennella, A.R. (2004). Setting e disturbo di personalità borderline. In A. R. Pennella (a cura di), *Il confine incerto. Teoria e clinica del disturbo borderline* (pp. 111-127). Roma: Kappa.
- Pietropolli Charmet, G. (2000). *I nuovi adolescenti*. Milano: Cortina.
- Pietropolli Charmet, G., Maggiolini, A., Riva, E., e Saottini, C. (2001). Funzione terapeutica e funzione educativa nell'intervento clinico e istituzionale con soggetti adolescenti con disturbo di personalità. In A. Novelletto e E. Masina, *Il disturbo di personalità in adolescenza. Borderline, antisociali, psicotici* (pp. 95-105). Milano: FrancoAngeli.
- Searles, H.F. (1986). *Il paziente borderline*. Torino: Bollati Boringhieri, 1998.
- Segal, H.(1967). Note sulla formazione del simbolo. In H. Segal, *Scritti psicoanalitici. Un approccio kleiniano alla pratica clinica*. Roma: Astrolabio, 1984.
- Thoma, H. e Kachele, H. (1985). *Trattato di psicoterapia psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1990.
- Winnicott, D. W. (1986). *Il bambino deprivato*. Milano: Cortina.