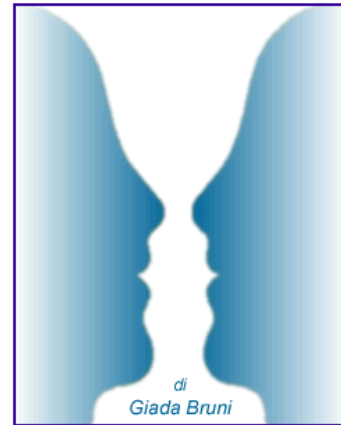


Appunti di Gestalt  
Pubblicazioni a cura del C.I.P.O.G.

**II DISTURBO BORDERLINE  
DI PERSONALITA'  
SECONDO L'APPROCCIO DELLA  
PSICOTERAPIA DELLA GESTALT**



*Il disturbo Borderline, è una delle più articolate e studiate categorie diagnostiche, che da sempre suscita l'interesse degli addetti ai lavori, in considerazione sia della complessità nosografica che della elevata diffusione. In questo articolo l'autrice ripercorre le tappe storiche dell'elaborazione teorica di questo tipo di psicopatologia, affrontandone le diverse concettualizzazioni teoriche, fino a descrivere il Disturbo Borderline di Personalità nell'ottica della Psicoterapia della Gestalt.*

## INTRODUZIONE

Il termine *borderline*, di origine piuttosto recente, significa letteralmente "linea di confine". È la sola entità diagnostica che dal nome, a differenza delle altre categorie diagnostiche di personalità, non rivela nulla delle caratteristiche principali del disturbo; già da questo è possibile pensare che ci siano state delle difficoltà a costruire un quadro chiaro e immediato di questa patologia.

Il termine "confine" infatti, nasce dalla difficoltà di una precisa localizzazione nosografica della psichiatria classica che, attorno agli anni '30, distingueva due forme principali di disfunzione mentale: le nevrosi e le psicosi. Ben presto ci si rese conto però, che alcuni pazienti non presentavano una sintomatologia francamente psicotica, nonostante allo stesso tempo presentassero dei tratti più gravi di quelli considerati nevrotici.

Da questa distinzione problematica Adolph Stern, nel 1938, coniò quindi il termine "borderline", originariamente descritto come confine sommario tra nevrosi e psicosi e, per questo motivo, spesso riferito a tutti quei quadri clinici non altrimenti specificati.

La ricerca di una definizione chiara del disturbo *borderline* di personalità, nonostante la sua relativamente moderna concettualizzazione, ha subito perciò nel corso del secolo, infinite modifiche assumendo via via connotazioni diverse, le quali fino al 1953, grazie a Robert Knight, non identificavano ancora una categoria diagnostica differenziata.

Per costruire un quadro sintomatologico chiaro e distinto di questa patologia, la ricerca diagnostica si è trovata inevitabilmente a dover seguire, e in qualche misura ricostruire nel tempo, un percorso di valutazione, con strumenti accurati e precisi, che sempre meglio riuscissero a definire il Disturbo *Borderline* di Personalità, oltre un *continuum* sintomatologico, tra il versante nevrotico a quello psicotico; questa necessità ha implicato l'inclusione di fattori descrittivi di ordine diverso, che potessero sempre meglio caratterizzare la patologia *borderline* ed assicurare quindi un valido riferimento diagnostico nel trattamento di questi pazienti.

Inizialmente infatti è stato fondamentale che l'indagine diagnostica si concentrasse sulla descrizione dei sintomi, per riconoscere il disturbo come una categoria a sé stante, con le sue specificità. In un secondo momento si è cercato di rintracciarne un'eziopatogenesi, ovvero l'individuazione delle possibili cause che fanno insorgere e mantengono il disturbo; infine è stata necessaria una focalizzazione

sugli aspetti relazionali del disturbo, che fornissero un'ulteriore validazione diagnostica e di trattamento basata sulla multifattorialità.

Il disturbo borderline di personalità è quindi una delle più complesse e controverse entità nosografiche. In alcuni contesti psichiatrici non viene ancora pienamente riconosciuta come un disturbo specifico, e la diagnosi borderline viene ancora spesso utilizzata quando la sintomatologia non risulta chiara o addirittura, in alcuni casi, viene confusa con la diagnosi di disturbo bipolare, che diversamente appartiene ai disturbi del tono dell'umore.

Se consideriamo inoltre i dati epidemiologici, che vedono questo disturbo incidere con una prevalenza del 2% sulla popolazione generale, stima che può arrivare fino al 40% nella popolazione clinica delle grandi città, si capisce quanto sia importante costruire una chiara e attenta definizione di un disturbo così diffuso.

Per queste ragioni, ancora oggi, la sindrome borderline rimane tra le più studiate; forse anche perché le persone che ne sono afflitte esprimono livelli altissimi di sofferenza straziante, per se stessi e per chi sta loro intorno, e il loro dolore, derivante da un vissuto infantile di colpevolizzazione e di vergogna per gli abusi subiti, che va a concentrarsi proprio nelle relazioni, rende estremamente delicato il trattamento di questi pazienti.

Il problema principale della diagnosi e la terapia di disturbo della personalità in generale, di cui il disturbo borderline fa parte, è anche quello di considerare che i sintomi permeano la struttura di personalità intera, coinvolgendo perciò totalmente lo stile di vita del soggetto, nei termini del suo contesto psicologico, sociale, familiare, affettivo e lavorativo.

Proprio per questo motivo per la valutazione, il trattamento e la comprensione dei disturbi di personalità, è sempre utile usare modelli di riferimento multidimensionali che, come la Terapia della Gestalt, tengano conto, oltre che della descrizione dei sintomi, anche del contesto socio-relazionale, e riservino perciò un'attenzione particolare a quello che è presente "qui e ora" nel cliente, per costruire i contorni di una fenomenologia del disturbo, che non tralascia mai di considerare la dimensione umana e il dramma esistenziale di ogni individuo.

## PARTE PRIMA - RIFERIMENTI TEORICI

### IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITA' SECONDO IL DSM IV

#### *Definizione e criteri diagnostici*

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quarta edizione (APA, 1994), colloca il disturbo borderline (BPD, *Borderline Personality Disorder*) sull'asse II, all'interno dei disturbi di personalità del cluster B, gruppo noto come "drammatico-imprevedibile", e lo definisce come 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 vari 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 o 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 come ad esempio spendere eccessivamente, promiscuità sessuale, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate, ecc. (escludere i comportamenti indicati nel criterio 5).
- 5) ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamento automutilante.
- 6) instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore, e soltanto raramente più di pochi giorni).
- 7) sentimenti cronici di vuoto.
- 8) rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
- 9) ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress.

#### *Caratteristiche sintomatologiche*

Ciò che emerge come caratteristica fondamentale dei pazienti borderline è una paura eccessiva o immotivata di essere abbandonati; essi compiono sforzi dispe-

rati per evitare un reale o immaginario abbandono e la percezione di una separazione imminente, vissuta come rifiuto, può portarli ad una profonda alterazione dell'autostima, dell'umore, della cognitiv  e del comportamento. Di solito, si legano rapidamente e molto intensamente a partner o amici potenziali, tendendo ad idealizzare la relazione, per poi svalutarla in pochissimo tempo, se non si sentono abbastanza accuditi. Spesso creano quindi legami di relazione disfunzionale, connotate da una forte instabilit  ed intensit , dove l'altro   vissuto alternativamente come supporto benefico o come crudelmente punitivo. Una volta instaurato un rapporto significativo infatti, queste personalit , al solo accenno della possibilit  di essere abbandonati, mettono in atto condotte impulsive che coinvolgono almeno due aree potenzialmente dannose per il soggetto, quali: lo spendere, il sesso, la guida spericolata, l'abuso di sostanze e le abbuffate, e che possono includere comportamenti automutilanti (come tagliarsi o bruciarsi) o suicidari (entrambi descritti separatamente nel criterio 5).

Attraverso questi atteggiamenti ricattatori, il soggetto borderline dimostra l'assoluta necessit  di manipolare l'ambiente e gli altri, nel tentativo di assicurarsi la presenza di un sostegno emotivo, che se non presente, fa loro sperimentare un sentimento cronico di vuoto che li terrorizza e perci  li fa diventare furiosi.

Essenzialmente, il paziente borderline presenta una marcata alterazione dell'immagine che ha di se stesso, che va a influire sulla sua valutazione di giudizio cos  come sull'umore, variabile a cicli molto rapidi, al variare impercettibile delle circostanze ambientali. E' cos  che l'atteggiamento di una persona significativa, pu  trasformare improvvisamente l'immagine che il soggetto ha di s , cos  sensibile alla risposta relazionale, e innescare un'alternanza per cui, se l'altro   disponibile, il paziente ha una buona immagine di s , altrimenti questo scatena un' aggressivit  intensa, espressa con scontri fisici o verbali verso chi   vissuto disattento o poco dedito; questa reazione eccessiva, viene poi seguita sistematicamente dalla vergogna e dal senso di colpa, nonch  dalla sensazione di essere "cattivi". Al contrario del disturbo dell'umore bipolare per , dove l'alternanza dell'umore oscilla, altrettanto rapidamente, da una condizione di depressione ad una di euforia (episodi maniacali od ipomaniacali), nel paziente borderline l'umore varia precisamente da uno stato depressivo e pessimista, ad uno stato di rabbia intensa e incontrollabile; tale reattivit  serve a contenere l'ideazione paranoide o gravi sintomi

dissociativi transitori, legati allo stress estremo cui questi pazienti si trovano sottoposti, in risposta ad un reale o immaginario abbandono.

Gli individui con Disturbo Borderline di Personalità, presentano inoltre una evidente modalità di boicottaggio di se stessi, nei termini in cui tendono a distruggere ogni obiettivo nel momento stesso in cui questo sta per essere raggiunto e ciò può significare ad esempio regredire quando la terapia comincia a funzionare, piuttosto che rovinare una relazione significativa o rinunciare ad un lavoro cui ambiscono.

Alcuni di loro, in queste occasioni regressive, sviluppano sintomi simil-psicotici (allucinazioni, distorsioni dell'immagine corporea, dissociazione, etc.) e possono perciò sentirsi maggiormente al sicuro con oggetti transizionali che non in una relazione interpersonale.

Quando ogni tipo di compensazione psicologica fallisce, possono anche verificarsi morti per suicidio (soprattutto se la patologia risulta correlata all'uso di sostanze e a disturbi del tono dell'umore concomitanti) o menomazioni fisiche derivanti da abusi autoinflitti e dai tentativi suicidari. A questa condotta autopunitiva, corrisponde molto spesso una storia personale segnata da esperienze infantili di abuso fisico e/o sessuale, incuria, conflitto ostile e perdita precoce o separazione dei genitori.

### *Prevalenza e decorso*

La prevalenza del Disturbo Borderline di Personalità, viene stimata attorno al 2% della popolazione mondiale, percentuale che non varia in contesti socio-culturali diversi e viene perciò identificata in vari ambiti del mondo, dove viene diagnosticato soprattutto nelle donne (75%); inoltre questo disturbo appare cinque volte più comune tra i consanguinei di primo grado che nella popolazione generale ed il rischio familiare aumenta con i Disturbi Correlati a Sostanze, Disturbo Antisociale di personalità e Disturbi dell'Umore.

Il decorso infine, rappresenta un'ulteriore validazione diagnostica del disturbo. L'andamento della sintomatologia è caratterizzato da persistente instabilità affettiva e scarso controllo degli impulsi nella prima età adulta, che comporta il frequente riferimento a strutture sanitarie per la salute mentale; la compromissione derivata dai sintomi e il rischio di suicidio ha una maggiore incidenza giovanile e tende a scomparire con l'avanzare dell'età. Inoltre i sintomi migliorano fortemente con la psicoterapia fin dal primo anno di trattamento.

Attorno ai 30/40 anni di età comunque, la maggior parte di questi individui presenta una massiccia remissione spontanea dei sintomi rappresentata da una maggiore stabilità affettiva e un miglior funzionamento professionale; gli studi di follow-up indicano infatti che dopo dieci anni dalla diagnosi, questi soggetti non mostrano più una modalità di comportamento che soddisfi i criteri per un Disturbo Borderline di Personalità.

### *Diagnosi differenziale*

Il Disturbo Borderline di Personalità, può essere concomitante con un Disturbo dell'Umore, ma solo quando vengono soddisfatti i criteri per entrambi, che siano diversi dall'alterazione del tono dell'umore presente nel BPD, è possibile fare una doppia diagnosi.

Gli altri disturbi che possono essere confusi, seppur compresenti, al Disturbo Borderline di Personalità, sono altri disturbi appartenenti all'asse II, tra cui:

il Disturbo Istrionico di Personalità, che nonostante sia caratterizzato da ricerca di attenzione ed emotività variabile, non presenta atteggiamenti autodistruttivi, manifestazioni di rabbia verso il partner e sentimenti cronici di vuoto;

il Disturbo Schizotipico di Personalità dove, a differenza del disturbo borderline, le idee di riferimento illusorie sono meno transitorie e legate ai rapporti interpersonali;

Il Disturbo Paranoide di Personalità e il Disturbo Narcisistico di Personalità, nei quali sono presenti sia disturbi dell'impulsività e dell'immagine di sé, che i timori di abbandono, anche se in misura minore;

il Disturbo Antisociale di Personalità, dove l'atteggiamento manipolativo è più esplicitamente rivolto ad ottenere gratificazione materiale, che non al trattenere le figure accudenti;

il Disturbo Dipendente di Personalità, dove notiamo una reazione all'abbandono con l'assunzione di un comportamento sottomesso e passivo, nella speranza di ottenere lo stesso necessario sostegno emotivo, piuttosto che l'atteggiamento rabbioso e richiestivo della personalità borderline.

Il Disturbo Borderline di Personalità, deve essere infine anche distinto dai problemi di identità (appartenenti ad un'altra categoria diagnostica) e da tutte quelle modificazioni della personalità derivanti da una condizione medica generale o dall'uso cronico di sostanze che abbiano un'influenza diretta sul sistema nervoso centrale.

## MODELLI TEORICI DI RIFERIMENTO

### *Modelli Psicodinamici*

Gli psicologi ad orientamento psicoanalitico sono stati i primi ad aver definito e sviluppato il concetto di organizzazione borderline, dando vita ad innumerevoli modelli che vengono definiti psicodinamici, poiché interpretano il comportamento come la risultante di dinamiche inconsce.

La ricerca di una definizione del disturbo borderline ha avuto una notevole importanza clinica e teorica soprattutto nella teoria psicodinamica post-freudiana, perché ha approfondito uno degli assunti psicoanalitici più importanti, ovvero l'importanza del trauma nel processo di sviluppo dell'individuo oltre una prospettiva pulsionale esclusivamente interna all'individuo. La psicoanalisi classica infatti, definisce il trauma come il risultato di un conflitto intrapsichico, e le teorie che ne derivano, seppur introducendo l'indagine eziologia come criterio diagnostico fondamentale, descrivono la patologia in termini strutturali, caratterizzandosi con il nome di *Psicologia dell'Io*.

Nelle successive concettualizzazioni psicodinamiche del disturbo invece, dove l'elemento traumatico non riesce ad esaurirsi in una prospettiva di una dinamica conflittuale unicamente interna all'individuo, rientrano tutti quegli approcci che, sempre meno influenzati dalla psicoanalisi, si focalizzano sui fattori di ordine relazionale e vengono perciò definiti *Psicologia delle relazioni oggettuali*, dove il disturbo deriva da un deficit di accudimento da parte delle figure di riferimento o *caregivers*.

Le teorizzazioni di Otto Kernberg (1975) sui pazienti borderline, sono tra le prime a complessificare l'aspetto eziologico di questo disturbo e rappresentano perciò una delle più importanti strutturazioni teoriche che, integrando alcuni aspetti della *Psicologia dell'Io* con la teoria delle relazioni oggettuali, definiscono questa patologia come conseguente ad un conflitto tra le istanze psichiche e allo stesso tempo derivante da una specifica relazione con le figure accudenti.

Alla luce delle concettualizzazioni di Kernberg infatti, dove il nucleo patologico essenziale di questo disturbo è l'elemento costituzionale della personalità, l'analisi di questo tipo di pazienti si focalizza sul funzionamento dinamico delle tre istanze psichiche fondamentali (Es, Io, e Super-io) e i suoi derivati strutturali nelle relazioni; nella terapia quindi, la gestione del transfert e del controtransfert, diventa il terreno



ideale per utilizzare la relazione terapeutica come strumento elettivo per riattualizzare e risanare le modalità disfunzionali del paziente. I parametri che egli utilizza per il disturbo borderline, non sono perciò i sintomi patologici utili ad una diagnosi esclusivamente descrittiva, ma i seguenti costrutti psicodinamici di personalità:

1. *Manifestazioni non specifiche di debolezza dell'lo*: dove per debolezza dell'lo, si intende il predominare dei meccanismi di difesa primitivi ed uno scarso controllo dell'angoscia e degli impulsi, dovuti alla mancanza di canali sublimatori maturi.

La fragilità egoica di queste organizzazioni di personalità inoltre, deriverebbe anche da un'incapacità strutturale nel differenziare l'immagine di Sé dall'immagine dell'oggetto, tale da non favorire la costruzione dei confini dell'lo.

2. *Spostamento verso il tipo di pensiero del processo primario*: i pazienti con un'organizzazione della personalità caso limite non hanno un disturbo formale nei loro processi di pensiero; ma una deviazione verso un funzionamento primario del pensiero (inteso come il riattualizzarsi di strategie difensive appartenenti a processi arcaici dello sviluppo), si manifesterebbe ogni volta che il paziente si trova di fronte a stimoli non strutturati che riattivano antiche relazioni oggettuali patologiche, andando ad influenzare l'intera integrazione di processi cognitivi.

3. *Meccanismi di difesa specifici al livello di organizzazione della personalità*: l'aspetto difensivo essenziale di questi pazienti nella teoria di Kernberg, è una scissione massiccia (o *splitting*), che fa convivere all'interno dell'individuo, due diverse modalità alternative di relazione idealizzante e svalutante verso lo stesso oggetto investito di energia libidica. Ciò significa che, rispetto ad un altro vissuto come significativo (tra cui il terapeuta nel transfert), il paziente con diagnosi di BPD, manterrebbe a livello cognitivo un unico riferimento oggettuale, ma si relazionerebbe affettivamente a due persone diverse, scisse in due oggetti assolutizzati come tutti buoni o tutti cattivi.

4. *Patologia delle relazioni oggettuali interiorizzate*: il meccanismo di scissione sopradescritto permette a questi pazienti di tener separati "stati contraddittori dell'lo" legati alle precoci relazioni d'oggetto; l'immagine di Sé e dell'Oggetto, sarebbero qui sufficientemente differenziate, contrariamente a quanto avviene nelle psicosi, da permettere di mantenere un'integrità dei confini dell'lo in quasi tutte le aree. Ta-

li confini diventerebbero però più sfumati o assenti, in quegli ambiti in cui si verifica un'identificazione proiettiva e una fusione con gli oggetti idealizzati, ovvero in tutte quelle relazioni vissute come significative dal soggetto borderline, che in questa circostanza è assolutamente incapace di integrare aspetti contraddittori del sé e dell'altro.

Per Kernberg, questo meccanismo di scissione, deriverebbe sostanzialmente da una storia di frequenti ed estreme frustrazioni e intensa aggressività, che questi pazienti dovettero fronteggiare durante i primi anni di vita, sviluppando in maniera abnorme un'aggressività pre-genitale di tipo orale, dovuto al rapporto conflittuale tra il genitore e il bambino nel periodo edipico. La terapia di Kernberg, ha dunque l'obiettivo principale di costruire una nuova e diversa relazione significativa con il paziente, dove questi possa correggere quelle strutture patologiche derivanti dalle precedenti relazioni oggettuali interiorizzate.

Un'altra teoria psicodinamica dello sviluppo, cui viene fatto spesso riferimento per l'interpretazione del BDP, nell'orientamento della Psicologia delle relazioni oggettuali, è quella di Melanie Klein (1947), la quale indica due posizioni infantili di sviluppo psichico normale rispetto alla relazione con l'oggetto: una definita *schizo-paranoide* ed una *depressiva*, le cui descrizioni sembrano perfettamente sovrapponibili a quello che Kernberg ha individuato, più tardi, essere una caratteristica tipica dei pazienti "limite".

Nella posizione schizo-paranoide il bambino farebbe, secondo la Klein, un'esperienza dell'oggetto come *scisso*, vivendo non una madre con caratteristiche diverse, ma due madri distinte, quella "buona" dispensatrice e quella "cattiva" persecutrice. Ad una madre "buona" corrisponderebbe perciò successivamente un *Io buono* e ad una "cattiva" un *Io cattivo*. Nella posizione depressiva, successiva in termini temporali di sviluppo, avverrebbe un'integrazione, ovvero si attribuirebbero infine all'oggetto intero entrambe le caratteristiche altrimenti vissute come scisse. La madre diviene un oggetto unico, con aspetti buoni e cattivi e questo potrebbe far sperimentare al bambino che gli attacchi finalizzati alla distruzione dell'oggetto cattivo, in realtà, abbiano colpito anche quello buono, determinando la necessità di elaborare la depressione evolutiva di questa fase dello sviluppo, per evitare il senso di colpa.

Nei borderline questi processi sembrano essere evidenti; infatti all'oggetto percepito come scisso, un oggetto cattivo, corrisponde un Io complementare cattivo che attacca e tenta di distruggere; ad un oggetto buono corrisponde un Io buono che ha diritto alle cure e all'attenzione.

L'alternanza del tono dell'umore depresso e aggressivo nel disturbo borderline sembra inoltre visto, da un punto di vista kleiniano, come conseguenza del mancato superamento della posizione schizo-paranoide e depressiva sopradescritta, da cui derivano il tentativo persistente di integrare le parti scisse del Sé e dell'altro e la conseguente instabilità nell'immagine di sé nelle relazioni, nonché l'umore spesso depresso, indicati dal DSM-IV (A.P.A., 1994).

L'ultima teoria psicodinamica, cui è utile far riferimento per comprendere meglio la dinamica relazionale della personalità borderline, dove abbiamo visto che non esiste una chiara definizione tra sé e l'oggetto, e il mantenimento di un'identità stabile viene delegata interamente alla relazione, è quella di Margaret Mahler (1978). L'autrice parla di questa difficoltà di percepire l'altro come nettamente separato, nell'ottica di uno specifico processo psico-fisiologico, inseribile in una prospettiva di nuova psicoanalisi, ma definita postmoderna, dal momento che costruisce, a differenza dei precedenti orientamenti psicoanalitici, una teoria evolutiva a fondamento largamente empirico.

La Mahler infatti, descrive lo sviluppo psicologico dell'uomo in senso evolutivo, delineandone un processo osservabile nei primi tre anni di vita, che inizia da una fase di "autismo" e passa dalla "simbiosi", fino ad arrivare ad uno stadio di "separazione-individuazione" che ne determina il completamento.

La fase autistica, descrive quello che è il funzionamento normale in un neonato nelle prime quattro settimane di vita, quando la sua interazione con l'ambiente appare limitata a causa delle immature strutture neurologiche.

Solo successivamente si verificherebbe una sorta di cambiamento dovuto allo sviluppo fisiologico, in cui compare una maggiore sensibilità del neonato verso gli stimoli provenienti dall'esterno, che va a costituire la seconda fase definita simbiotica. Questo aumento di reattività causerebbe infatti, una sorta di consapevolezza confusa della madre come oggetto esterno, dal momento che il bambino non è ancora capace di differenziare se stesso e condensa l'immagine di sé e quella della madre, in un sistema simbiotico comprensivo delle caratteristiche di entrambi;

secondo la Mahler, in questa fase, il bambino si comporterebbe come se egli stesso e la madre fossero un unico sistema specifico e onnipotente.

Lo stadio simbiotico è dunque la fase di transizione da un mondo pre-oggettuale, in cui l'altro comincia ad essere percepito, ma non viene ancora vissuto come separato, verso uno stadio oggettuale, dove gli altri sono vissuti come oggetti nettamente separati e il bambino raggiunge una maggiore individuazione del senso di sé.

Dopo questa transizione, inizierebbe quindi l'effettivo processo di separazione e di individuazione, che si realizza attraverso l'elaborazione di ulteriori passaggi evolutivi.

Appartengono infatti a questo periodo delle sotto-fasi; la prima è descritta come un'iniziale "differenziazione", dove il bambino appare quasi sempre vigile e verso i cinque-sei mesi di vita, inizia ad esplorare il corpo della madre. Da questa iniziale attenzione focalizzata sull'oggetto, il bambino incomincia poi a rivolgere la sua attenzione anche verso gli stimoli più distanti, dimostrando una capacità di discriminazione tra sé e la madre, tra gli oggetti e altro da sé, e tra la madre e le altre figure.

Proprio qui, cominciano a comparire quelli che Winnicott (1953), definì *oggetti transizionali*, che dimostrano il passaggio da una fase di percezione onnipotente di controllo della realtà ad una fase di transizione appunto, dove il bambino comincia a sperimentare gli oggetti e dunque l'altro da sé, caratterizzati da elementi appartenenti sia alla sua realtà interna, che al mondo esterno; l'oggetto transizionale permetterebbe perciò al piccolo di iniziare a sperimentare un limite di controllo e manipolazione su un oggetto considerato sufficientemente diverso da sé, da non corrispondere totalmente ai suoi desideri o fantasie onnipotenti.

La sottofase di "differenziazione" è seguita quindi da una fase di "sperimentazione", in cui il bambino comincia a sperimentarsi come autonomo e maggiormente differenziato, anche in virtù del fatto che riesce a tollerare la distanza dalla madre, per dirigersi verso stimoli nuovi.

Prima che venga raggiunto lo stadio definitivo di differenziazione, dopo la fase di sperimentazione, esiste però una fase definita di "riavvicinamento" alla madre, necessaria al bambino per costruire una rappresentazione mentale dell'oggetto, che porta alla fase "costanza dell'oggetto" di completamento del processo, dove

l'oggetto rimane costante nella presenza, nonostante una mancata vicinanza e totale appropriazione, permettendo finalmente di raggiungere la differenziazione.

Questo, in sintesi, è il processo genetico di strutturazione della personalità inteso dalla Mahler, che fornisce un'interessante interpretazione eziologia della modalità relazionale presente nel disturbo borderline. Una possibile mancanza di risoluzione del processo evolutivo di separazione-individuazione infatti, potrebbe spiegare l'incapacità di queste personalità a sostenere l'indisponibilità dell'altro e il ricorrente uso di oggetti transizionali, citati nelle manifestazioni comportamentali del DSM IV.

#### *La teoria dell'attaccamento*

La teoria dell'attaccamento sottolinea l'importanza delle cure genitoriali precoci e soprattutto in tempi recenti, si trova a far luce sull'eziologia traumatica dei pazienti con Disturbo di Personalità Borderline che, tanto frequentemente, presentano le vicende e le conseguenti modalità comportamentali di chi ha subito un abuso nell'infanzia, nei termini di scarso o inadeguato accudimento da parte delle figure di riferimento o *caregivers*.

L'attaccamento, è definito come il legame biologico preposto a garantire la sopravvivenza del bambino che, attraverso il sistema di cure che riceve, costruisce quei modelli operativi interni di relazione, o strategie di attaccamento, che andranno poi ad influenzare le sue relazioni da adulto; le strategie di attaccamento infatti, sono quasi del tutto indipendenti dal codice genetico e vengono adottate nell'infanzia per mantenersi più o meno stabili nell'età adulta.

L'autore considerato il fondatore della teoria dell'attaccamento è John Bowlby (1960), il quale, in base ai suoi studi su bambini separati dalle figure di riferimento, ipotizzò l'esistenza di un legame specifico primario tra la madre e il bambino, dall'osservazione della manifestazione di un comportamento di attaccamento espresso dal piccolo, quando ad esempio questi piangeva, rideva, o più in generale ricercava la prossimità di chi si prendeva cura di lui.

La teoria di Bowlby, a differenza della psicoanalisi che riteneva la spinta pulsionale il solo motivo dell'instaurarsi del legame, affianca, a questa spinta, il concetto di un

istinto innato verso un'interazione qualitativamente valida, che si esprime con il bisogno di prossimità e di legame, anche laddove l'interazione non passa attraverso la soddisfazione delle pulsioni.

Il progressivo ripetersi di una modalità interattiva che assicuri questo legame, soddisfacente o meno che sia, porta in seguito ad una graduale internalizzazione dell'esperienza emotiva, nei termini di costruzione dinamica della realtà relazionale strutturata in *modelli operativi interni*. Questi possono essere intesi come uno schema di rappresentazioni o stili di attaccamento che, una volta costituitosi, modula la percezione, selezionando le informazioni dell'esperienza relazionale.

L'esistenza di questa raffinata elaborazione dell'esperienza emotiva, è inoltre particolarmente rilevante, perchè mise in discussione l'impianto teorico sulle motivazioni fino ad allora dominante, segnando senz'altro un cambiamento nell'approccio alla psicopatologia.

L'ipotesi centrale nella teoria bowlbiana, fu quindi quella di differenziare questo attaccamento sulla base della qualità delle cure materne ricevute e di teorizzare che l'attaccamento influenzasse l'organizzazione di personalità, il concetto di sé e degli altri.

In base a queste considerazioni, Bowlby definì così due differenti stili di attaccamento:

- *Sicuro*, se riferito a modalità di comportamento volto all'esplorazione della realtà esterna, libero da stati di ansia o di sconforto;
- *Insicuro*, se caratterizzato da uno stile generalmente orientato a comportamenti di evitamento, immunizzazione emotiva e ambivalenza, o comportamenti comunque privi di una gestione emotiva equilibrata e di un rapporto sereno con l'esterno.

Mary Ainsworth (1978), ebbe invece il merito di approfondire il concetto di strategia di attaccamento, in un situazione sperimentale nota come *Strange situation*, che esplorasse le modalità comportamentali di un bambino molto piccolo, in un contesto di separazione dalla madre, dal padre o da un'altra figura genitoriale.

Da questo, la Ainsworth, stabilì quattro strategie fondamentali di comportamento, già presenti nei bambini nel primo anno di vita:

- 1- *Sicuro*, dove al ritorno della madre il bambino cerca la sua vicinanza e si sente poi sufficientemente tranquillo da ritornare a giocare.

- 2- *Evitante*, osservato in bambini che sembravano meno ansiosi durante la separazione e al ritorno della madre la ignorano.
- 3- *Ansioso-ambivalente*, che descrive bambini molto a disagio in seguito alla scomparsa della madre e manifestazioni di rabbia, tensione o bisogno di forte vicinanza al suo ritorno.
- 4- *Disorganizzato-disorientato*, che non mostra alcuna strategia coerente durante l'esperienza della separazione.

Autori successivi inoltre, quale Peter Fonagy (1988), applicano i principi della teoria dell'attaccamento e le categorizzazioni sopradescritte per interpretare il comportamento degli adulti ed aggiungere uno dei concetti chiave dell'attuale teoria dell'attaccamento, ovvero quello della *mentalizzazione*. Quest'ultima si riferisce alla capacità di intendere il pensiero come rappresentazionale e di conseguenza, interpreta il comportamento come motivato da pensieri e sentimenti appartenenti ad un'esperienza precoce interiorizzata; ciò significa ad esempio, che un genitore incapace di mentalizzare, cioè rappresentare mentalmente il proprio figlio in modo adeguato, fornirà al bambino un'immagine di se stesso distorta insieme alla conseguente sua stessa incapacità di mentalizzare.

Mary Main (1995) infine, è particolarmente nota per aver messo a punto una tecnica di ricerca per il rilevamento dello stile di attaccamento negli adulti: l'*Adult Attachment Interview (AAI)*, tecnica basata sull'analisi dei trascritti di un'intervista appositamente strutturata per rilevare le modalità di attaccamento dell'adulto nei confronti delle figure di riferimento primarie. Anche dall'AAI è possibile identificare diverse classificazioni o modelli di attaccamento: sicuro-autonomo o *Free*; insicuro-distanziante o *Dismissing*; invischiato-preoccupato o *Entangled-Preoccupied* e non risolto-disorganizzato o *Unresolved*.

Con la modalità di attaccamento *Unresolved* in particolare, ci troviamo in un ambito di attaccamento che, a differenza degli altri non, mostra una precisa struttura ed è pertanto definito disorganizzato. Un attaccamento di questo tipo si ha in risposta ad una relazione con una figura genitoriale afflitta da gravi conflitti o emozioni irrisolte che determinano un atteggiamento più rivolto alle sue dimensioni interiori, dominate da vissuti di tristezza, preoccupazione e ansia, che non alle esigenze del figlio. La figura di attaccamento non è più l'adulto protettivo che ci si aspetta, ma

una figura pericolosa, a volte anche abusante o violenta, da cui difendersi con l'attacco o con il congelamento emotivo.

La percezione del bambino è quella di sentirsi minacciato. E' facile che si sviluppi così uno stile comportamentale dominato dall'*ostilità*, le cui caratteristiche cognitive sono l'incapacità di reagire in modo appropriato alle invalidazioni e l'assunzione di atteggiamenti che possono andare dall'imporre la propria posizione, allo screditare gli altri, alla manipolazione, all'indifferenza emotiva. In generale si stabilisce dunque un rapporto che vede l'altro più come oggetto da adattare ai propri scopi e bisogni che non come persona, in una strategia di relazione all'insegna del combattimento e della difesa ad oltranza e che generalmente ignora o sminuisce la realtà della dimensione emotiva altrui.

Proprio queste caratteristiche si riscontrano nei disturbi di personalità borderline, e altri disturbi descritti nel cluster B del DSM (tra cui l'Antisociale, il Narcisista e l'Istrionico), classificati come disturbi della personalità accomunati da: rapporti con gli altri molto conflittuali fino all'antisocialità, da una percezione di sé come individuo speciale e diverso, e da una scarsa presenza di regole morali e senso di colpa.

### *La teoria cognitiva*

Anche la psicologia cognitiva, fornisce ulteriori prospettive che esplicano alcuni dei sintomi costitutivi della patologia borderline descritti dal DSM IV; i principali modelli appartenenti alla teoria cognitiva sono: il modello di Aaron Beck (1995) e quello di Marsha Linehan (1993).

Il primo identifica il nucleo della patologia borderline nella cristallizzazione cognitiva di tre concezioni che i pazienti borderline mostrano di avere riguardo sé stessi e sul mondo: 1) la convinzione che il mondo è pericoloso e malevolo; 2) la convinzione di essere particolarmente fragile e vulnerabile; 3) la convinzione di essere inadeguato e inaccettabile, e quindi destinato all'abbandono. Questi presupposti comportano inevitabilmente delle condizioni patogene: la prima promuove l'insorgere di paure e fobie nonché la predisposizione alla collera immotivata e all'aggressività. La seconda prospettiva determina l'incapacità di impegnarsi in progetti coerenti di vita e la presenza di intense e squilibrate reazioni emotive.



L'ultima convinzione genera la sensazione cronica di vuoto e i comportamenti autolesivi.

Secondo il modello di Marsha Linehan invece, il nucleo del disturbo consiste in un deficit del sistema di regolazione delle emozioni, che si manifestano con eccessiva intensità sia nell'esperienza soggettiva che nel comportamento e nella comunicazione. Questa mancata regolazione spiegherebbe la rabbia immotivata ed intensa, le oscillazioni rapide dell'umore, l'intensità caotica delle relazioni affettive, e gli altri indicatori presentati dal DSM. Il tentativo di ridurre l'esperienza intensa e caotica delle emozioni, può portare il paziente borderline a fare ricorso alle droghe, all'alcool o alle abbuffate di cibo, o a consentirgli di inibire totalmente, in alcuni momenti, i propri vissuti emotivi con una chiusura che lo porta però a sperimentare angoscianti sensazioni di vuoto. Questo deficit strutturale del sistema di regolazione delle emozioni è causato, nel modello proposto, dall'interazione di variabili caratteriali con variabili legate all'apprendimento sociale del valore e del significato delle emozioni; in sostanza l'ambiente interpersonale entro cui il paziente sviluppa la conoscenza di sé e degli altri sarebbe tale da indurlo a svalutare il significato e il valore delle emozioni che percepisce in sé e che osserva negli altri.

Questi sono, a grandi linee, i principali contributi alla definizione di questa complessa patologia; nelle loro differenti interpretazioni, offrono un quadro abbastanza chiaro delle principali dimensioni psicologiche e ambientali coinvolte nell'insorgere del disturbo. Di fatto, un approccio bio-psico-sociale appare imprescindibile per ogni teoria che affronti la complessità di questo tema.

## LA PSICOPATOLOGIA NELL'OTTICA DELLA PSICOTERAPIA DELLA GESTALT

### *Il ciclo dei bisogni e il ciclo di contatto*

Come abbiamo visto, la psicoterapia della Gestalt valuta il funzionamento psichico di un individuo osservando le sue modalità di contatto con l'ambiente, all'interno del ciclo di esperienza.

In Gestalt Therapy, il ciclo di esperienza, fu introdotto da Joseph Zinker, con il nome di *ciclo dei bisogni*, il quale descrive il benessere della persona come il completamento consapevole di un processo che porta alla soddisfazione dei propri bisogni; secondo la prospettiva del ciclo dei bisogni dunque, il disagio è dato da una difficoltà ad agire nell'ambiente per ottenere questa soddisfazione e nelle varie fasi del ciclo (dal ritiro fino al contatto per arrivare di nuovo al ritiro) si osserva dove l'attenzione al bisogno smette di essere consapevole al punto da interrompere l'esperienza.

Con la teorizzazione del *ciclo di contatto* dei Polster invece, l'attenzione dello psicoterapeuta della Gestalt passa dall'osservazione delle capacità della persona di soddisfare i propri bisogni *nell'ambiente*, alla valutazione delle sue modalità di contatto *con l'ambiente*.

Nella prima griglia di osservazione quindi l'ambiente rimane sullo sfondo, lasciando all'individuo il compito di rintracciare il suo bisogno in modo consapevole per soddisfarlo; con i Polster diversamente, l'ambiente, con i suoi bisogni, comincia a emergere, e la persona si trova a dover rintracciare delle modalità di adattamento creativo tali da permettergli di entrarvi in contatto.

Da queste formulazioni appare quindi evidente come, nell'evoluzione delle sue elaborazioni, la Terapia della Gestalt vada sempre più affermando un'equivalenza tra l'individuo e l'ambiente, considerando la psicopatologia come il prodotto della relazione che esiste tra la persona ed il suo contesto socio-ambientale.

Ne consegue che il disagio è relativo al mancato processo di mediazione all'interno di un sistema costituito sia dall'individuo che dall'ambiente, ovvero tra la relazione disfunzionale che si instaura tra questi.

Un altro concetto importante, che scaturisce dall'elaborazione del ciclo di contatto, è quello di identità, inteso come quel momento in cui l'individuo, una volta concluso il contatto attraverso determinate modalità più o meno disfunzionali e terminata l'esperienza, ne elabora il senso per la propria identità.

Nel modello teorico della Gestalt più recente dunque, il disagio psicologico, viene rintracciato sia a livello di disfunzionalità delle modalità di contatto con l'ambiente, le azioni dell'individuo, sia a livello dell'autoriconoscimento di sé, derivante dal significato dell'esperienza che la persona costruisce nella relazione con l'ambiente nel corso della sua vita e che vanno a costituire la sua identità.

## IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITA' SECONDO L'APPROCCIO DELLA GESTALT

### *La diagnosi in Gestalt therapy*

La Terapia della Gestalt fonda la diagnosi su un'osservazione di tipo fenomenologico, il quale tende a descrivere semplicemente i sintomi, piuttosto che dare loro un preciso significato; tale può essere il motivo per cui per molto tempo si è considerato inutile, se non addirittura dannoso, costruire etichette diagnostiche che avrebbero inquinato un'osservazione basata sull'esplorazione di ciò che accade nel contatto intenso, autentico e soprattutto non pregiudicante, tra il cliente e il terapeuta, nel qui e ora della relazione.

Tale atteggiamento, che si oppone alla spersonalizzazione degli individui dovuta all'oggettivizzazione dell'aspetto patologico, ha perciò indirizzato il terapeuta della Gestalt a considerare i sintomi da un punto di vista preferibilmente creativo, nei termini di adattamento all'ambiente, verso la considerazione di ogni manifestazione comportamentale come *"il particolare stile espressivo che riduce le possibilità di contatto con il nostro ambiente"* (Polster & Polster, 1986, pag.67), che esprime insieme il miglior tentativo di adattamento possibile per quell'individuo.

Questa posizione, considerata da molti ottimistica, deriva anche dal fatto che la teoria della Psicoterapia della Gestalt ebbe origine dall'osservazione del funzionamento organismico ottimale, rappresentato da un individuo in grado di soddisfare pienamente i suoi bisogni nella relazione con l'esterno o, più precisamente, al confine di contatto tra l'essere umano e l'ambiente che lo circonda.

Proprio qui, sul confine che determina il punto di contatto tra l'individuo e l'ambiente, viene rintracciato l'elemento disadattivo, inteso dalla teoria gestaltica come quelle modalità disfunzionali di contatto con l'altro da sé, che non permettono al cliente un adeguato sfruttamento dei sistemi di sostegno ambientale.

Ciò che il terapeuta gestaltista indaga per determinare un'ipotesi diagnostica, sono dunque le funzioni di contatto che il cliente adotta nel qui e ora della seduta terapeutica, le quali, in una prospettiva diagnostica fundamentalmente funzionale, piuttosto che interpretativa o eziopatogenetica, forniscano una valutazione clinica globale dell'individuo.

Partendo dalla definizione gestaltica di personalità, definita come quel modo relativamente stabile di funzionare di una persona, a livello sensoriale, cognitivo, emo-

tivo e sensorio, nel suo ambiente, il terapeuta gestaltista classificherà quindi il tipo di disagio che affligge il suo paziente.

Le disfunzioni del confine di contatto nella terapia sono inoltre osservate dal terapeuta nella relazione col cliente, in precisi episodi o momenti, che vanno a descrivere quello che viene definito in Gestalt, il Ciclo di esperienza organismica , o *Ciclo di contatto* naturale e completo.

Il ciclo, presentato sotto forma di campana, descrive i fondamentali momenti dell'esperienza di un individuo, scandendoli in:

**Ritiro**, dove l'individuo è a riposo senza alcun bisogno da soddisfare;

**Sensazione**, quando l'organismo avverte un bisogno a livello sensorio;

**Consapevolezza**, nel momento in cui il bisogno viene simbolizzato, emergendo in figura da uno sfondo di inconsapevolezza;

**Mobilizzazione dell'energia**, ovvero l'attivazione delle risorse energetiche, che consente di individuare nell'ambiente ciò di cui ho bisogno;

**Azione**, o il compimento di un gesto in grado di soddisfare il mio bisogno;

**Contatto**, nel quale avviene la soddisfazione del bisogno nell'incontro con un elemento dell'ambiente;

**Ritiro**, come fase di completamento del ciclo, che determina una fase di stallo tra la soddisfazione di un bisogno e l'emergere di un altro.

Il disturbo o la disfunzionalità delle modalità di contatto, sono dunque osservati in Gestalt Therapy all'interno di questo ciclo di contatto, o più precisamente dove questo si interrompe, tramite specifiche modalità di resistenza o di adattamento cronicizzato al contatto descritte dai Polster: l'**introiezione**, tra la sensazione e la consapevolezza; la **proiezione**, tra la consapevolezza e la mobilizzazione dell'energia, la **retroflessione**, tra la mobilizzazione dell'energia e l'azione; la **deflessione**, tra l'azione e il contatto; la **confluenza**, tra il contatto e il ritiro.

E' importante precisare che nella prospettiva gestaltica, l'attività al confine di contatto è sostenuta dalle modalità sopra menzionate, anche in una situazione di normalità, dove vengono definite modalità di contatto; quando queste però rappresentano una modalità rigida di relazione, di cui una persona fa un uso massiccio o inconsapevole, come nel caso del disagio psichico, assumono l'esplicito significato di modalità di resistenza al contatto, nell'accezione di interruzione del ciclo, e possono essere propriamente delineate nel seguente modo:

Nell'**introiezione**, ciò che fa parte dell'ambiente viene sperimentato come parte del sé e il confine tra il soggetto e l'ambiente, spostato perciò all'interno dell'individuo, non gli permette di rintracciare all'esterno ciò di cui ha davvero bisogno; questa modalità di contatto viene definita come l'assunzione passiva di ciò che l'ambiente propone senza saper scegliere e spesso rappresentata in terapia da un paziente che, come un lattante in cerca del latte della madre, si aspetta le risposte già pronte del terapeuta.

Con la **proiezione**, si considera parte dell'ambiente o dell'altro ciò che invece fa parte di sé e il confine di contatto rimane così troppo lontano dall'individuo, per un adeguato sostegno ambientale; la proiezione essenzialmente deriva dall'attribuzione all'esterno di aspetti di sé intollerabili e in terapia può comportare da parte del paziente, il vedere nel terapeuta parti rinnegate di se stesso.

Nella **retroflessione**, si finisce per fare a se stessi ciò che si vorrebbe fare all'ambiente e all'altro, o ciò che si vorrebbe l'ambiente o l'altro facesse a noi; la linea di confine tra il sé e l'ambiente, risulta tracciata esattamente al centro dell'individuo stesso, il quale soddisfa le proprie necessità, senza avvertire il bisogno di entrare in contatto con l'esterno.

Di conseguenza, la retroflessione comporta una riduzione esagerata dell'interazione con l'ambiente e, in terapia, può comportare una difficoltà del paziente ad affidarsi al terapeuta.

Nella **confluenza**, non si avverte nessun confine di separazione tra sé e l'altro da sé e perciò si tende a confondere i bisogni personali con quelli dell'altro; in terapia è il caso tipico del cliente che ricerca un'aderenza perfetta alle regole o alle opinioni del suo terapeuta.

La **deflessione** infine, è una manovra utilizzata per stemperare l'intensità del contatto, che in terapia talvolta può essere avvertito dal paziente come insopportabile e perciò ridimensionato tramite un linguaggio vago, scherzoso o denso di esagerazioni.

### *La Gestalt e il disturbo borderline di personalità*

I disturbi della personalità, nell'ottica gestaltica, sono una situazione di disagio psichico in cui l'individuo fa un uso inflessibile e disadattivo di alcune specifiche modalità di resistenza al contatto con l'ambiente nel ciclo dell'esperienza.

Per diagnosticare un disturbo di personalità nella prospettiva della psicoterapia della Gestalt, si utilizzano inoltre i criteri diagnostici del DSM e le caratteristiche di questo disagio devono: manifestarsi in numerosi contesti; causare un'alterazione significativa del funzionamento sociale e professionale; essere l'espressione di una dinamica psicopatologica a lungo termine, piuttosto che una risposta a circostanze passeggero o eccezionali.

Nella diagnosi gestaltica il Disturbo Borderline di Personalità viene inteso così come una patologia caratterizzata da instabilità permanente in tutte le esperienze del soggetto, il quale incontrerà difficoltà a mantenere una rete sociale adeguata, a causa del vago sentimento di identità che si riflette in tutte le sue relazioni interpersonali. Egli infatti mette in atto modalità relazionali imprevedibili, per cui le persone saranno di volta in volta amate e poi repentinamente odiate, e i suoi rapporti significativi saranno quindi segnati dall'alternanza idealizzazione/svalutazione, dall'impulsività e dalla paura dell'abbandono.

Nel ciclo di contatto del paziente borderline, suddivisibile in vari momenti, si può osservare che:

La **sensazione** è una fase contrassegnata dalla difficoltà ad organizzare le proprie sensazioni, e soprattutto a riconoscerle come espressione dei propri bisogni o, viceversa, come reazioni difensive rispetto ad una presunta minaccia esterna.

Nella **consapevolezza** predomina la confusione, l'im maturità e l'incertezza nell'affidarsi alle proprie sensazioni, delle quali non si tollera l'alternanza e non se ne accetta il cambiamento; quando il cliente infatti si permette di sentire determinate sensazioni che dividono la sua realtà interna ed esterna in due aspetti radicalmente opposti e inconciliabili, si trova disorientato e sommerso dal bisogno più pressante di risolvere questa ambiguità, finendo col perdere di vista il concetto di continuità dell'esperienza.

La **mobilizzazione dell'energia**, data una tendenza disforica del tono dell'umore, sarà caratterizzata da una successione, secondo le circostanze, di momenti di grande apatia ed episodi di grande attivazione.

L'**azione** è evidenziata dalla precipitosità (acting out), dovuta ad un mancato controllo pulsionale, che può manifestarsi in atti violenti verso gli altri o condotte autopunitive.

Nel **contatto** appare spesso il chiaro tentativo di rimanere in questa fase, con l'evidente difficoltà a sganciarsi dal contatto.

Il **ritiro**, a causa delle problematiche abbandoniche del paziente borderline, è una condizione che può determinare stati di grande angoscia o periodi di intenso ritiro regressivo; in questo senso, è come se la fusione sostituisse il contatto e la fuga costituisse il ritiro.

Per quanto riguarda le modalità disfunzionali, attuate in modo rigido e spesso inconsapevole da questo tipo di paziente, il quale sperimenta un contatto inadeguato con se stesso e l'ambiente che lo circonda, è possibile infine descrivere:

L'**introiezione**, dove l'instabilità psichica provoca l'alternanza di meccanismi per cui, in certi momenti, la persona sembrerà assimilare avidamente ogni cosa, per poi rigettare improvvisamente tutto al fine di riprendere il controllo di sé; per questo motivo è molto importante, nella terapia con questi pazienti, far passare il più possibile inosservati i momenti di introiezione, almeno fino al momento in cui la relazione terapeutica non sarà vissuta sufficientemente confortante dal paziente, da evitargli la necessità di rifiutare gli elementi buoni, per cominciare invece ad introiettarli.

La **proiezione**, che serve a questo paziente per stabilizzare la sua esperienza interna, caratterizzata dalla contraddittorietà e perciò viene attuata tramite la tendenza a vedere all'esterno un elemento complementare che consolidi la propria condizione interna.

La **retroflessione**, di cui vi è un debole uso, rilevato dalla presenza di frequenti atti impulsivi; allo stesso tempo, questa modalità viene utilizzata in modo patologico attraverso comportamenti autodistruttivi rivolti contro se stessi, come alternativa ad un'aggressività diretta verso gli altri.

La **deflessione** viene attuata nei momenti di stress emotivo, assumendo i contorni di disconoscimento della realtà da cui consegue un bisogno di evitare l'intensità del contatto.

La **confluenza**, che in questo caso diventa fusionale e seguita da rari quanto reattivi episodi di autonomia autoimposta, per compensare una precaria identità attraverso atteggiamenti di controdipendenza.

#### *La terapia gestaltica con un paziente borderline*

Con questo tipo di patologia, caratterizzata da una marcata instabilità emotiva, la relazione terapeutica è spesso difficile fin dalle prime fasi preliminari; questo tipo



di cliente, infatti, tende a presentarsi, indipendentemente da come si mostra all'inizio, essenzialmente incline alla simbiosi o all'ostilità, percependo il terapeuta di volta in volta come un angelo dispensatore, o come un diavolo da attaccare per difendersi.

Di conseguenza, la terapia gestatica, basata sull'esperienza del contatto autentico del qui e ora della relazione, può risultare estremamente intensa per chi già tende a coinvolgersi nelle situazioni in modo esagerato ed ha pertanto bisogno di essere condotta con la massima cautela, tenendo conto del riferimento diagnostico e dell'osservazione di alcune regole di trattamento necessarie con questo tipo di pazienti.

Uno degli accorgimenti fondamentali con un paziente borderline infatti, è quello che il terapeuta stabilisca e mantenga fin da subito in modo chiaro e centrato quali sono i suoi confini, per cercare di costruire una relazione solida con cui compensare l'improvvisa reattività del cliente ed evitargli un ulteriore turbamento.

Per far questo è dunque preferibile cercare prima di tutto di contenere gli stati emotivi del soggetto, riportandolo al qui e ora del confine di contatto e rinunciando, almeno finché la relazione terapeutica non è stabile e fortemente collaudata (e il cliente si mostra capace di non disintegrarsi), a tutte quelle tecniche regressive e all'analisi delle dinamiche intrapsichiche, che al contrario potrebbero essere rischiose.

La funzione primaria della terapia è quella, in sintesi, di ridurre al minimo la mobilitazione degli stati affettivi, fornendo il sostegno necessario a stabilizzare e contenere lo stress emotivo. Dopo le fasi iniziali è possibile comunque osservare la tendenza frequente ad abbandonare la terapia senza un motivo specifico e chiaro, soprattutto in quei soggetti che presentano un livello di funzionamento meno elevato e per i quali, per questo, la terapia risulta troppo faticosa. Tuttavia proprio la continuità della terapia rappresenta un obiettivo importante da raggiungere, perseguibile se il terapeuta saprà gestire il proprio controtransfert, non facendosi coinvolgere nella rete dei comportamenti impulsivi e manipolatori del suo paziente. In considerazione della difficoltà del paziente nel controllo dei propri impulsi inoltre, sarà utile incentrare molto del lavoro sulla chiarificazione delle esperienze del presente, le quali sono spesso contraddittorie, in quanto riflettono una diffusione di identità dovuta al consueto uso della scissione.

E' pertanto opportuno che la terapia con un paziente borderline si focalizzi soprattutto: nel sostenere il soggetto nei suoi momenti di difficoltà; nel fornire una chiave di lettura diversa delle situazioni di disagio, che funzioni da stabilizzatore degli stati affettivi vissuti in maniera acuta nei momenti di forte stress; sul lavorare affinché questi pazienti diventino consapevoli nella relazione terapeutica delle esigenze altrui, da cui possano finalmente sentirsi accolti o respinti in maniera più contestualizzata e costruttiva. Uno degli scopi fondamentali con i pazienti limite infine, è quello di incoraggiare la costruzione e l'inserimento in una rete sociale di sostegno, nella quale possano rafforzare il loro senso di identità e sperimentare un buon funzionamento emotivo, che li possa portare verso una realizzazione di tipo anche professionale.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI GESTALTICI

- Clarkson, P., *“Gestalt-counseling, per una consulenza psicologica proattiva nella relazione d’aiuto”*, Roma, Sovera, ,1992.
- Delisle, G., *“I disturbi della personalità, psicopatologia Gestalt & D.S.M. III/IV*, Sovera multimedia s.r.l., Roma,1992.
- Ginger, S., *“Iniziazione alla Gestalt l’arte del con-tatto”*, Edizioni Mediterranee, Roma, 2005.
- Ginger, S., *“La Gestalt, terapia del con-tatto emotivo”*, Edizioni Mediterranee, Roma, 1990.
- Perls, F.S. e Baumgardner, P., *“L’eredità diPerls, doni dal lago cowichan”*, Astrolabio, Roma, 1983.
- Perls, F.S., Hefferline R.F., Goodman P., *“Teoria e pratica della Psicoterapia della Gestalt, vitalità ed accrescimento nella personalità umana”*, Roma, Astrolabio, 1971.
- Polster, E. e M., *“Terapia della Gestalt integrata. Profili di teoria e pratica”*, Milano, Giuffrè ed., 1986.
- Rametta, F., *“La gestalt della propria storia nel processo di integrazione con l’ambiente”*, Caleidoscopio, n.1, Società Italiana Gestalt, Roma, 1989.
- Wheeler, G., *“Che cos’è la terapia gestaltica”*, Astrolabio, Roma,1992.
- Yontef G., Ph.D., *“Gestalt Therapy: An Introduction”*, In: Dialogue and Process, The Gestalt Journal Press, New York, 1993.
- Zinker, J., *“Processi creativi in Psicoterapia della Gestalt”*, FrancoAngeli, Milano, 2002.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI SUL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

- A.P.A., *“Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. IV<sup>a</sup> Ed. riveduta” (DSM IV-TR)*, Masson, Milano, 1989.
- Ainsworth, M.D., et al., *“Patterns of attachment. A psychological study of the Strange Situation”*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Hillsdale, New Jersey, 1978.
- Asciuti, C., Busco, S., Gallo, D. *“Dizionario dei sinonimi & contrari”*,. Luigi Riverdito Editore, Genova, 1995.
- Bowlby, J., *“Attaccamento e Perdita vol. I. L'attaccamento alla madre”*, Bollati Boringhieri, Torino 1972.
- Bowlby, J., *“Attaccamento e Perdita vol. III. La perdita della madre”*, Bollati Boringhieri, Torino 1983.
- Bowlby, J., *“Una base sicura”*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1986.
- Breuer, J., Freud, S. (1895), *“Studi sull'isteria”*, In: Freud, S. *Opere vol. I*. Boringhieri, Torino, 1978.
- Caviglia, G. et al., *“Il Disturbo Borderline di Personalità”*, Carocci editore, Roma, 2005.
- Cortellazzo, M., Zolli, P., *“Dizionario etimologico Zanichelli”*, Zanichelli Editore, Milano, 1989.
- Ellenberger, H.F.. *“La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria psicodinamica”*, Bollati Boringhieri Editore, Torino, 1976-1995.
- Gabbard, G.O. (1994), *“Psichiatria Psicodinamica”*, Nuova edizione basata sul DSM IV, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.
- Galimberti, U., *“Dizionario di Psicologia”*, Ed. Unione Tipografica Torinese, Torino, 1992.
- Gill, M., *“Psicoanalisi in transizione”*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1996.
- Grinker, R.R., et al., *“The Borderline Syndrome”*, New York, Basic Books, 1968.
- Grugnola, R., C., (a cura di), *“La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partners”*, Raffaello Cortina, Milano, 1999.
- Kernberg, O.F., *“Sindromi marginali e narcisismo patologico”*, Boringhieri Editore, Torino, 1978.
- Khan, M., *“Lo spazio del Sé”*, Bollati Boringhieri, Torino 1976.

- Klein, M., *“Note su alcuni meccanismi schizoidi”*, in: Scritti 1921-1958, Boringhieri, Torino, 1978.
- Lichtenberg, J.D., *“Psicoanalisi e sistemi motivazionali”*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1992.
- Lingiardi, V., *“I meccanismi di difesa”*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2002.
- Lingiardi, V., *“I Disturbi della Personalità”*, Il saggiatore, Milano, 1996.
- Lorenzini, R., Sassaroli, S., *“Attaccamento, conoscenza e disturbi di Personalità”*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.
- Main, M., Hesse, E., *“ Attaccamento e psicoanalisi”*, Laterza Editore, Roma-Bari, 1992.
- Malher, M., et al., *“La nascita psicologica del bambino”*, Boringhieri Editore, Torino, 1978.
- Modell, A.H., *“Per una teoria del trattamento psicoanalitico”*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994.
- Paris, J., (a cura di) *“Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento”*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- Rosenfeld, H., *“Comunicazione e interpretazione”*, Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- Roth, A., Fonagy, P., *“Psicoterapie e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente”*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1997.
- Ruggieri, V., *“Mente corpo e malattia”*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1988.
- Stern, D.N., *“Il mondo interpersonale del bambino”*, Bollati Boringhieri Editore, Torino, 1985.
- Stone, M.H., *“The fate of borderline patients: Successful outcome and psychiatric practice”*, Guilford, New York, 1990.
- Winnicott, D.W., *“ Sviluppo affettivo e ambiente”*, Armando Editore, Roma, 1974.
- Winnicott, D.W., *“Sulla natura umana”*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989.