

Il paziente borderline:
un tentativo di integrazione
tra la visione classica
e il contributo della terapia gestaltica

- **Introduzione**
- **Generalità: interpretazioni del disturbo borderline**
- **Un interessante contributo: la diagnosi strutturale di Kernberg**
- **Meccanismi di difesa e patologia borderline**
- **Capacità metacognitive e terapia**
- **Il contributo della Gestalt**

Introduzione

I problemi posti dal disturbo borderline di personalità (BPD, Borderline Personality Disorder) non riguardano solo eziologia, diagnosi e trattamento di questa patologia, ma cominciano già nella fase di definizione del disturbo e di delimitazione dei confini in cui si manifesta.

Se da questa incertezza nascono molte difficoltà, è altrettanto vero che essa è lo stimolo ad una ricerca e a una produzione scientifica sull'argomento che, soprattutto negli ultimi anni, si sono moltiplicate. Molti sono infatti gli autori che, da diversi orientamenti, contribuiscono a focalizzare più precisamente le coordinate di definizione di questa patologia che sta diventando sempre più comune negli studi di psicologi e psicoterapeuti.

Il mio proposito è fornire un quadro dello stato attuale della ricerca su questa patologia, e tentare di definire le linee di intersezione con una visione mutuata dalla teoria generale della Psicoterapia della Gestalt, utilizzando gli strumenti di definizione e diagnosi tipici del nostro modello di riferimento.

Generalità: interpretazioni del disturbo borderline

Il sistema DSM ha affidato la diagnosi di questo disturbo a nove criteri che, cosa frequente negli approcci categoriali, non rendono piena ragione della particolare complessità di questa patologia, soprattutto laddove la semplice presenza indiscriminata di cinque criteri, sui nove descritti, è sufficiente a formulare la diagnosi.

Un ulteriore aspetto problematico è rappresentato dall'elevata *comorbidità* fra il BPD e vari disturbi descritti dal DSM (Clarkin e Kernberg, 1993); si tratta di quell'effetto per cui, nelle descrizioni categoriali, un'elevata percentuale di soggetti si trova a soddisfare i criteri diagnostici di differenti disturbi, dando luogo a diagnosi molteplici.

I nove criteri per porre la diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità, secondo il DSM-IV, riguardano gli stili di comportamento e gli atteggiamenti emotivi abituali del paziente.

La tabella a pagina seguente ne fornisce un elenco riassuntivo.

Criteri diagnostici del DSM-IV per il Disturbo Borderline di Personalità

A. Una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presenti in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

- 1) sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono. Nota: non includere i comportamenti suicidari e automutilanti considerati nel Criterio 5.
- 2) un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione;
- 3) alterazione dell'identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili;
- 4) impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate. Nota: non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel Criterio 5.
- 5) ricorrenti minacce, gesti o comportamenti suicidari, o comportamento automutilante;
- 6) instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che solitamente durano poche ore, e soltanto raramente più di pochi giorni);
- 7) sentimenti cronici di vuoto;
- 8) rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira o rabbia, ricorrenti scontri fisici);
- 9) ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress.

Esiste di contro una ricca letteratura clinica che si basa su una lettura *qualitativa* della patologia e questo ha prodotto ipotesi e descrizioni molto utili ai fini dell'intervento terapeutico e ha contribuito in parte a chiarire il processo descrittivo e diagnostico, pur sollevando differenti posizioni sia dovute all'orientamento teorico di riferimento, sia per il differente approccio alla descrizione e all'eziologia della malattia.

Questo differente approccio ha determinato due orientamenti teorici principali:

uno che fa riferimento alle cosiddette teorie del **conflitto** e l'altro che si basa sul concetto di **deficit**.

Il primo orientamento vede il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità in un *conflitto* fra pulsioni libidiche ed aggressive, insorto in epoca pre-edipica e affrontato attraverso un meccanismo di difesa di scissione (splitting). Questo conflitto nasce presumibilmente dalla difficoltà che il bambino sperimenta all'interno di un ambiente familiare che è spesso gravato da problemi di grave conflittualità tra i genitori, abuso fisico o sessuale, o dalla precoce separazione o perdita delle figure genitoriali. La scissione che il soggetto mette in atto diviene un assetto difensivo stabile che impedisce di confrontare le rappresentazioni positive e negative di sé e delle altre persone (Kernberg, 1975, Clarkin e Kernberg, 1993).

Per i sostenitori del secondo orientamento, invece, il disturbo centrale della personalità borderline è derivato non da un conflitto, ma da un deficit nella capacità di rappresentazione interna del caregiver, causato dall'incapacità di chi accudisce il bambino a sintonizzarsi con i bisogni di sostegno e protezione che gli viene richiesto di accogliere. A causa di questo deficit, il paziente non ha la capacità di richiamare alla mente, nei momenti di stress emotivo, immagini tranquillizzanti, né esperienze positive di accoglimento; ne deriva

una estrema vulnerabilità alle esperienze negative con conseguenti vissuti di paura, vergogna, solitudine e abbandono (Adler, 1985; Kohut, 1971).

Altre teorie psicoanalitiche sottolineano il ruolo del deficit, ma concentrano l'attenzione su alcune carenze specifiche nello sviluppo della personalità; di particolare interesse è la posizione sostenuta da Fonagy, che focalizza l'attenzione sul deficit nelle capacità metacognitive. L'incapacità di distinguere apparenza e realtà, di *pensare sul proprio pensiero*, di formarsi quindi quella che è stata definita "teoria della mente", costituisce un fattore fortemente predittivo per lo sviluppo di una personalità borderline (Fonagy et al., 1995a).

Ho voluto esporre quest'ultima visione perché risulterà importante quando tratterò, più avanti, dell'approccio terapeutico con questo tipo di pazienti.

Esistono infine teorie che sembrano porsi in una posizione di equilibrio fra le opposte tesi del conflitto e del deficit. Queste teorie postulano un deficit nell'accoglimento, da parte della madre, dei bisogni di autonomia ed individuazione piuttosto che di cura e sostegno, bisogni che il bambino manifesta intorno ai due anni; un mancato accoglimento e un'elaborazione inadeguata di queste richieste genera un conseguente conflitto fra bisogni di autonomia e bisogni di protezione (Masterson, 1972).

Un interessante contributo: la diagnosi strutturale di Kernberg

Anni fa, Kernberg (1983) pubblicò una intervista diagnostica strutturale che consente di formulare una diagnosi di personalità non basata sui sintomi, ma sulla struttura di personalità secondo un'ottica psicodinamica. I parametri considerati non sono i sintomi psicopatologici, come per la diagnosi descrittiva, ma tre costrutti psicodinamici:

- 1) L'integrazione o la diffusione di identità
- 2) Il livello evolutivo delle operazioni difensive prevalenti
- 3) La qualità dell'esame di realtà

Applicare questa modalità diagnostica alla patologia borderline prevede il passaggio dal Disturbo Borderline di Personalità (BPD secondo il DSM), all'Organizzazione Borderline di Personalità (BPO).

E' lo stesso Kernberg (1984) a proporre questa distinzione teorica, partendo dall'eterogeneità dei pazienti che soddisfano i criteri diagnostici del DSM per la diagnosi del BPD e verificando che la maggior parte di questi pazienti risponde anche ai criteri per altri disturbi di asse I e II.

La BPO è piuttosto un ampio spettro di patologie e disturbi caratteriali che hanno in comune una mancata integrazione del concetto di sé e degli altri, l'utilizzo di meccanismi di difesa primitivi prevalentemente centrati sulla

scissione e infine il mantenimento di un certo grado di esame di realtà che distingue questi pazienti da altri in condizione psicotica.

La non integrazione del concetto di sé e di altri significativi è altrimenti nota come *sindrome di diffusione di identità*, che include in sé l'esperienza soggettiva di vuoto cronico, percezioni contraddittorie del sé e contraddittorietà nel comportamento, e una visione degli altri estremamente superficiale. A livello diagnostico queste caratteristiche emergono facilmente nel colloquio clinico dove il paziente mostra incapacità a dare descrizioni di sé e di interazioni significative con altri, impedendo l'insorgere di qualsiasi forma di empatia nell'intervistatore. Dall'anamnesi risulta emergere una bassa qualità nelle relazioni oggettuali in termini soprattutto di calore, preoccupazione, affetto e tatto, e le relazioni con gli altri sono segnate da una percezione progressivamente distorta che il paziente stesso alimenta.

Le difese che proteggono l'Io di questi pazienti sono organizzate attorno a due livelli: il primo, più alto, preposto all'allontanamento dei derivati pulsionali e alla rappresentazione idealizzata, si esprime attraverso la rimozione, la formazione reattiva, la razionalizzazione e altre difese di livello medio-alto; il secondo, più primitivo, agisce tramite la scissione, e quindi dissociando le esperienze e gli oggetti, e tramite meccanismi di idealizzazione, svalutazione e

identificazione proiettiva.

Altra caratteristica tipica della BPO è la presenza di manifestazioni non specifiche di debolezza dell'Io: intolleranza all'ansia, difficoltà di controllo degli impulsi, incapacità di sublimazione.

Questa visione ampliata della personalità borderline ci consente di riflettere sul paziente borderline in termini meno categoriali e quindi più vicini all'esperienza clinica. Possiamo allora passare a descrivere in maniera meno impersonale i vissuti interni di questi individui, e avvicinarci così un po' di più a quello che è il contributo specifico dell'approccio gestaltico.

Un ultimo approfondimento in termini descrittivi vorrei però prima dedicarlo all'aspetto specifico delle difese nella patologia borderline, digressione forse troppo teorizzante ma senz'altro di buon rilievo per un approccio completo.

Meccanismi di difesa e patologia borderline

L'osservazione e l'analisi delle strutture difensive tipiche della patologia borderline possono essere infatti d'aiuto per oggettivarne ulteriormente l'assessment clinico e diagnostico.

Abbiamo visto come ci sia generalmente accordo nel ritenere che lo stile difensivo principale dei pazienti borderline sia caratterizzato da una forte dominanza di meccanismi di scissione, ma non manca l'attenzione a dare rilievo anche ad altri meccanismi come il diniego, la svalutazione, l'idealizzazione e l'onnipotenza, proposte originariamente ad esempio da Kernberg (1975).

Riguardo l'assetto difensivo ciò che quindi è maggiormente condiviso, a partire dai lavori di Kernberg, è che i pazienti borderline nelle loro oscillazioni e nel loro collocarsi a diversi livelli alternativamente più vicini a stati nevrotici o psicotici, manifestano una vasta gamma di meccanismi con cui difendono il loro fragile Io.

Dall'esperienza clinica con questi pazienti risulta evidente che la rimozione e altri meccanismi di alto livello come la formazione reattiva, l'isolamento,

l'annullamento retroattivo, l'intellettualizzazione, la razionalizzazione, servono come protezione dai conflitti intrapsichici e agiscono mediante due diverse strategie: l'allontanamento dei derivati pulsionali dall'io cosciente e la rappresentazione dell'io idealizzata. Meccanismi più primitivi, come la scissione, agiscono invece tramite dissociazione o attraverso un distanziamento attivo dalle esperienze invalidanti (Clarkin e Kernberg, 1993).

- Riguardo la *scissione* abbiamo già detto come possa facilmente esprimersi attraverso la visione polare di oggetti completamente buoni e altri completamente cattivi.
- L'*idealizzazione* accentua la tendenza scissionale creando immagini potenti ma non realistiche e può sopraggiungere e interferire anche nell'esperienza terapeutica investendo il clinico.
- Il *diniego* nei pazienti borderline si manifesta prevalentemente come mancanza di preoccupazione, ansia, o reazione emotiva nei riguardi di bisogni, conflitti o pericoli; pertanto il diniego non si esprime come negazione della realtà, che anzi viene coscientemente riportata, ma sulla negazione delle connessioni e implicazioni emotive con essa. In questo

modo intere aree di consapevolezza possono essere escluse dall'esperienza, proteggendo un'area di potenziale conflitto.

- Forme primitive di *proiezione* e in particolare *l'identificazione proiettiva* sono frequenti nei pazienti borderline e si differenziano dalla proiezione a livelli più elevati, per la caratteristica di conservare coscientemente l'impulso che si sta contemporaneamente proiettando sull'altra persona; inoltre l'attribuzione all'altro di questo impulso genera timore nei confronti del bersaglio della propria proiezione; infine è chiaro il bisogno di controllo dell'altro attraverso il meccanismo. L'identificazione proiettiva implica pertanto un aspetto interpersonale oltre che intrapsichico.
- *Onnipotenza e svalutazione* sono il frutto della scissione, che genera a priori la considerazione dell'esistenza di altri svalutati e non degni di considerazione. Questi meccanismi possono emergere, oltre che nel comportamento durante le interviste diagnostiche, anche nelle descrizioni di altri significativi.

Accanto al lavoro di Kernberg si situa quello di molti autori che hanno affrontato il problema della definizione degli assetti difensivi borderline:

Vaillant (1992) ad esempio, fa riferimento più in generale a disturbi del carattere, considera molte delle difese immature comprendendo proiezione, fantasia schizoide, ipocondriasi, aggressione passiva e acting-out.

Bond (Bond, Vaillant 1986) sottolinea maggiormente, nei pazienti borderline e narcisistici, le difese che portano ad un grado di distorsione maggiore dell'immagine, non escludendo però, come Vaillant, difese appartenenti a situazioni più regressive, dove non c'è integrazione degli impulsi e dove compaiono quindi ritiro autistico, acting-out, aggressione passiva, proiezione.

Anche Perry identifica la presenza ricorrente dei livelli difensivi di acting e borderline come distintivi del paziente borderline, includendo quindi anche meccanismi difensivi di acting-out, aggressione passiva, ipocondriasi.

Capacità metacognitive e terapia

Un ultimo importante rilievo assume nel nostro excursus il lavoro di Fonagy sui processi metacognitivi del paziente borderline: l'assunto è che la patologia borderline presenta un forte difetto nella capacità elaborativa dei processi di auto-monitoraggio cognitivo ed emotivo; la mancata capacità dei caregiver di restituire pensieri ed emozioni in maniera funzionale allo sviluppo del bambino, da sì che le immagini interne del paziente borderline risultino incomplete, e che la stabilità dei vissuti interni sia inficiata, fondando l'evidente alternanza di processi di idealizzazione e svalutazione tipica di queste personalità.

Considerando la stretta e diretta relazione tra la presenza di un grave disturbo della personalità e la parallela mancanza di evoluzione dei basilari processi metacognitivi, appare chiaro come un trattamento di queste patologie debba necessariamente prevedere un progressivo miglioramento della capacità riflessiva.

La necessità di incrementare il proprio livello di riflessività è evidente sia per quelle situazioni di realtà che il paziente sperimenta in modo unilaterale senza assumere una visione globale delle relazioni tra sé e l'esterno, sia

nell'esperienza che fa riguardo ai propri e agli altrui stati emotivi, che spesso è volta alla negazione, alla scissione, o a un'interpretazione distorta. Nel dispiegarsi di un processo psicoterapeutico efficace emerge quindi, da parte del paziente, una migliore identificazione e una maggior comprensione riguardo gli stati emotivi, attraverso una relazione dove il terapeuta si pone come elemento tramite cui compiere questo lavoro di ricostruzione e riappropriazione.

Molti clinici sostengono infatti la scarsa efficacia di un approccio meramente interpretativo: con questi pazienti, infatti, esso tende a "scontrarsi" con un funzionamento mentale poco propenso a "pensare sul pensiero" (Fonagy, 1991; Fonagy, Target, 1995). La tendenza è dunque quella di evitare di descrivere stati mentali complessi o di far riferimento ai conflitti del paziente, alla sua ambivalenza e alla sua distruttività riguardo il processo terapeutico, preferendo piuttosto che il paziente inizi a trovare a poco a poco sé stesso nella mente del terapeuta, il quale lavora su questi contenuti in senso più elaborativo che interpretativo.

Un forte fattore carenziale nello sviluppo dell'attaccamento o in generale nello sviluppo di un appropriato senso di sé, è stato identificato proprio

nell'incapacità del bambino di riflettersi nella mente del genitore (Winnicott, 1962; Bion, 1962; Kouth, 1971); il terapeuta si trova quindi a dover lavorare per ricostruire quell' ambiente tutelato dove il paziente si sente progressivamente più fiducioso di potersi abbandonare a riscoprire la propria capacità riflessiva, e invitato a ritrovarsi proprio nell'essere pensato e riconosciuto da qualcuno nei suoi stati emotivi profondi.

Il contributo della Gestalt

E' in questo processo, lungo e difficile, di ricostruzione di un sistema di interpretazione più accurato della realtà che si inserisce a pieno titolo l'approccio terapeutico gestaltico.

In termini gestaltici possiamo infatti trasporre l'insieme dei concetti fin qui esposti in termini di modalità di resistenza al contatto, ed è inoltre possibile valutare le modalità con cui il paziente borderline vive il ciclo delle esperienze.

Se è vero che la personalità borderline sperimenta sentimenti di vuoto cronici e forti vissuti abbandoni, possiamo osservare che la **confluenza** è una modalità presente laddove nella fase idealizzante questi individui tendono a uniformarsi all'ambiente per timore di perdere l'apprezzamento e la presenza dell'altro, perdita per la quale essi sperimentano un vissuto fortemente angoscioso.

A questi stadi di confluenza fanno seguito episodi di "autonomia" che oltre ad essere estremamente transitori, sono spesso reazione a qualche delusione che il fragile io sperimenta a seguito delle relazioni con le persone precedentemente "elette".

Per quel che riguarda l'**introiezione** possiamo osservare che l'instabilità psicologica del paziente borderline non la favorisce anche se in concomitanza con i periodi di confluenza può assumere acriticamente idee ed atteggiamenti altrui per poi respingerle nella fase di svalutazione. Questo meccanismo è estremamente degno di considerazione da parte di un terapeuta che può vedere facilmente accolte alcune indicazioni per poi vederle distrutte in altri momenti; a livello controtransferale è un elemento di fondamentale considerazione per la sopravvivenza dell'alleanza terapeutica.

La **proiezione** viene utilizzata come meccanismo compensatorio, nel senso che il paziente borderline cerca all'esterno elementi che completino sue parti mancanti o che non riesce a contattare pienamente nella sua esperienza; per questo le proietta sugli altri, anche se in modo particolare; infatti la sua percezione di uno stato d'animo non è alienata da sé e proiettata sugli altri, bensì spesso incolpa gli altri di indurgli tale sensazione.

La **retroflessione** è una modalità che assume un forte rilievo nella terapia con i borderline; tipicamente infatti questi soggetti non sono molto abili a retroflettere, per via di una fragilità dell'io e della difficoltà a ritirarsi dalle

proprie particolari forme di contatto nel timore di essere abbandonato. In questo senso nella terapia con questi pazienti si può lavorare molto per rendere adeguata la capacità retroflessiva e qui tornano particolarmente utili i rilievi fatti nei capitoli precedenti riguardo la possibilità di aiutare le personalità borderline a recuperare la capacità di mentalizzare, di riflettere sul proprio pensiero, capacità importante per ritrovare un'adeguatezza nel ritrarsi dopo aver sperimentato un avvicinamento al contatto vissuto come troppo pericoloso. Aiutare questi pazienti a ricostruire i processi che portano alla consapevolezza dei propri vissuti e delle proprie forme di pensiero deve necessariamente tener conto della particolare instabilità del loro carattere e della difficoltà e ambivalenza nella gestione degli affetti; queste modalità si presentano infatti invariabilmente anche nella relazione terapeutica e, come gestaltisti, è possibile utilizzare diverse tecniche per contenere queste oscillazioni ed aiutare il paziente a ricostruire lentamente dei processi relazionali più adeguati per giungere al temuto contatto senza cadere nell'angoscia dell'abbandono.

In particolare occorre considerare l'ultima tra le modalità di contatto e

resistenza al contatto, la **deflessione**, come un elemento centrale della modalità relazionale del borderline, il quale, soprattutto in periodi di particolare stress e in momenti di attivazione, vive una forte distanza tra ciò che gli accade intorno nel qui ed ora, da ciò che egli sperimenta. Conoscere e sperimentare a livello di vissuto cognitivo ed emotivo questa distanza, permette di ridurre la potente deflessività e riorganizzare le proprie percezioni in modo più coerente all'esperienza.

Conclusioni

Parlare del borderline è senz'altro più facile che interagirci o affrontare una terapia; la particolare natura e definizione sia della patologia che delle persone che la rappresentano, rende difficile definire un approccio corretto. Ho tentato di delineare alcune caratteristiche fondamentali che occorre conoscere e tener presenti, oltre a presentare un approccio particolare che consenta di considerare la difficoltà metacognitiva di questi pazienti. In quest'ottica applicare le modalità operative della Psicoterapia Gestalt ci consente di collocare i borderline nel ciclo di contatto e di relazione e di affrontare la particolare natura di questa patologia attraverso l'esplorazione e l'utilizzo delle modalità di contatto e resistenza al contatto, la cui conoscenza ci offre le chiavi per costruire un setting dove aiutare i pazienti sostanzialmente a ricostruire un'immagine della realtà che seppur non completamente distorta appare loro comunque molto frammentata e difficilmente integrabile.

Il compito del terapeuta gestaltico con questi pazienti è estremamente delicato e richiede la capacità di *esserci*, tenendo conto delle potenti attivazioni transferali e controtransferali su cui si gioca l'alleanza terapeutica e la difficoltà

di queste persone di affidarsi realmente e di sperimentarsi su un terreno sicuro, di trovare insomma quel terreno solido che gli consenta di ricominciare il processo di esplorazione della realtà interna ed esterna, che hanno molto precocemente abbandonato.