

SCUOLA ADLERIANA DI PSICOTERAPIA

Riconosciuta dal M.U.R.S.T. con D.M. del 29/09/1994

Direttore Generale: L. G. Grandi

TESI DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA

“IL CERVELLO MI VA IN TILT...”

**ADOLESCENTI E FUNZIONAMENTO BORDERLINE
IN ADOLESCENZA**

Carmelina Monia Napoli

SCUOLA ADLERIANA DI PSICOTERAPIA

Riconosciuta dal Ministero dell'Università e della Ricerca
Scientifica e Tecnologica con D.M. del 29/09/1994

Direttore Generale: L. G. Grandi

TESI DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA

“IL CERVELLO MI VA IN TILT...”

ADOLESCENTI E FUNZIONAMENTO BORDERLINE IN ADOLESCENZA

RELATORE: Dott.ssa Saveria Barbieri

CORRELATORE: Dott.ssa Elisa Tenti

CANDIDATA:

Dott.ssa Carmelina Monia Napoli

A.A.2021

*Ai miei genitori, a mio fratello e alla mia famiglia tutta, grazie ai quali
sono la persona che sono e ai quali posso dire un sincero grazie,
al mio compagno punto fermo nel caos della vita,
ad Elisa ed Alessandra che con instancabile pazienza mi hanno
insegnato cosa significa essere delle buone psicoterapeute,
a Silvia compagna e guida nel percorso forse più difficile della mia vita,
grazie alla quale e per la quale ho imparato l'importanza di ascoltarsi,
conoscersi, comprendersi e talvolta la giusta distanza necessaria per
separarsi,
alla mia relatrice Saveria e a tutti miei formatori che mi hanno
trasmesso la giusta passione imprescindibile di questo lavoro.
Alla me stessa bambina, adolescente e adulta che con la tenacia di
sempre non si è mai fermata e mai lo farà.*

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 LO SPAZIO ADOLESCENZIALE	
<i>1.1 L' adolescenza e il suo funzionamento</i>	5
<i>1.2 Adolescenti e personalità emergenti</i>	9
<i>1.3 Aspetti evolutivi e funzionamento mentale</i>	12
CAPITOLO 2 UN ADOLESCENTE IN TERAPIA	
<i>2.1 Il caso di Francesco</i>	19
<i>2.2 Alcuni cenni anamnestici</i>	20
<i>2.3 Profilo psicodiagnostico emerso a conclusione della psicodiagnosi</i>	22
<i>2.4 Andamento della terapia</i>	25
<i>2.5 Aspetti salienti della presa in carico</i>	33
CAPITOLO 3 IL DISTURBO BORDERLINE	
<i>3.1 Borderline come organizzazione, funzionamento, disturbo di personalità</i>	45
<i>3.2 Il disturbo borderline e la psicologia dello sviluppo</i>	51
<i>3.3 Una responsività adeguata</i>	55
<i>3.4 Il senso di sé nel disturbo borderline</i>	58
<i>3.5 Gli adolescenti con stili emergenti di personalità, livello borderline</i>	60
<i>3.6 Il trattamento del paziente Borderline</i>	63
<i>3.7 Strategie della psicoterapia focalizzata sul transfert (TFP)</i>	64
<i>3.8 Crisi nel trattamento</i>	70
<i>3.9 Gestione del trattamento tra psicoterapia e farmacoterapia</i>	71

3.10 Uno sguardo d'insieme	72
CONCLUSIONI	74
BIBLIOGRAFIA	77

INTRODUZIONE

L'argomento che vorrei trattare in questa tesi nasce da una serie di riflessioni teoriche e personali che si sono presentate nel corso del mio percorso di formazione come specializzanda in psicoterapia e, in particolare, durante il mio tirocinio presso l'ambulatorio Asl di psicologia dell'età evolutiva della città di Torino.

Il lavoro da me pensato nasce a seguito della presa in carico di un giovane paziente adolescente, che mi ha permesso non solo di mettermi in gioco come futura psicoterapeuta, ma di potermi "misurare" con le difficoltà di confrontarsi in terapia con le caratteristiche adolescenziali intrinseche e con i disturbi emergenti di personalità in adolescenza.

Al centro delle mie riflessioni è stata la grande difficoltà nello scindere le caratteristiche salienti dell'adolescenza con le caratteristiche predominanti di un disturbo borderline in adolescenza, nello specifico ho potuto approfondire come alcune caratteristiche adolescenziali e/o borderline mi hanno portata più volte a schierarmi dalla parte di Francesco, così si chiama il paziente, e come altre caratteristiche Borderline mi hanno confusa tanto da farmi vacillare e instillarmi grandi dubbi post colloqui.

Al centro delle mie riflessioni è emersa la grande difficoltà per Francesco di affermarsi nei vari contesti di vita quali il contesto scolastico e sociale, contesti in cui "*il suo cervello va in tilt*", e si fa trascinare in un vortice di emozioni e comportamenti contrastanti tanto da farlo sembrare Dottor

Jekyll e mister Hyde secondo le figure adulte di riferimento che seguono Francesco.

Fondamentalmente ho deciso di portare avanti questo lavoro, perché è stato il caso che mi ha confuso e allo stesso tempo affascinato, Francesco con la sua instabilità emotiva, il suo mondo interno confuso, i suoi sorrisi, le sue bugie, il suo corpo esile che nascondeva una forza che scalpitava e le sue frasi come “ *doc io qui mi sento ascoltato finalmente*” o “ *nemmeno a te interessa più di tanto di me*” o anche “ *tu sei diversa da tutti gli altri, con te posso sentirmi me stesso*”, mi ha obbligato ad ascoltarmi e riflettere molto nei post seduta, tanto da portare con me un pezzo di lui ogni volta che scrivevo di questo caso.

In questo lavoro scriverò dell'adolescenza come momento di crescita e di sviluppo e la valutazione diagnostica in adolescenza, successivamente illustrerò il caso di Francesco ed il percorso portato avanti assieme, la diagnosi di stili emergenti di personalità disfunzionali (livello borderline) emersa, ed infine il disturbo borderline e la terapia.

Un crescente corpus di evidenze empiriche suggerisce che, in campioni di adolescenti sono rappresentati numerosi pattern emergenti di patologie della personalità che poi tendono a perdurare nel tempo. I diversi manuali di psicopatologia raccomandano una certa cautela nel fornire diagnosi di disturbi di personalità in adolescenza, probabilmente queste raccomandazioni derivano dal tentativo di differenziare le caratteristiche normative associate a fasi dello sviluppo anche se caratterizzate da turbolenze, da persistenti configurazioni patologiche, e al contempo, dalla

necessità di proteggere gli adolescenti dallo stigma sociale. E' importante occuparsi delle patologie della personalità in adolescenza per molteplici ragioni. In primo luogo, attraverso la valutazione dei disturbi di personalità dell'adolescente, i clinici possono pianificare i trattamenti in modo più efficace. Infatti le dinamiche della personalità influenzano la presentazione clinica e la gravità delle patologie internalizzanti ed esternalizzanti. Le ricerche sottolineano la necessità di fornire interventi precoci mirati al trattamento della patologia emergente della personalità quando i giovani vivono ancora in contesti ambientali strutturati e dotati di fonti di sostegno. Al contempo però è importante ricordare che le traiettorie evolutive degli adolescenti non sono lineari o deterministiche, ciò ci suggerisce che gli esiti di un disturbo di personalità possono dipendere da diverse variabili concomitanti e che i fattori di rischio per la patologia della personalità non sempre conducono a diagnosi di disturbo vere e proprie. La valutazione della personalità nell'adolescente risulta assai più complessa che nell'adulto. I clinici che lavorano con gli adolescenti devono tener conto oltre che dell'età anche delle fasi di sviluppo che stanno attraversando, devono considerare anche l'influenza delle variabili familiari e ambientali, e pensare al modo in cui questi fattori contribuiscono alla costruzione dei tratti emergenti di personalità. Sostanzialmente il clinico deve considerare e decidere se i pattern emergenti di personalità di quell'adolescente siano sufficientemente rigidi e disadattivi per configurarsi come un disturbo. Di particolare aiuto mi è stata la valutazione multiassiale utilizzata dal PDM-2 per la valutazione dell'adolescenza che prevede prima la valutazione del profilo del

funzionamento mentale (asse MCA), poi quella relativa ai pattern e disturbi di personalità (asse PCA) e infine quella dell'esperienza soggettiva dei sintomi delle diverse sindromi cliniche (asse SCA). Di particolare rilievo nell'asse PCA è stato il concetto di pattern di personalità in formazione, concetto che evidenzia la continuità evolutiva dei processi che concorrono alla strutturazione della patologia di personalità. (PDM-2, 2019)

CAPITOLO 1

LO SPAZIO ADOLESCENZIALE

1.1 L'adolescenza e il suo funzionamento

La valutazione del funzionamento mentale rappresenta un aspetto fondamentale per la formulazione diagnostica, la pianificazione e l'attuazione del trattamento. Fare diagnosi in adolescenza implica dover considerare gli aspetti salienti della personalità, le risorse, le difficoltà della persona in continua evoluzione, è importante considerare lo sviluppo delle diverse funzioni mentali da un punto di vista evolutivo, il processo di valutazione diventa più complesso con gli adolescenti rispetto agli adulti.

L'adolescenza è una fase caratterizzata da profondi cambiamenti a livello corporeo, cognitivo, socioemotivo e interpersonale. Nonostante ogni adolescente possa essere considerato un individuo con una propria e specifica personalità, vi sono numerosi compiti evolutivi che caratterizzano in modo tipico gli anni della prima, media e tarda adolescenza. Questi compiti si possono raggruppare in quattro categorie principali: cambiamenti a livello cognitivo, il movimento verso l'indipendenza, la formazione dell'identità e la sessualità.

La valutazione del funzionamento mentale negli adolescenti presenta caratteristiche particolari. Il processo di assessment include diversi momenti di confronto e informazioni con più figure pregnanti nella vita di un adolescente, poiché ognuno può fornire indicazioni specifiche sul funzionamento dell'individuo. Le osservazioni cliniche sono il lavoro di

interazione tra vari contesti di vita dell'adolescente, come la scuola, la casa, il gruppo dei pari altri luoghi quotidiani.

La pubertà segna l'inizio di una crescita rapida, con cambiamenti fisici e psichiche, alcuni adolescenti possono superare questi cambiamenti in modo normativo altri invece possono mostrare difficoltà che non evolveranno in disturbi in età adulta altri invece possono essere segnati da un funzionamento patologico persistente. Nel corso dell'adolescenza, il ragazzo si trova a dover fare i conti con le trasformazioni ormonali e fisiche, intraprendere il processo di trasferimento dei legami di attaccamento dalla famiglia di origine ad altri oggetti d'amore, e costruire una capacità articolata e competente di valutare le esperienze soggettive in un contesto sempre più complesso. (PDM-2, 2019)

In virtù dell'imperfetta sincronia che si verifica fra i processi di maturazione cerebrale e lo sviluppo delle nuove istanze motivazionali, delle nuove esperienze relazionali e dei nuovi confronti sociali, lo sviluppo adolescenziale sembra essere fortemente dipendente dall'esperienza. In questo senso, i diversi contesti di interazione svolgono un ruolo importante nel determinare l'adattamento attuale e nel promuovere lo sviluppo di abitudini comportamentali, di capacità sociali adattive e di funzionamento cognitivo-affettivo che contraddistinguono le fasi successive. E' importante quindi andare ad indagare la riorganizzazione delle relazioni familiari, le relazioni scolastiche (sia con i compagni che con gli insegnanti), le relazioni con il gruppo dei pari, le relazioni sentimentali ed amicali.

Già Adler sottolineava come l'adolescenza venisse descritta come un "*crisi pericolosa*" che generalmente porta a cambiamenti di carattere dell'individuo. Egli rassicurava rispetto a tale timore e definiva questa fase dello sviluppo come un periodo in cui il bambino si trova a dover affrontare nuove situazioni e prove che potrebbero far emergere errori prima inosservati nel suo stile di vita. La sfida più importante sembrerebbe proprio quella che riguarda l'elaborazione del nuovo e coerente senso di identità personale. Benché tale costruzione rappresenti un processo che dura tutto l'arco della vita, è proprio in adolescenza che si presenta quel momento di passaggio tra ciò che si era, ciò che si è e ciò che desidera diventare. (Adler,1994).

Erikson descrive l'adolescenza come quella fase dello sviluppo psicosociale in cui il soggetto costruisce un personale senso d'identità stabile ed integrato, rispetto ad uno precedente più diffuso. L'autore sostiene che la ricerca dell'identità è il tema centrale della vita e la definisce come la comprensione e l'accettazione sia del sé che della società in cui vive, questa ricerca caratterizza ogni ciclo di vita: l'identità subisce una trasformazione da uno stadio all'altro e le precedenti forme di identità andranno ad influenzare quella successiva. Erikson descrive il periodo dell'adolescenza come il quinto stadio del ciclo vitale dell'individuo. La crisi di cui parla l'autore nasce dal tentativo dell'adolescente di superare la confusione e l'ambivalenza per lasciare spazio ad un'identità caratterizzata da stabilità, coerenza e separatezza dagli altri. Il compito del giovane in questa fase è quello di sapere integrare le varie identificazioni che porta con sé dall'infanzia, costruendosene una

più matura e capace di rispondere ai nuovi bisogni ed alle nuove mete da raggiungere. Se l'adolescente non è in grado di fare ciò, allora si potrebbe venire a creare un'identità diffusa, frammentata e priva di nucleo. L'identità nasce dalla percezione dell'essere se stessi, di avere una propria continuità e, anche, dall'immagine che gli altri ci rimandano del nostro essere noi stessi e della nostra continuità. L'adolescente si deve confrontare con un'immagine del sé che cambia e dentro la quale cerca di rintracciare degli elementi di continuità con il passato, i cambiamenti del corpo inducono sensazioni, emozioni, desideri, sentimenti e vissuti portano ad una nuova costruzione della rappresentazione del sé e del proprio mondo interno. (Jeammet P. 1999). L'adolescenza segna anche la fine della dipendenza dalle figure genitoriali, Peter Blos, definisce l'adolescenza come la fase durante la quale il giovane dovrà affrontare un secondo processo di separazione- individuazione dopo quello infantile. L'obiettivo sarà quello di riuscire a stabilire in maniera definitiva i confini personali, fisici e psicologici dalle figure genitoriali. Disinvestendo affettivamente verso i genitori per impegnarsi in nuove relazioni ad esempio con il gruppo dei pari con il quale avviene la costruzione del nuovo sé, trovando così nel gruppo un luogo sicuro dove poter sperimentare il "Noi", ciò gli consentirà di trovare quelle conferme che consentiranno di costruire il suo sé unitario e stabile, proprio perché si sente riconosciuto e accettato come una persona degna di valore e di stima. (Gislon M.C.,1993).

Dunque la crisi adolescenziale si configura come una fase temporanea di disequilibrio di per sé normale, funzionale all'evoluzione positiva

dell'individuo per l'assunzione di autonomia e responsabilità adulte. E' noto che, frequentemente, strutture di personalità gravemente patologiche possano non reggere alla tempesta adolescenziale ed esplodere (o implodere) in tale fase evolutiva, evidenziando così, retrospettivamente, la fragilità delle fondamenta della casa dell'Io che le impalcature protettive dell'infanzia avevano solo momentaneamente potuto sostenere, impedendo il crollo dell'equilibrio profondo del soggetto sotto il peso degli eventi.

In adolescenza il problema della diagnosi fra normalità e patologia pone specifiche difficoltà: sintomi che sarebbero per se stessi indicatori di patologia in qualunque altra fascia di età, possono risultare del tutto compatibili, in adolescenza, con sottostanti strutture di personalità normali e, viceversa, la non evidenza di sintomatologie eclatanti, non ci autorizza ad escludere strutture di base anche drammaticamente fragili, magari a lungo mascherate dietro un sé fittiziamente adattivo/adequato alle aspettative ambientali e sociali.

1.2 Adolescenti e personalità emergenti

Gli stili di personalità si formano durante l'infanzia e continuano a svilupparsi nel corso della vita. La maggior parte degli adolescenti manifesta uno stile emergente di personalità relativamente stabile, che fornisce la struttura di pensieri, sentimenti, comportamenti e modi di essere. La personalità emergente presenta punti di forza e di vulnerabilità che si sviluppano in relazione al contesto in cui vive il soggetto. Le sindromi di personalità non si definiscono in modo stabile a un'età

specifica, ma implicano una struttura di personalità sufficientemente organizzata che il più delle volte si manifesta in adolescenza. Kernberg (1998) differenzia gli adolescenti che si trovano a gestire una crisi d'identità da quelli che devono fronteggiare una diffusione dell'identità. Se la crisi d'identità rappresenta un momento normale dell'adolescenza, in quanto riflette questioni identitarie associate al processo di individuazione dalla famiglia e alla gestione dei sentimenti conflittuali attivati da impulsi sessuali intensi, invece la diffusione d'identità evidenzia una mancanza di integrazione delle rappresentazioni di sé e degli altri è indicativa di una patologia della personalità. In altri termini gli adolescenti con diffusioni dell'identità non hanno un senso preciso di chi siano realmente e presentano difficoltà nel comprendere e relazionarsi agli altri senza distorsioni.

Per molto tempo, l'approccio alla diagnosi e alla valutazione clinica in adolescenza è stato dominato da due atteggiamenti contrapposti. Alcuni clinici consideravano l'adolescenza come il periodo di esordio delle patologie mentali tipiche dell'età adulta e tendevano a privilegiare l'applicazione dei quadri diagnostici adulti a questa fascia di età, trascurando il funzionamento caratteristico di questa fase e le sue influenze sulle manifestazioni comportamentali, soggettive e psicopatologiche. Altri clinici consideravano invece l'adolescenza come un periodo di "crisi normativa" aperto sostanzialmente a qualsiasi tipo di evoluzione. A questa impostazione è corrisposto un atteggiamento che prestava maggiore attenzione alle dinamiche e al funzionamento tipici della fase, ma precludeva, di fatto, la possibilità di identificare con

tempestività quadri psicopatologici franchi e di intervenire su di essi; da qui l'atteggiamento cosiddetto del “ *wait and see*”. Queste concezioni sono state confermate solo in misura limitata dai dati empirici, che evidenziano come la maggior parte degli adolescenti questa fase non si caratterizzi come un periodo critico, né come semplice emergenza della patologia adulta. Solo per alcuni si verifica una crisi, che, peraltro, sembra avere un carattere patologico, l'adolescenza è contrassegnata da periodi di crisi alternati a periodi di recupero. (V.Lingiardi, F.Gazzillo,2018).

Gli attuali sistemi diagnostici, ICD-10 e DSM- 5, non consentono di cogliere adeguatamente le caratteristiche della psicopatologia dell'adolescenza, perché di fatto applicano a questa fase evolutiva le categorie nosografiche identificate per l'età adulta. Per quanto riguarda l'osservazione dei processi psicodinamici e della loro relazione con lo sviluppo e sintomatologia, è opportuno richiamare la proposta avanzata dal PDM. Il pdm stabilisce per l'adolescenza lo stesso genere di valutazione multiassiale utilizzata in età adulta, concependo una sostanziale continuità delle traiettorie di sviluppo per i diversi aspetti di funzionamento considerati in ciascun asse. Di particolare rilievo nell'asse PCA è il concetto di pattern di personalità in formazione, questo concetto evidenzia la continuità evolutiva dei processi che concorrono alla strutturazione della patologia di personalità e la possibilità di cogliere già in fasi relativamente precoci dello sviluppo i precursori della patologia di personalità adulta. Dall'altro lato, pone in risalto la fluidità dei processi evolutivi che possono portare al cambiamento nell'organizzazione di

personalità, evitando l'applicazione di etichette diagnostiche che per l'età evolutiva possono risultare eccessivamente statiche e reificanti.

1.3 Aspetti evolutivi e funzionamento mentale

In adolescenza, le funzioni mentali incluse nella capacità di regolazione, attenzione e apprendimento possono essere comprese nel concetto più ampio di "autoregolazione" che fa riferimento ai processi interni e/o esterni del funzionamento emotivo, cognitivo e comportamentale. Comprende la capacità di limitare un proprio comportamento, identificare gli errori e pianificare le azioni, così come direzionare il focus attentivo iniziando e inibendo un comportamento al fine di adattarlo alle richieste situazionali. L'autoregolazione gioca il ruolo fondamentale nello sviluppo di vari aspetti del funzionamento mentale, è associata ad una migliore competenza sociale, a maggiori abilità cognitive e al successo scolastico. Al contrario, una scarsa autoregolazione è spesso alla base di varie forme di psicopatologia. Nel corso dello sviluppo, la maturazione delle capacità di autoregolazione dipende dalle risorse cognitive e dall'adeguatezza del contenimento o della regolazione forniti dai genitori o dai pari, inoltre è fortemente influenzata anche da fattori ambientali.

La capacità dell'adolescente di fare esperienza e regolare le emozioni, rappresentano un aspetto centrale dell'autoregolazione. Le regolazioni delle emozioni è un processo complesso che determina il monitoraggio, la valutazione e la modulazione delle reazioni emotive in risposta alle esperienze attuali, che risultano appropriate alla particolare situazione e in linea con le aspettative o le norme del contesto culturale di appartenenza.

Può includere la regolazione dell'esperienza soggettiva (sentimenti), delle risposte a livello cognitivo (pensieri) e dei comportamenti connessi alle emozioni, comprende inoltre, la modulazione delle proprie risposte ai sentimenti degli altri. Nel corso dell'adolescenza la persona si ritrova a dover fare i conti con diversi cambiamenti a livello corporeo, psicologico e sociale. Questa situazione può favorire una maggiore labilità e instabilità emotiva, tuttavia in questa fase di sviluppo si presenta un miglioramento nella capacità di regolare le emozioni e nei processi decisionali influenzati dal funzionamento emotivo. L'importanza delle relazioni con i pari comporta una maggiore sensibilità al giudizio degli altri; questo aspetto, a sua volta, fa sì che i sentimenti di orgoglio o vergogna aumentino di intensità. La capacità di regolare le emozioni e di modulare la loro espressione è un aspetto importante per stabilire e mantenere relazioni sociali positive con i pari. Di conseguenza, il saper riconoscere, identificare e regolare le proprie emozioni, così come il cogliere gli stati affettivi degli altri e anticipare le risposte delle manifestazioni emotive, diventano elementi chiave di questo periodo di sviluppo e rappresentano un prezioso addestramento nella transizione adulta. Gli adolescenti sono molto sensibili agli stati mentali propri e altrui, in quanto iniziano a integrare una maggiore comprensione dell'esperienza soggettiva e la capacità di riferirvisi esplicitamente. Tuttavia, nei casi in cui la differenziazione e l'integrazione degli stati mentali propri e altrui risulta difficoltosa per l'individuo, possono manifestarsi delle compromissioni.

Un compito evolutivo fondamentale del periodo adolescenziale è lo sviluppo di un senso stabile e coerente della propria identità. La

costruzione dell'identità è un processo che coinvolge la capacità dell'Io di raccogliere e integrare le precedenti identificazioni in una forma nuova, unica e personale, che si trasforma progressivamente in una definizione di sé sempre più realistica, integrata e prettamente positiva. Il processo della costruzione dell'identità avviene attraverso identificazione con altri significativi e l'identificazione con i ruoli sociali, possono rappresentare una forte spinta alla maturazione della personalità e alla formazione dell'identità. Un alto funzionamento in questa capacità porta l'adolescente ad una chiara definizione di sé come risultato di autoconsapevolezza e della capacità di riflettere su di sé, un'immagine di sé coerente e costante, una buona autonomia/ forza dell'Io e rappresentazioni mentali differenziate. Al contrario gli adolescenti con un basso livello di funzionamento in questa funzione mentale non mostrano una chiara rappresentazione di sé e tendono a non sperimentare un sentimento di appartenenza. Mostrano una scarsa consapevolezza dei propri pensieri e delle proprie motivazioni e rappresentazioni mentali superficiali o confuse. Possono sperimentare stati di sofferenza soggettiva, avere difficoltà nel mantenere relazioni soddisfacenti con gli altri o mostrare comportamenti autodistruttivi.

La capacità dell'adolescente di stabilire e mantenere relazioni stabili e reciprocamente soddisfacenti dipende in particolare dalla qualità dei suoi pattern di attaccamento e della coerenza dei modelli operativi interni strutturati nel corso dello sviluppo. Gli adolescenti con un alto funzionamento in questa capacità fanno esperienza delle relazioni come di qualcosa che sostiene l'emergere della propria identità, così

l'adolescente è in grado di adattare i propri comportamenti e atteggiamenti in modo flessibile, a seconda delle situazioni inter- e intrapersonali. Nel periodo dello sviluppo in adolescenza, l'autostima riflette la valutazione emotiva complessiva del proprio valore personale, include un confronto tra il sé attuale e quello desiderato, ed è strettamente connessa alla consapevolezza di sé. Un'autostima positiva favorisce una migliore gestione dei compiti evolutivi e delle sfide tipicamente associate al periodo adolescenziale, così come delle situazioni nuove e impreviste. Al contrario, una bassa autostima può compromettere il livello di adattamento e di resilienza portando così all'insorgere di psicopatologie come disturbi della condotta, autolesionismo fino a condotte suicidarie. Evidenze empiriche mostrano che nel passaggio dall'infanzia all'età adulta vi sia un graduale declino dell'impulsività ed un aumento della capacità di autoregolazione, con cambiamenti significativi nel corso dell'adolescenza. La regolazione emotiva e cognitiva è strettamente connessa alla qualità delle relazioni primarie che, nel corso dell'infanzia, hanno contribuito alla strutturazione della capacità di autoregolazione del bambino. Esperienze di traumi, di trascuratezza o della mancanza di un legame stabile tra il bambino e il caregiver possono influenzare negativamente il funzionamento degli adolescenti, e di conseguenza possono comportare una dipendenza eccessiva del supporto esterno. La capacità di controllare e regolare gli impulsi in modo appropriato se deficitaria può rendere l'adolescente incapace di modulare la rabbia o gli affetti intensi; in alternativa, il controllo degli impulsi può essere talmente rigido da non permettergli alcuna forma di espressione.

In un'ottica evolutiva i meccanismi di difesa tendono ad emergere in periodi diversi di sviluppo, in particolare le difese più mature e complesse iniziano a essere utilizzate a partire dalla tarda adolescenza e prima età adulta. In questo passaggio di maturazione adolescenziale, si assiste ad una progressiva riduzione del ricorso alle difese immature e a quelle nevrotiche (come il diniego, la proiezione, la rimozione) e a maggior ricorso a difese mature (come l'intellettualizzazione e la sublimazione). Questi cambiamenti avvengono parallelamente alla maturazione cognitiva e all'affinamento delle capacità di mentalizzazione. Tutto ciò permette agli adolescenti di essere più indipendenti, empatici e coinvolti dalle altre persone. Gli adolescenti tendono ad utilizzare gli stessi meccanismi difensivi in situazioni simili, ma il grado di insight relativamente all'uso delle diverse difese è variabile.

Nell'adolescente la capacità di adattamento consente di superare le difficoltà e di trasformarle in opportunità di crescita e cambiamento, permette quindi a quest'ultimo di adattarsi e rispondere in modo flessibile alla maggior parte delle situazioni impreviste o stressanti con modalità appropriate all'età; è in grado di utilizzare le proprie risorse per promuovere il funzionamento, tuttavia in contesti sociali ed emotivi complessi può ricorrere a strategie meno adattive che interferiscono temporaneamente con la regolazione comportamentale e che possono comportare l'emergere di una leggera sintomatologia. Nel corso dell'adolescenza, le capacità di auto-osservazione giocano un ruolo fondamentale nell'organizzazione delle esperienze emotive e nella comprensione delle variazioni degli stati affettivi, consentendo di riflettere

in modo coerente sul proprio mondo interno. Lo sviluppo della mentalità psicologica nell'adolescenza è un processo cognitivo complesso che implica una crescente capacità di astrazione e di comprensione delle motivazioni, degli atteggiamenti e delle caratteristiche di sé e degli altri. Tuttavia, l'autoconsapevolezza e la capacità riflessiva possono vacillare o declinare, così come la consapevolezza dell'esperienza soggettiva degli altri. In adolescenza i valori e gli ideali vengono interiorizzati nelle prime fasi dello sviluppo nel corso delle interazioni con i genitori e altri caregiver significativi, e vengono poi rielaborati e rivisti in adolescenza alla luce del confronto con i pari e altre figure di riferimento. Lo sviluppo morale degli adolescenti implica una capacità di gestire in modo adattivo le relazioni interpersonali e l'influenza negativa dei pari. (Manuale diagnostico psicodinamico PDM-2, 2019)

I cambiamenti fisici, emotivi e cognitivi caratteristici dell'adolescenza rendono il lavoro dei clinici con questi pazienti molto diverso da quello con i bambini o con gli adulti. Quando un clinico si trova a valutare la personalità di un adolescente e vuole pianificare un trattamento efficace deve tenere in considerazione le risorse della personalità, oltre ai fattori protettivi nell'ambito della sua famiglia e dei sistemi sociali. Le capacità di mentalizzazione sono fattori protettivi rilevanti capaci di differenziare gli adolescenti che attraversano un momento turbolento ma non sviluppano disturbi di personalità vero e proprio da quelli che invece lo manifestano.

Dopo aver esplicitato le modalità di valutazione del funzionamento mentale e di personalità in adolescenza nei prossimi capitoli vorrei

dedicare uno spazio di riflessione al caso clinico da me seguito al tirocinio formativo. È il caso di Francesco, adolescente che mi ha permesso di riflettere sulle tematiche adolescenziali e di provare a confrontarmi con quanto scritto in questo capitolo.

CAPITOLO 2

UN ADOLESCENTE IN TERAPIA

2.1 Il caso di Francesco

Francesco 12 anni, giunge in consultazione dalla Neuropsichiatra infantile che richiede un approfondimento psicodiagnostico. Francesco a scuola presenta irrequietezza e difficoltà emotive associate a problemi di comportamento, che si manifestano con atteggiamenti oppositivi, inoltre le insegnanti sottolineano difficoltà di apprendimento, scarsa attenzione e collaborazione del minore rispetto alle consegne scolastiche. Taluni aspetti inoltre risultano inficiati da comportamenti di opposizione ai richiami di Francesco da parte degli insegnanti definito ingestibile. Successivamente a delle produzioni scritte definite preoccupanti gli insegnanti fanno pressione alla Neuropsichiatra infantile per una valutazione psicologica. Francesco in alcune attività scolastiche a tema creativo scrive dei testi in cui “*fa a pezzettini l’insegnante e la chiude nel forno*”, “*personaggi fantastici si fumano la bamba*”, “*il preside è un demone che sputa fuoco*”, questi scritti preoccupano oltre gli insegnanti anche la Neuropsichiatra, ma non molto i genitori poiché riferiscono di averne parlato con il figlio e che è stato semplicemente un gioco tra compagni.

Francesco si presenta come un ragazzino longilineo, dall’aspetto gradevole e curato nell’abbigliamento. La motricità globale è adeguata all’età. La mimica facciale è espressiva e coerente a volte con gli stati

emotivi, la gestualità è assente. La postura appare talvolta tesa e rigida, e altre volte rilassata e poco controllata (discontinuità).

Utilizza molto il linguaggio verbale, anche se non sempre in maniera appropriata, con la tendenza ad esprimersi in modo adolescenziale, il tono della voce è sempre piuttosto basso. È molto evasivo nei discorsi tende sempre a evadere gli argomenti, mantiene poco lo sguardo inizialmente, per poi passare ad un atteggiamento di sfida quando si toccano argomenti a lui interessanti. Francesco appare molto taciturno inizialmente con il clinico per poi mettersi a suo agio durante la prosecuzione del colloquio.

2.2 Alcuni cenni anamnestici

I genitori raccontano di lui che è stato un bambino voluto, il decorso del pre e post nascita nella norma, definito sempre come autonomo. Inserimento senza alcun problema alla scuola materna dove si è affezionato, riferisce la madre, ad un bambino autistico. Le scuole elementari sono state caratterizzate da periodi molto critici per il minore, ha frequentato il primo anno presso una scuola elementare in una classe descritta dalla madre come caotica, la maestra urlava di continuo e Francesco era molto sofferente rispetto a questo. A metà del secondo anno della scuola elementare infatti i genitori decidono di cambiare scuola per Francesco, in una scuola dove il minore ha avuto inizialmente una buona accoglienza, ma successivamente la madre afferma che il minore veniva appellato dagli insegnanti con nomignoli poco felici e non lo incoraggiavano. Nelle classi quarta e quinta invece è stato spostato in un'altra scuola, dove a detta della madre ha trovato delle maestre

eccezionali e il minore era contento e soddisfatto, era molto geloso quando le maestre davano attenzioni agli altri compagni, ha legato con un compagno che è stato adottato, la madre riferisce che Francesco lega molto con “*questi ragazzi bisognosi*”. In merito ai vari cambiamenti scolastici di Francesco i genitori hanno chiesto un consulto ad una psicologa privata che ha fatto una valutazione cognitiva positiva di Francesco in passato. Il periodo dell’infanzia è descritto turbolento a causa di queste migrazioni scolastiche, Francesco è stato descritto dalla madre come timido, preciso e attento all’ordine, socievole con alcuni compagni. Le scuole medie sono state caratterizzate da continue segnalazioni da parte dei docenti rispetto ai comportamenti poco congrui di Francesco e rispetto ad eventuali disturbi specifici dell’apprendimento, infatti il minore veniva seguito da una ragazza che lo aiutava a fare i compiti nonostante lui non avesse nessuna certificazione di Disturbi Specifici dell’Apprendimento. La vita scolastica è stata caratterizzata da molte note, alle quali seguivano varie “punizioni” da parte dei genitori come ritiro del cellulare, blocco della playstation. La madre in merito alle note e alle segnalazioni scolastiche afferma che Francesco è sempre stato un ragazzo movimentato ma che lei abbia avuto l’impressione che il ragazzo venisse “*bullizzato*” dai compagni e lui si facesse “*trascinare*” dal gruppo, successivamente è emerso che la signora avrebbe voluto dire che il figlio veniva incoraggiato da alcuni compagni con carattere più forte di lui a fare delle “*marachelle*” innocenti e lui poi non essendo scaltro si faceva scoprire dai docenti che sanzionavano sempre e solo lui, è come se lui fosse il capro espiatorio della classe afferma la madre.

La madre racconta del rapporto di Francesco con il fratello molto conflittuale, *“litigano sempre, si voglio bene lo so, ma non si sopportano, un po’ come tutti i fratelli”*. Francesco considera i genitori molto severi, la madre è colei che si occupa della gestione della casa e dei figli, mentre il padre quando rientra dalle trasferte (è un carabiniere) passa del tempo con il figlio, ma non se la sente di rimproverarlo per tutto quello che fa, non vuole apparire come il padre che rientra dal lavoro e sanziona i figli. L’educazione viene definita molto autorevole, Francesco con i genitori alterna momenti di dolcezza, ricerca le coccole della madre, con momenti di oppositività, manca il confronto con il padre afferma la madre, il padre invece racconta che è molto legato a lui.

Durante i colloqui con i genitori, la madre appare inizialmente come molto rigida sull’educazione di Francesco, ma anche aperta al confronto con il clinico, racconta con molta concitazione gli eventi scolastici per poi emozionarsi nel chiedere aiuto al clinico sulla gestione del figlio. Il padre molto fermo sui racconti di Francesco ma con un occhio diverso da parte della madre, è consapevole che il figlio abbia dei comportamenti che non sono consoni all’ambiente scolastico.

2.3 Profilo psicodiagnostico emerso a conclusione della psicodiagnosi

Sulla base dei colloqui clinici con i genitori e con il bambino, della somministrazione ed elaborazione di test psicodiagnostici e dell’osservazione nei colloqui, emerge il seguente profilo di personalità.

Dal punto di vista intellettuale, i test hanno rilevato un buon rendimento complessivo in linea con l’età cronologica del minore, appaiono idonee le

capacità logiche e di giudizio, le capacità di concentrazione su materiale visivo e di distinzione tra elementi essenziali e non essenziali, le abilità grafo-percettive, e capacità di anticipazione e progettazione. Appare buono il rendimento nella attività manipolative. Nel complesso Francesco risponde in modo intermittente e con interesse agli stimoli proposti, con la presenza a volte di poca concentrazione dovuta alla distrazione dall'ambiente esterno. Il pensiero risulta organizzato, sotto la spinta dell'affettività i nessi logici risultano cedevoli, con riferimenti a volte al mondo fantastico, la creatività risulta ben sviluppata seppur circoscritta ad alcuni argomenti di interesse.

Il funzionamento affettivo-emotivo è connotato da aspetti emotivi e comportamentali con tratti ansiosi ed impulsivi che lo portano ad una chiusura verso il mondo esterno. Sono presenti inoltre tratti di insicurezza e bassa autostima con conseguenti comportamenti di fuga e chiusura relazionale latente. Gli stati emotivi sembrano a volte coartati, con sentimenti di autosvalutazione continua ed inferiorità. E' presente un'aggressività manifesta a volte seppur verbale, una conflittualità interiore che porta nel minore una instabilità emotiva pervasiva. Permangono della angosce arcaiche in particolare angosce di abbandono legate alla separazione. Presenti segnali di debolezza dell'Io, in particolare per quanto concerne la capacità di tollerare la frustrazione e di gestire , Francesco evidenzia tratti di insicurezza, ansietà e bassa autostima che possono influire sulla costruzione dell'immagine di sé e della stima di sé.

Sul piano relazionale è presente una forte ambivalenza rispetto alle figure genitoriali con forte bisogno di riconoscimento e protezione da parte di

Francesco, ciò porta ad una confusione interna e conseguenti stati ansiosi ed instabilità emotiva difficili da gestire per il minore. Sono presenti tratti di insicurezza e bassa autostima con conseguenti comportamenti regressivi a volte nei confronti dei familiari, si evidenzia inoltre un'accentuata conflittualità con il fratelli, che Francesco cerca di imitare nei comportamenti negativi. Con i coetanei, vi sono due realtà differenti, una realtà in cui Francesco si descrive come il leader di alcune situazioni gruppali per poi confessare apertamente che molti atteggiamenti da lui messi in atto sono per volere di alcuni compagni senza di questi non verrebbe accettato, si evidenzia quindi la necessità di riconoscimento da parte del gruppo dei pari per il minore, che lo porta a tenere dei comportamenti negativi nei confronti del contesto che lo circonda.

Sintetizzando i dati emersi, si considera che Francesco, presenti delle buone capacità motorie e verbali, la capacità di apprendimento risulta disturbata nei momenti caratterizzati da disregolazione emotiva. Risulta una gamma ristretta nella comunicazione degli affetti, esplosioni emotive, incapacità di mentalizzare i propri stati interni e quelli degli altri. Limitata è la capacità di pensare da prospettive alternative, considerando le proprie idee come fatti concreti. Nelle relazioni interpersonali reagisce con rigidità quando la regolazione degli affetti è messa alla prova. Si sottolinea un forte bisogno di vicinanza, ma al tempo stesso incapacità di tollerare la frustrazione dovuta alla differenza tra i propri stati mentali e quelli degli altri. Di conseguenza le relazioni tendono ad essere superficiali. Precario è il sentimento di autostima. Presenta tentativi di svalutare gli altri per mantenere integra la stima di sé, con un bisogno di ammirazione. Sono

presenti scarsa capacità di controllo sui propri comportamenti, proiezione, razionalizzazione, fuga nella fantasia e qualche volta scarsa tenuta della realtà, facilità alla disregolazione di fronte a qualsiasi sfida o stimolo complesso proveniente dall'ambiente. Limitata capacità nell'esplorazione del proprio mondo interno e poca curiosità interpersonale rivolta a comprendere gli stati mentali e i punti di vista altrui. Difficoltà a pensare oltre il momento presente e capacità limitata di dare una direzionalità e un significato ai propri atteggiamenti, azioni e credenze. Si rileva uno spettro borderline-disregolato nello specifico una personalità Borderline in formazione.

2.4 Andamento della terapia

I colloqui hanno avuto inizio in luglio 2019 per la fase diagnostica e in settembre con i colloqui terapeutici. Essi hanno avuto cadenza settimanale, con dei colloqui una tantum con i genitori per aggiornamenti sulla vita familiare e scolastica del figlio. Si sottolinea come i colloqui siano stati scanditi dalle continue e a volte insistenti richieste alla NPI da parte degli insegnanti che a loro dire erano interessati a capire l'esito della valutazione cognitiva e psicologica di Francesco, che concordato con i genitori è avvenuta tramite mediazione della NPI di riferimento.

Francesco al primo colloquio appare molto timido con un accenno di sorriso quasi furbetto. Premesso che dai racconti della NPI e le descrizioni delle insegnanti, me lo sarei immaginato molto diverso fisicamente e con un atteggiamento più sfrontato.

Francesco entra sempre in stanza salutando in punta di piedi e inizialmente ha uno sguardo molto sfuggente, si guarda attorno e sorride, si siede in modo composto e attende che io gli dia la parola. Come ogni colloquio iniziale che sia in sede di valutazione che in terapia, qualunque possa essere la mia domanda, la sua prima risposta è “ *boh*”, alzando le spalle...ciò impediva il normale decorso del colloquio, che a volte si trasformava in un simil interrogatorio domanda e risposta; successivamente in terapia abbiamo concordato una regola principale ovvero che non ci sono riposte vaghe come “*boh*” e “*non lo so*” quando si relaziona con il clinico, questo accordo è piaciuto a Francesco, che è apparso attento e interessato alla mia attenzione verso questa sua modalità di evadere da qualsiasi tipo di socializzazione, infatti mi ha riportato più volte “ *sai di solito quando mi fanno una domanda ed io rispondo con Boh poi mi lasciano stare... cosi io capisco che non gliene frega niente della mia risposta*”.....in merito a queste affermazione, mi è stato possibile riflettere molto sulla lettura che Francesco ha del mondo esterno e di come quest’ultimo lo consideri. Francesco così spavaldo come descritto dagli insegnanti nasconde molta insicurezza, ho come avuto la percezione che il ruolo che gli è stato affidato ormai da tutti lui se lo stesse recitando per avere un posto nel mondo o meglio nella sua classe e nel gruppo amicale. Ho ritenuto fosse opportuno lavorare su questi aspetti, chiedendo a Francesco di descrivermi i rapporti che ritiene rilevanti e sulla lettura che lui dà a queste relazioni. Emerge per Francesco la fatica di raccontarsi e di raccontare le sue relazioni sia con gli adulti, nascondendosi dietro delle frasi fatte come “*con quella insegnante non si può parlare perché è*

isterica ed è asociale”, oppure *“no quella non ha vita sociale per questo se la prende con noi*”, alla mia richiesta di approfondire i concetti e spiegarmi meglio queste frasi mi dice che gli adolescenti dicono ogni tanto queste cose perché gli adulti sono *“rompi palle lo dicono sempre i miei compagni”*, chiedo a Francesco, cosa pensa delle affermazioni dei suoi compagni e lui mi risponde che il suo pensiero è diverso a volte, ma che deve uniformarsi altrimenti lo escludono, un po’ come deve fare a scuola quando i suoi compagni mettono in atto degli atteggiamenti negativi e poco rispettosi nei confronti degli insegnanti, lui a volte consenziente e a volte no ripete gli atteggiamenti facendosi anche beccare dagli insegnanti e addossandosi la colpa di tutto. Emerge la necessità per Francesco di essere accettato dal gruppo dei pari e di come i suoi racconti siano molto creativi nel descriversi come un ragazzo pieno di amici e come in realtà si senta molto solo, e di come non abbia in parte consapevolezza della negatività dei comportamenti. Durante i colloqui di valutazione Francesco risulta a tratti interessato rispetto alla somministrazione dei test, infatti durante la somministrazione dei test proiettivi chiede *“ma questi sono i test che fate agli schizofrenici”*, devo dire che ho risposto subito a questa affermazione con un sorriso ed un *“no”* categorico, riservandomi di dover affrontare il discorso alla fine del test. Successivamente in merito a questo ho chiesto a Francesco come mai avesse fatto quest’affermazione e cosa l’avesse spinto a pensare a quell’argomento, lui mi ha risposto che ha la passione per i film horror e per i psycho-film per cui è capitato più volte di vedere scene dove i *“pazzi”* dovevano rispondere a questi test come ad esempio quello *“tutto colorato”* (Rorschach), ho spiegato come questi test

possano aiutare a fare comprendere il funzionamento delle persona e non solo la patologia, lui sorride e risponde “*sarà ma li fanno ai pazzi*”. Successivamente ho ritenuto opportuno accertarmi sulla reale comprensione del perché Francesco venisse in ambulatorio, infatti il ragazzo era molto confuso, ma una cosa è certa imputa la colpa ai suoi insegnanti, infatti afferma “ *non lo so perché sono qui, può essere perché ho scritto delle cose brutte su alcuni temi, ma io scherzavo e poi i miei compagni mi hanno detto di scriverli con una sfida allora io l’ho fatto perché mi sentivo figo*”, approfondendo i contenuti dei temi assieme a Francesco, si è reso conto della gravità degli scritti (taglia la preside a pezzettini e la mette in forno..... e poi c’è uno che si fuma la bamba ecc....) ma non sa spiegarmi il perché di quei contenuti e si incupisce molto e cambia argomento, mi riservo di riprendere l’argomento in futuro, ho come avuto l’impressione che si sentisse molto in colpa rispetto all’accaduto ma che non riuscisse ancora a parlarmene.

Durante la terapia emerge la necessita per Francesco di evadere dalla vita scolastica che lo ha ormai etichettato come il capro espiatorio della classe, infatti nel commentare questi avvenimento, gli faccio presente, come alla fine mi porta sempre degli episodi scolastici ma non mi parla di lui a casa, o al parco, di cosa gli piaccia fare. Emergono così i suoi interessi, come quella di disegnare i manga, e di creare proprio delle vignette, scene che purtroppo rappresentano guerra e distruzione dove muore sempre qualcuno, chiedo come mai facesse solo queste rappresentazioni e lui risponde che gli piacciono, sa che sono scene un po’ brutte ma non sono realistiche. Trovo in Francesco una luce diversa quando si racconta sui

suoi interessi, è come se non fosse abituato a parlare di sé o meglio come se non fosse abituato che qualcuno gli chieda di parlare del suo vero sé, è più rilassato è sempre attento ai giudizi che vengono fatti sui disegni, così nel corso della terapia sono sempre più presenti i momenti in cui Francesco porta dei pezzi di vita non scolastici nei colloqui e mi chiede di commentarli assieme. Un giorno Francesco arriva molto assennato in colloquio quasi scocciato di venire, chiedo come mai avesse quella faccia e cosa fosse successo, lui mi risponde che avrebbe preferito dormire perché la notte non ha dormito chiedo perché e lui mi risponde “*cose mie*”, chiedo allora di farmi un disegno magari si rilassa e poi avrà voglia di raccontarmi “*le cose sue*”, mi disegna la scena iniziale di un film, chiedo di raccontarla e mi dice che è la scena iniziale del film horror “IT” la nuova versione, e in modo concitato mi racconta il film. Io mi sento molto in difficoltà poiché IT, la prima versione, è stato il film horror che ha segnato la mia infanzia e adolescenza infatti io non ho più guardato film horror da quel momento. Non nego che trattare di questi argomenti è stato un tantino difficile per me in quella seduta e in quelle seguenti, infatti un altro interesse di Francesco, erano i film horror che mi raccontava e che mi chiedeva di guardare su youtube per poi dirmi il mio parere....sono state sedute difficili ma produttive, è come se avessimo trovato la chiave per una relazione terapeutica, pur mantenendo in me l’obiettivo di comprendere il perché di questi interessi particolari nella vita di Francesco, seppur caratteristica di molti adolescenti. Si faceva sempre più viva l’affermazione del prof. Grandi di “*un buon terapeuta deve guardare con gli occhi del paziente e udire con le orecchie del paziente*”, non è stato

semplice immergersi nel mondo horror degli adolescenti, ma è stato un modo per poter conoscere a fondo Francesco e le sue passioni che seppur particolari gli permettevano di uscire dal ruolo che recitava. Il racconto delle sue passioni e il suo portarmi nel suo mondo fantastico ci ha dato l'occasione di riflettere sul suo mondo interno e sulle sue emozioni e sul perché a volte in Francesco si presenti la difficoltà di gestire e leggere alcuni suoi comportamenti e stati emotivi a volte amplificati e a volte incompresi o con un significato distorto. Imparare almeno in parte a riconoscere le sue emozioni per Francesco significava prendere contatto con una parte più profonda di se stesso e avvicinarsi al suo mondo interno, provando a capire chi fosse e le sue reazioni, tutto ciò è fondamentale per avviare un processo di riorganizzazione del sé. Quello che chiamano Lo Sapia e Raviola (2012) il ruolo guida del terapeuta, che con una modalità rassicurativa e incoraggiante deve accompagnare l'adolescente alla scoperta del proprio mondo interno fungendo in questo modo da "altro regolatore del Sé", da persona in cui rispecchiarsi per prendere contatto con una nuova rappresentazione di sé.

Nelle successive sedute ho provato a riportare l'attenzione sull'argomento produzioni scritte, chiedendo come avesse vissuto le conseguenze di quei gesti, e lui rispose che ha trovato di cattivo gusto il fatto che gli insegnanti avessero raccontato tutto ai genitori, io chiedo come si è sentito in quel momento quando ha scritto quelle cose e lui mi risponde " *sai cos'è è che certe volte mi va in tilt il cervello e quando lo fa io faccio quelle cose, poi so che sono cose sbagliate non le farei mai, però capita....*", chiedo di spiegarmi meglio e mi dice " *hai capito.... Comunque parliamo di altro*

non interessa a nessuno tanto....”, io confermo che a me interesserebbe capire perché succede e che assieme avremmo potuto capire il perché. Ritengo che Francesco, con la sua intelligenza e sensibilità sia stato molto sottovalutato dagli insegnanti e dai suoi genitori, ma ritengo anche che il suo vittimismo a volte abbia una componente manipolatoria, queste mie sensazioni sono dettate da come io mi sia sentita in dovere di difenderlo a volte o di giustificarlo aspetto che con esperienza successiva e supervisioni ho potuto elaborare. Francesco appare come un bambino indifeso fisicamente, ma il suo livello intellettuale è in grado di potergli far comprendere le persone con cui si relaziona e di come possa sfruttare ciò a suo vantaggio, si notano infatti dei tratti narcisistici in Francesco.

Nelle sedute successive ho l'opportunità di notare come egli sia in grado di alterare la realtà a suo favore, infatti, Francesco un giorno arriva in ambulatorio con il braccio ingessato, raccontandomi di essersi fatto male giocando a calcio, lui era il portiere è caduto parando la palla e si è rotto il braccio, mi racconta di come sia stato male e di come i suoi genitori non abbiano compreso subito la gravità, infatti lui riferisce di essere stato portato in ospedale solo il giorno dopo, chiedo il perché e lui mi risponde che i genitori non gli credevano e che lo abbiano creduto solo il giorno successivo, chiedo anche quale fosse il suo stato d'animo rispetto all'accaduto e lui con gli occhi lucidi mi ha risposto che avrebbe voluto che i suoi genitori gli avessero creduto subito. In un colloquio con i genitori cerco di capire realmente come fosse avvenuto l'accaduto, e il padre, che era al parco con lui, ha notato subito la frattura e l'ha portato subito in ospedale. Nei colloqui successivi chiedo a Francesco di

raccontarmi nuovamente l'accaduto e il racconto del padre e del figlio coincidono, chiedo come mai mi avesse detto un'altra cosa e lui mi dice che voleva farmi preoccupare, perché voleva capire se tengo a lui o meno. Infatti riflettendo su l'argomento della relazione terapeuta-paziente ricordo di aver spiegato ai genitori che i colloqui stavano per terminare e che le regole interne all'ambulatorio mi imponevano di chiudere da lì a breve la terapia. Comprendo il perché del gesto di Francesco e cerco di rassicurarlo non solo sulla durata dei colloqui ma cerco di far comprendere l'importanza di una relazione basata sulla sincerità e non sulle bugie, e sulla necessità per lui di dover avere le certezze dal contesto.

Purtroppo realmente la terapia stava per concludersi, infatti la NPI di riferimento aveva spiegato ai genitori la necessità per Francesco di un intervento psicoterapeutico, sottolineando l'impossibilità per l'Asl di fare altre sedute. Sottolineo anche come tutto ciò sia coinciso con la richiesta di certificazione di invalidità per l'assegnazione di un insegnante di sostegno per Francesco, richiesta che è stata fatta dalla scuola che si rifiutava di gestire Francesco e le sue particolarità senza un insegnante di sostegno. La NPI e la famiglia mi hanno incaricato di dare la comunicazione a Francesco, cosa che è stata realmente difficile per me, sia perché avrei dovuto chiudere il percorso sia perché conoscendo Francesco, non avrebbe mai accettato la figura dell'insegnante di sostegno. Infatti nel nostro penultimo colloquio ho introdotto l'argomento, sottolineando la necessità per lui di avere una persona che lo guidi a scuola con le relazioni, con gli insegnanti e soprattutto quando succede che *“il suo cervello vada in tilt”*, lui con un categorico *“no te lo scordi non ci*

pensate minimamente”, manifesta il suo dissenso apertamente anche se riflettendo, mi chiede se deve stare necessariamente vicino a lui , che potrebbe pensarci se non gli sta vicino, ci accordiamo che qualora andasse in porto questa cosa avrebbe potuto concordare con l’insegnante e la NPI questa modalità.

Rispetto alla chiusura del percorso, posso dire che Francesco ha reso meno “doloroso”, la chiusura del nostro percorso, poiché dopo aver spiegato che il nostro cammino assieme sarebbe diventato un cammino individuale, mi saluta con un’affermazione “*lo so che ti mancherò, come tu mancherai a me.... Tu sei stata diversa dagli altri grandi....?*”.

2.5 Aspetti salienti della presa in carico

Gli adolescenti con stili emergenti di personalità borderline mostrano compromissioni nell’esame di realtà e nel senso di sé. Tali problemi possono manifestarsi con modalità disadattive nel gestire i sentimenti relativi a se stessi e agli altri. Le operazioni difensive possono distorcere la realtà. Gli adolescenti con un’organizzazione borderline della personalità, non essendo in grado di autoregolarsi adeguatamente, si trovano nella condizione difficile di dover ricorrere a specifiche “strategie” interpersonali per modulare i propri stati emotivi interni. Non riuscendo ad autoregolarsi in alcun modo, deve fare in modo che siano gli altri a soddisfare i suoi bisogni, e queste dinamiche relazionali sono spesso accompagnate dal meccanismo dell’identificazione proiettiva. Per gli adolescenti è del tutto normale mettere alla prova i limiti degli adulti che

hanno un ruolo importante nelle loro vite, anche perché in questo modo possono imparare le norme implicite che regolano le interazioni sociali del mondo adulto.

La psicoterapia per Adler rappresenta un nuovo legame d'attaccamento sicuro e il terapeuta deve comprendere ovvero avvicinarsi ai propri simili, identificandosi con loro. *“Per il terapeuta sarà difficile trovare un ponte per avvicinarsi a quest'anima. Dobbiamo riprodurre in noi stessi il medesimo sentimento, dobbiamo stabilire un contatto con l'altra persona, vedere con i suoi occhi, udire con le sue orecchie e sentire con il suo cuore, dobbiamo identificarsi con lui”* (Adler,1930). E per fare questo è fondamentale che il terapeuta oltre ad essere un professionista sia soprattutto, una persona, come sottolinea il Prof. Grandi: *“la complessità delle rappresentazioni evocate dai percorsi della memoria durante le sedute psicoterapeutiche ha relazione diretta con la ricchezza degli stimoli offerti dal terapeuta. La relazione di cura è fortemente orientata dalla personalità del terapeuta, dalle sue risorse e dai suoi limiti. Le possibilità esplorative del paziente non sono solo emanazioni delle sue risorse (livello intellettuale, plasticità emotiva, abitudine alla narrazione, volontà determinazione) ma il prodotto dell'interazione delle sue caratteristiche con la personologia del terapeuta. L'esplorazione dei territori intimi dell'animo del paziente sarà tanto più proficua quanto più sviluppate saranno la cultura psicologica, le capacità intuitive, le doti empatiche, le abilità interpretative e la forza vitale che il terapeuta possiede* (Grandi, 2011).

La forza del terapeuta, infatti, si esprime, nel sostenere la relazione con il paziente fino a che non si realizza la sintonia emotiva che permette al paziente la rassicurazione necessaria al suo processo di crescita. Il terapeuta quindi deve essere costantemente consapevole di chi è oltre che di che cosa fa, come e perché e quando lo fa nella specificità di una relazione con quel singolo paziente.

Per poter avviare un percorso psicoterapeutico con un adolescente è importante andare a rintracciare non solo le sue esigenze, ma anche le competenze che può mettere in gioco. Per l'adolescente la psicoterapia è un percorso relazionale che ha come obiettivi quello di riuscire a dare significato, simbolizzare e rappresentare ciò che gli sta accadendo. L'adolescente avverte l'esigenza di poter pensare e realizzare qualcosa di importante per sé e che dia una svolta alla propria vita, infatti prova a capire chi è, cosa vuole e cosa desidera, quali sono i suoi pensieri e quali capacità possiede, in modo da poterle mettere in atto nella propria vita. In chiave adleriana, l'obiettivo psicoterapeutico per il giovane è quello di individuare e raggiungere la meta desiderata, muovendosi nella direzione del lato utile della vita. In un periodo dove incalzano i conflitti che riguardano l'identità di sé e il proprio modo di stare nel mondo, l'adolescente avverte la necessità di fare chiarezza sul proprio modo di essere, sulle paure e le difficoltà che avverte e ha bisogno di essere rassicurato ed incoraggiato in quel lungo processo che lo porterà ad essere adulto capace. Ciò che spaventa di più l'adolescente è la paura di non superare la condizione di sofferenza in cui si trova e la contraddizione di emozioni e sentimenti che caratterizzano questa fase della sua vita. La

psicoterapia diventa quindi quel luogo privilegiato nel quale, attraverso la relazione con l'Altro, l'adolescente inizia a comprendere qualcosa del suo funzionamento e prova a scegliere per il futuro. Per l'adolescente diventa importante non solo comprendere cos'è accaduto nella sua vita e come ciò abbia influenzato il suo presente, ma soprattutto sperare in un futuro che sia recuperabile e dove sia possibile riscattarsi dalla sofferenza presente. Talvolta, il necessario lavoro sul presente consente non solo di comprendere il fluire dei pensieri e il funzionamento mentale, quanto anche di lavorare sulla rappresentazione di un futuro diverso e pensabile.

Per Francesco lo spazio psicoterapeutico è stato il luogo dove potersi pensare, confrontare ed integrare i conflitti che nascono con la relazione con il mondo esterno ed interno. È stato uno spazio dove poter sperimentare l'incontro e il confronto con l'altro, rassicurarsi e trovare il coraggio di poter essere, senza il timore del giudizio e del fallimento. A lui serviva uno spazio dove poter uscire dal ruolo che gli avevano affidato a scuola ed essere se stesso, anche con i suoi interessi particolari, un confronto con un adulto non giudicante con il quale potersi sperimentare con tutte le paure e le difficoltà necessarie. La psicoterapia lavora sulla paura del giovane di abbandonare il mondo protetto e dorato dell'infanzia e la necessità di accedere ad una realtà adulta ed indipendente.

Quello che mi ha aiutato nel percorso con Francesco, oltre alle supervisioni continue, e soprattutto nei momenti dubbiosi che il percorso mi portava è stata, come più volte il prof. Grandi ha menzionato nelle sue supervisioni, la passione del terapeuta, perché credo che quando si ha a che fare con gli adolescenti, la passione, intesa come la possibilità per il

giovane di riconoscere un vero e reale interesse nei suoi confronti, diventa essenziale e alla base di una buona relazione di fiducia. L'adolescente ha bisogno di confrontarsi e di mettere la sua vita nelle mani di un adulto che crede in lui e che ha fiducia nella possibilità di un suo cambiamento e di una sua crescita.

Motivare un adolescente, con la passione e l'interesse nei suoi confronti, vuol dire provare ad aiutarlo facendogli vivere nuove possibilità di relazione e sperimentare le sue capacità. Il terapeuta deve essere capace di stabilire la giusta distanza dal paziente, in modo da poter trasmettere il suo interesse verso il ragazzo, ma anche di non procedere in modo troppo invadente, o cercando di apparire per forza simpatico.

Durante la terapia con Francesco, come clinico ho dovuto gestire la tensione tra l'essere emotivamente disponibile e il mantenere la neutralità, comportandomi in modo ricettivo ma contenuto nei confronti del paziente e prestando al tempo stesso particolare attenzione al controtransfert. Si tratta di un atteggiamento che Sandler (1976) ha descritto come "risonanza di ruolo". Talvolta il terapeuta si renderà conto della tentazione di interagire con il paziente in un modo particolare prima di intervenire al riguardo, mentre altre volte si accorgerà di questa tendenza solo dopo il fatto. In entrambi i casi, egli potrà utilizzare le proprie riflessioni sulle interazioni con il paziente per capire ciò che sta accadendo nel trattamento e formulare una descrizione delle relazioni oggettuali messe in atto nel transfert (Otto F. Kernberg, E. Caligor, John F. Clarkin).

L'incontro con l'adolescente in difficoltà necessita di un clima di fiducia, è necessario un tempo in cui al ragazzo viene data la possibilità di respirare un clima e un luogo accogliente e capace di ascoltarlo nei suoi bisogni. Grazie alla costruzione di una relazione di fiducia il terapeuta potrà entrare nella storia di vita del paziente senza essere vissuto come intrusivo e minaccioso; così il ragazzo riconoscerà nella relazione e nello spazio della terapia la possibilità di rivelare contenuti e vissuti personali che altrimenti sarebbero rimasti segreti e mai affidati all'altro. Accogliere i pensieri di Francesco e ascoltarli senza interventi tempestivi lasciando al giovane il tempo giusto per potersi esprimere e poter concretizzare i suoi pensieri ha permesso di instaurare un clima di fiducia e ha consentito a lui di comprendere cosa stesse accadendo all'interno della stanza di terapia e svolgere così un lavoro su di sé, in un luogo libero dal giudizio e libero da ogni preconcetto.

Attenta a leggere gli aspetti transferali e controtransferali della relazione terapeutica con Francesco, ho avvertito i suoi tentativi di tenermi ad una giusta distanza a volte o di tirarmi dentro la sua confusione, è come se Francesco si sentisse inizialmente in dovere di continuare il suo ruolo di giovane spavaldo manipolatorio alternato a momenti di estrema fragilità e dipendenza alla ricerca di protezione e credibilità, tanto da instillare in me forti dubbi sulla veridicità dei racconti provenienti dall'esterno, e a volte in dovere di proteggerlo dai possibili attacchi provenienti dal contesto.

Più volte alla fine del colloquio con Francesco ho sentito la necessità di fermarmi e ascoltarmi, a volte i colloqui erano talmente intensi e pieni di racconti, emozioni che mi portava tanto dovermi fermare per riordinare i

pezzi. Infatti la confusione di Francesco a volte era così travolgente e inglobante tanto da richiedere ripetute supervisioni così da poter avere una visione più chiara ed esperta del reale percorso che stavamo facendo assieme, e la mia tutor più volte mi ha verbalizzato di fare molta attenzione al transfert e controtransfert con questi disturbi.

Il termine transfert è riservato più comunemente alle occasioni in cui le relazioni oggettuali interiorizzate del paziente sono attuate in relazione al terapeuta. Lo scopo del rapporto psicoterapeutico è la creazione di una cornice ottimale all'interno della quale esplorare e capire la vita interiore del paziente. Tale scopo si basa sulla capacità emotiva e sulla capacità di risposta al paziente da parte del terapeuta. Inoltre paziente e terapeuta interagiscono costantemente e quindi, a meno che il terapeuta sia un robot, non è possibile, né auspicabile, evitare messe in atto di transfert e controtransfert. Al tempo stesso, si ritiene che quando il clinico trattiene le proprie inclinazioni naturali a mettere in scena ciò che il paziente "incoraggia" e mantiene un atteggiamento più neutrale, si assiste alla tendenza a evidenziare l'esigenza del paziente di mettere in atto relazioni oggettuali particolari, cosa che facilita l'identificazione e l'esplorazione delle relazioni oggettuali nel trattamento; quando il terapeuta non attua in modo attivo le aspettative transferali del paziente, è più probabile che quest'ultimo acquisisca la consapevolezza di aspettative riguardo al terapeuta in relazione al suo particolare comportamento (Otto F. Kernberg, E. Caligor, John F. Clarkin).

E' comunque sempre importante che il terapeuta sia consapevole dei propri vissuti controtransferali. Il controtransfert consiste nelle risposte

che il terapeuta dà al paziente, risposte basate sulle sue relazioni significative del passato e stimulate nell'hic et nunc della seduta da qualcosa che avviene nel setting o all'esterno. E' importante che il terapeuta riconosca le risposte controtransferali e ne riconosca soprattutto la portata sul lavoro con il paziente, cercando di elaborarle perché non causino problemi all'interno della terapia (Greenson R.R., 1974).

Rispetto al trattamento con gli adolescenti, il professor Grandi (2012) sostiene che non esiste un protocollo generalizzabile, per i ragazzi, proprio per la peculiarità del periodi di vita che stanno vivendo, infatti è un protocollo che si costruisce e si rinnova volta per volta. Un modo di muoversi quello all'interno della psicoterapia con l'adolescente pervaso in primis da tutto ciò di cui è costituito ad oggi il mondo adolescenziale: dal web ai fumetti, dalla moda ai videogiochi, dagli smartphone ai video. Una psicoterapia che richiede al terapeuta di avere larghe vedute andando ad includere tutti gli aspetti della vita quotidiana e usuale dei ragazzi, perché a loro interessa il qui ed ora e la possibilità di poter stare bene adesso, in questo momento, in quello che fanno nella vita, a scuola con i compagni, a casa con la famiglia, in giro con gli amici e sul web. Fondamentale per l'instaurarsi di un buon clima è la funzione di contenimento che opera il terapeuta, andando a ricreare quello che Winnicott ha chiamato "spazio transizionale" (1971), ovvero una zona neutra di incontro in cui possono svilupparsi degli scambi che siano per l'adolescente luogo di presa di contatto con la realtà e di percezione di aiuto da parte di una persona adulta.

Grandi (2012) sostiene che nell'approccio ad adolescenti il terapeuta deve organizzare l'intervento psicologico in modo tale da fronteggiare la confusione e la distruttività, elementi questi che facilmente possono disorientare il lavoro terapeutico. L'adolescente deve percepire *la forza del terapeuta* volta a generare un movimento propulsivo degli adolescenti verso l'adulto (Mele, Raviola, 2012).

Obiettivo della psicoterapia con l'adolescente nella concezione della Psicologia individuale promossa dall'Istituto Adler è quindi quello di avviare con i ragazzi uno spazio e un contenitore per pensare, e pensare serve per iniziare a vivere, per partire da dove ci si era fermati all'insorgere del sintomo, difficoltà o problematica che hanno portato l'adolescente alla consulenza psicologica per ricominciare a vivere. Con Francesco è stato necessario creare un ambiente d'ascolto neutro dove potersi esprimere, ed è stato importante soprattutto per Francesco comprendere la neutralità del terapeuta, e l'assoluto bisogno per il ragazzo di riscrivere la propria storia partendo dall'inizio senza preconcetti. Il percorso fatto con Francesco mirato ad acquisire maggiore consapevolezza e coscienza dei propri comportamenti e di come essi abbiano delle conseguenze sull'ambiente esterno, a limitare e gestire i comportamenti disfunzionali del minore, sviluppare la propria autonomia e ricerca delle strategie mirate al contenimento emotivo e regolazione degli impulsi è stato un percorso piuttosto complesso con alti e bassi, rifiuti e accettazioni che più volte hanno messo in difficoltà la stabilità del percorso che però ha permesso al minore di mettersi in gioco e potersi sperimentare nella sua totalità.

Quando si prende in carico un adolescente diventa quanto mai necessario porsi alcune domande circa il contesto in cui vive e le persone con le quali è in relazione, soprattutto la famiglia di riferimento.

Secondo una prospettiva adleriana, l'individuo deve essere considerato nella sua unità bio-psico-sociale e, quindi, deve essere conosciuto anche nella sua dimensione sociale e relazionale. Conoscere la realtà sociale dell'adolescente non solo dai suoi vissuti, ma anche da parte delle persone che gli sono intorno, permette di cogliere i significati e le conclusioni che il giovane si è costruito di sé e della realtà che lo circonda. Intraprendere una psicoterapia con un adolescente non ha speranza di riuscita se non tiene conto dell'ambiente di vita relazionale e quindi dei suoi genitori, che devono essere accompagnati a prendere parte al trattamento.

Nel caso di Francesco è stato di primaria importanza poter esplorare la vita familiare ed ascoltare i punti di vista di entrambi i genitori sull'educazione del figlio e sulle modalità interpretative dei genitori a volte diametralmente opposte. Infatti essi, la madre più propensa alle coccole e a prendere le difese del figlio e allo stesso tempo colei che impartisce le regole in casa e il padre figura rigida con un ruolo professionale altrettanto rigido che rientra in casa dalle trasferte e non "*se la sente di rimproverare il figlio*", permettono a Francesco una modalità manipolativa verso gli adulti tale da averla a volte riproposta in terapia. Detto ciò entrambi i genitori si sono adoperati nel migliorare il loro progetto educativo in concomitanza con il percorso psicoterapeutico del figlio tale per cui da migliorare il rapporto padre-figlio con degli spazi esclusivi, e facilitare la separazione con la figura materna.

E poi c'è la scuola, il posto dove più spesso in età adolescenziale emergono in modo chiaro e palese i disagi dei ragazzi, infatti a volte le richieste di una prima consulenza arrivano proprio dalla scuola per problematiche che possono riguardare il rendimento scolastico, quanto le relazioni con i coetanei oppure con altre figure adulte, come gli insegnanti. La scuola per l'adolescente è uno spazio importante per la scoperta e la messa alla prova del proprio sé e della realtà e rappresenta la principale occasione di frequentazione e aggregazione. Un ambiente, che offre quindi diverse occasioni di sperimentare le proprie capacità, da quelle intellettuali a quelle relazionali con persone di diverse età, ciò permette infatti di poter osservare l'adolescente nella sua totalità in un ambiente diverso da quello familiare. Per tutti questi motivi è importante che lo psicoterapeuta che lavora con gli adolescenti sia consapevole in che tipo di contesto scolastico e familiare è il ragazzo e da questi sappia trarre spunto e risorse per il lavoro con il proprio paziente adolescente.

Il lavoro portato avanti sui vari obiettivi del progetto terapeutico è stato sviluppato sulla base della necessità di una lettura e riconoscimento del proprio mondo interno fatto di emozioni, affetti e impulsi, e alla relazione comprensione e ridefinizione delle relazioni del ragazzo rispetto al contesto dei pari e degli adulti.

Credo che si possa dire che, al momento della chiusura del percorso, questo processo di ridefinizione e consapevolezza sia stato riavviato così come l'opportunità per Francesco di mettere da parte il ruolo che ha recitato per poter essere se stesso o almeno ci prova. D'altro canto va detto anche che molti aspetti che richiederebbero attenzione sono rimasti in

sospeso e mi auguro per lui in futuro ci possa essere l'opportunità di affrontarli e approfondirli.

Spero che il percorso fatto assieme gli abbia lasciato l'idea di potersi fidare degli adulti, e poter chiedere aiuto nei momenti di difficoltà, e che gli abbia regalato almeno in parte, una rappresentazione più coerente ma anche più positiva di se stesso che gli permetta di giocare le numerose risorse che possiede per affrontare tutto ciò che la vita gli riserverà.

CAPITOLO 3

IL DISTURBO BORDERLINE

3.1 Borderline come organizzazione, funzionamento, disturbo di personalità.

A partire dalla fine del diciannovesimo secolo, la classificazione psichiatrica ha distinto due tipi generali di disturbo: *la nevrosi*, un termine che può essere riferito a una psicopatologia di maggiore o minore entità, in cui l'esame di realtà non è compromesso; *la psicosi*, che implica gravi danni all'esame di realtà. Nel corso del ventesimo secolo, i teorici clinici iniziarono a descrivere persone troppo disturbate per poter essere definite nevrotiche e tuttavia troppo ancorate alla realtà per essere considerate psicotiche. Fu così identificato un gruppo di pazienti "*borderline*". Il concetto di un disturbo di personalità "*al limite*" tra psicosi e nevrosi fu successivamente soggetto a ricerche empiriche e a ulteriori elaborazioni teoriche.

La storia del disturbo borderline è stata segnata da un lungo dibattito, ancora in corso, sull'ampiezza e i limiti del disturbo. La diatriba riguardava la definizione del Borderline come disturbo specifico o come organizzazione di personalità ed espressività clinica polimorfa.

Kernberg sostiene l'esistenza di un'organizzazione borderline di personalità che si colloca tra nevrosi e psicosi, comune anche ad altri disturbi di personalità, come quello antisociale, narcisistico, schizoide, paranoide, secondo l'autore questo termine descrive più esattamente pazienti che hanno, infatti, un'organizzazione patologica specifica, stabile

della personalità e non una situazione transitoria fluttuante tra nevrosi e psicosi.

Una personalità organizzata a livello borderline è dunque caratterizzata da: - utilizzo abituale di meccanismi di difesa primitivi, centrati sulla scissione; - sindrome di diffusione di identità; - generale mantenimento dell'esame di realtà;

Figura. Livelli di organizzazione della personalità secondo Kernberg.

Livello di organizzazione della personalità			
	Normale	Nevrotica	Borderline
Identità	Consolidata	Consolidata	Diffusa
Difese	Predominio di difese mature	Predominio di difese basate sulla rimozione	Predominio di difese basate sulla scissione
Rigidità	Adattamento flessibile	Rigidità presente	Rigidità grave
Esame di realtà	Intatto e stabile	Intatto e stabile	Essenzialmente intatto ma si deteriora con l'aumentare dell'intensità affettiva La capacità di leggere gli stati interiori degli altri è compromessa

Secondo il PDM-2 le persone con un'organizzazione borderline di personalità hanno difficoltà nella regolazione degli affetti e di conseguenza ne sono facilmente sopraffatti, vivendo così condizioni di depressione, di ansia e di rabbia molto intense. Spesso hanno problemi relazionali, gravi difficoltà in situazioni d'intimità emotiva, complicazioni lavorative, incapacità di regolazione degli impulsi, che li rendono soggetti all'abuso di sostanze e ad altre dipendenze. In situazioni di forte disagio possono mettere in atto comportamenti autolesivi o attività distruttive, comunque rischiosi per loro. Questi comportamenti possono rappresentare lo sforzo disperato di regolare affetti insostenibili o di fronteggiare il fallimento nella regolazione degli impulsi, o entrambe le cose. Il livello di organizzazione borderline della personalità può essere diviso in un livello ad alto funzionamento (al confine con quello nevrotico), tipico di pazienti la cui organizzazione generale è vicina a quella nevrotica e in un livello a basso funzionamento (al confine con quello psicotico), tipico di pazienti che presentano compromissioni più gravi. In base al livello di funzionamento alto o basso, l'approccio terapeutico è diverso: per i pazienti ad alto funzionamento borderline è indicato un approccio più esplorativo (orientato all'insight e all'interpretazione), mentre per quelli a basso funzionamento è più indicato un approccio più supportivo e volto al sostegno delle specifiche capacità del paziente.

Le difese più primitive e ad alto costo di questo livello di funzionamento sono la scissione e l'identificazione proiettiva.

La scissione è la tendenza a compartimentare le proprie percezioni e i propri sentimenti in “positivi” e “negativi” e di conseguenza a vedere se

stessi e gli altri secondo categorie caricaturali, “bianco o nero”, “tutto buono o tutto cattivo”. La scissione può comportare la visione di alcune persone come “tutte buone” e di altre come “tutte cattive” oppure l’alternarsi di percezioni molto contraddittorie della stessa persona. Una delle conseguenze della scissione è il fallimento nell’integrazione di aspetti diversi dell’identità in un’immagine coerente e stabile. Di conseguenza, i pazienti le cui personalità sono organizzate a un livello borderline presentano una “diffusione d’identità”: i loro atteggiamenti, valori, obiettivi e sentimenti sono instabili e mutevoli, e la loro percezione di sé può oscillare tra posizioni estreme e polarizzate. Così queste persone possono sembrare molto diversi in situazioni differenti, proprio a seconda di quale aspetto dell’identità emerge.

L’identificazione proiettiva consiste in un fallimento delle capacità di riconoscere aspetti disturbanti della propria personalità e nella loro erronea attribuzione a un’altra persona (per esempio il terapeuta) che viene quindi trattata di conseguenza, fino a suscitare in lei proprio quei sentimenti e atteggiamenti che erano stati proiettati. I clinici che ricevono le identificazioni proiettive possono sentire una forte pressione a conformarsi a tali proiezioni al punto da vivere l’esperienza che la propria mente sia stata “presa” da qualcuno o “colonizzata” da qualcosa. Altre difese che caratterizzano il funzionamento dell’area borderline includono il diniego come ignorare ciò che è disturbante, come se non esistesse; il ritiro nella fantasia; il controllo onnipotente ovvero trattare l’altro come un’estensione di sé, riconoscendolo a malapena che si tratta di un essere umano separato; l’acting-out ovvero l’agire all’esterno, ripetutamente, una

vicenda interna, drammatica che non può essere ricordata, sentita concettualizzata; la somatizzazione come lo sviluppo di sintomi fisici in condizioni di stress; dissociazione ovvero disconnessioni incongrue tra aspetti diversi dell'esperienza o cambiamenti repentini di stati del sé senza alcun sentimento di continuità dell'esperienza; l'idealizzazione primitiva, vedere un'altra persona come totalmente buona e dotata di poteri straordinari; la svalutazione primitiva ovvero vedere l'altro come completamente inutile, privo di valore.

I pazienti con personalità borderline sperimentano emozioni che possono mutare rapidamente e crescere vertiginosamente sino a sfuggire al loro controllo, arrivando a livelli estremi di tristezza, ansia e rabbia, compromettendo così la loro capacità di adattamento. Tendono a essere catastrofici e disregolati, e quindi hanno costantemente bisogno di qualcuno che li aiuti a regolare gli affetti e tranquillizzarsi. Tuttavia nel momento in cui la relazione si fa più intima si sentono facilmente invasi e controllati e, al tempo stesso, sperimentano un'intensa paura di essere abbandonati e rifiutati. Questo tumulto interiore li porta a fraintendere facilmente i comportamenti e gli atteggiamenti delle altre persone, che vengono interpretati come indicatori di rifiuti e abbandoni, presenti o futuri. Questi pazienti mostrano anche difficoltà ricorrenti nel collegare le proprie azioni e i propri sentimenti con ciò che pensano e con ciò che sta accadendo. Hanno difficoltà nel comprendere i comportamenti, le intenzioni, i desideri e le emozioni altrui, spesso fraintendendoli a causa di meccanismi proiettivi i perché danno per scontato che gli altri pensino e sentano ciò che loro stessi pensano e sentono. Hanno difficoltà nel

mettersi nei panni degli altri e a prendere in considerazione il loro punto di vista. Di conseguenza hanno rappresentazioni degli altri polarizzate (tutte buone o tutte cattive) e una prospettiva tendenzialmente egocentrica, possono mostrare una tendenza a sviluppare spiegazioni stereotipate dei comportamenti, delle intenzioni e dei desideri propri e altrui. Possono mostrare delle difficoltà nello sperimentare un senso di continuità nella propria esperienza. Oscillano da un affetto a un altro, da una rappresentazione a un'altra, da uno stato mentale a un altro, senza avere alcuna percezione della loro incoerenza. Di conseguenza possono sentirsi disorientati dal proprio comportamento e trasmettere questo disorientamento anche alle persone che interagiscono con loro. Tendono a suscitare negli altri sentimenti simili a quelli che loro stessi stanno provando o emozioni che disconoscono in se stessi. Provano cronici sentimenti di “vuoto” interiore e tendono a entrare in stati di coscienza alterati o dissociati, simil alla trance. Possono mettere in atto comportamenti autolesivi allo scopo di tranquillizzarsi, e spesso riportano che queste condotte li fanno sentire vivi e in contatto con il proprio corpo.

Tutti gli approcci rivolti al trattamento dei pazienti Borderline tendono a sottolineare gli aspetti come: centralità dell'alleanza terapeutica e importanza delle riparazioni a seguito dei momenti di rottura; importanza cruciale nel mantenere i confini del setting e capacità di tollerare eventuali sentimenti di rabbia e risentimento del paziente; aspettare l'emergere di emozioni molto intense e di inevitabili e di inevitabili dilemmi di “aut-aut”; saper veicolare al paziente l'autenticità affettiva della propria figura

di clinico; necessita di promuovere lo sviluppo delle capacità di autoriflessione e mentalizzazione.

3.2 Il disturbo borderline e la psicologia dello sviluppo.

Molti indizi tendono a collocare nei primi tre anni di vita la nascita e la formazione delle tendenze stabili di personalità, sulla base di un intreccio fra fattori ambientali e orientamenti genetico-costituzionali, un approccio che getti luce su questi primi momenti della formazione del carattere e sulle forze che li hanno influenzati, promette di rendere più leggibile e avvicinabile il mondo esperienziale di pazienti affetti di disturbo di personalità.

Poiché la psicologia dello sviluppo usa metodi di conoscenza e di indagine, diretti a cogliere momenti molto globali e unificati dell'esperienza (in primo luogo il senso globale di sé e i metodi usati per mantenerlo in uno stato accettabile di regolazione e funzionamento), la ricostruzione di una linea di sviluppo centrata sul riconoscimento di momenti fortemente unificanti mette al riparo dal rischio di spendersi in una massa caotica di particolari. Inoltre, il collocare gli stati affettivi sullo sfondo di alcune scene relazionali primitive, permette di orientarsi nella massa di eventi riportati dal paziente utilizzando una bussola orientatrice.

Una conseguenza non secondaria di questo punto, è che la psicologia dello sviluppo ci offre una visione molto integrata dell'intreccio tra funzioni psichiche, stati affettivi e modalità relazionali. In particolare, l'attenzione concentrata intensamente sugli stati affettivi ci consente di indagare più attentamente il senso del sé, come viene configurandosi negli stati pre-

simbolici e preriflessivi, che sono così importanti nei disturbi di personalità.

Se consideriamo gli eventi da questo punto di vista un aspetto notevolmente rilevante del disturbo borderline è costituito dalla particolare difficoltà, da parte di questo tipo di pazienti, a mantenere la funzione della costanza degli oggetti interni nel proprio mondo psichico. Come risulta da numerosi studi sullo sviluppo del bambino, un momento particolarmente importante dell'evoluzione della mente è costituito dal passaggio della fase caratterizzata da un senso del sé intersoggettivo a quella caratterizzata da un senso del sé riflessivo. Con il termine di senso del sé intersoggettivo si intende il momento in cui il bambino diventa consapevole di provare emozioni come eventi personali e acquista questa consapevolezza perché gli viene capace di riconoscere, che tali emozioni sono condivise da altri e abitano altre menti oltre la propria. In altri termini, la comparsa di una propria soggettività è basata sull'esperienza di una condivisione affettiva che renda i propri affetti leggibili e comunicabili. Con il termine di senso del sé riflessivo si intende invece, la capacità acquisita con l'uso del linguaggio di nominare i propri affetti e secondariamente di collocarli in una cornice mentale, definibile come spazio o mondo interno. Il passaggio alla nominazione e collocazione in uno spazio interno degli affetti non può avvenire armoniosamente, se la fase precedente è stata pesantemente danneggiata. In questa fase, si verificano due eventi di grande importanza: in primo luogo, l'interazione con una figura emotivamente sintonica, permette di imparare a distinguere, nominare e comunicare e quindi controllare, elaborare e

riconoscere i propri stati affettivi. In secondo luogo, l'acquisizione del linguaggio conferisce all'esperienza degli stati affettivi una connotazione sempre più precisa e condivisa, con effetti importanti sulla possibilità di regolazione, riconoscimento e sviluppo degli stati affettivi stessi.

Come abbiamo detto, una conseguenza non secondaria di questo passaggio è costituita dalla formazione di un contenitore mentale, o se preferiamo di uno spazio o mondo interno: il poter riconoscere ed esprimere gli stati affettivi attraverso simboli, infatti, permette la costituzione di uno spazio mentale, dove tali simboli possono essere connessi, elaborati, mantenuti, conservati o modificati. L'eccessiva potenza imm modificata degli stati affettivi o la carente capacità di verbalizzazione condivisa, fanno sì che il mondo affettivo possa rimanere caotico, indiscriminato e pervasivo, in assenza di un contenitore mentale, atto a far funzionare operazioni di riflessività. Un'ipotesi attendibile è che questa fase sia particolarmente importante nella formazione del disturbo borderline. Il bambino futuro borderline, infatti, sembra manifestare una notevole difficoltà nella capacità di condivisione degli stati affettivi, per la mancanza, per vari motivi di un ambiente capace di svolgere armoniosamente questa funzione. In altri termini, l'espressione di un affetto può venire sottoposta a travisazione, espulsione, negazione o ridicolizzazione, con affetti non solo di vergogna e rabbia, ma di perdita di riconoscibilità di quell'affetto stesso. La fase verbale si svilupperà quindi sullo sfondo di un mondo affettivo potente ma confuso, e non sarà per questo motivo capace di portare ordine, ma al contrario di aggiungere un senso di distanza e incompatibilità tra parti diverse della mente.

Se ci sforziamo di immaginare il disturbo borderline alla luce di queste considerazioni, possiamo ipotizzare che l'esperienza soggettiva, tipica di questo tipo di pazienti, sia quella, per così dire, di una massa di affetti intensi, ma non ben distinguibili uno dall'altro, che preme come un effetto oppressivo, indistinto e pesante, mentre l'area mentale capace di offrire a questa massa caotica un ordine e una riconoscibilità, è precaria e discontinua e talvolta del tutto assente, si sottolinea così la confusione e il vuoto di questi pazienti.

Meares sottolinea che nella fasi di sviluppo, la funzione della madre deve garantire la nascita di un mondo interno nel bambino, non solo tramite la condivisione, ma tramite la protezione della sperimentazione di stati privati e personali. Winnicott si è espresso a questo proposito in modo suggestivo e poetico, quando ha parlato dell'importanza di essere soli in presenza di un altro. Tale attività comporta l'effetto di fare acquisire al bambino un linguaggio interno idiosincrasico e personale, poco comunicabile, ma impregnato di significati individuali, la cui presenza contribuisce non poco allo sviluppo e alla formazione di un contenitore psichico, garante dell'attività de sé riflessivo. Come afferma Meares, questo linguaggio è l'espressione de Sé. La non formazione di questo linguaggio interno, e la concomitante non formazione di un contenitore psichico, con essa collegata, e la presenza di una massa affettiva amorfa e iper-intensa, preludono alla difficoltà, da parte del futuro borderline, di acquisire un senso di costanza degli oggetti interni. Come è noto, il concetto di oggetto interno è stato molto valorizzato in psicoanalisi, perché permette di accostarsi con maggiore precisazione alle dinamiche

intrapсихiche e in particolare di studiare i processi di identificazione e quindi la formazione di un senso di identità più maturo e consapevole. Nella prospettiva di sviluppo fin qui considerata, però, l'oggetto interno non può che comparire dopo l'acquisizione del Sé riflessivo, quando la capacità di rappresentare un'immagine si avvale della acquisita capacità di operazioni simboliche. È proprio la formazione degli oggetti interni, invece, a essere messa in discussione nel disturbo borderline o meglio non la formazione, ma la continuità della loro presenza nell'ambito dell'esperienza soggettiva. Ma se un ambiente non idoneo, nel senso di non sintonico e pesantemente interagente nella capacità di registrazione e condivisione dell'esperienza affettiva, ha profondamente danneggiato la dimensione dell'intersoggettività, il mondo interno, come abitualmente lo concepiamo, non può fermarsi: gli oggetti non potranno saldarsi agli affetti che ne costituiscono l'elemento vitalizzante e significativo, e rimarranno quindi transitori e precari. Non è possibile rappresentarci stabilmente un oggetto, se non sappiamo che cosa in realtà proviamo per esso, se l'identità dell'oggetto stesso è resa precaria dalla non decifrabilità di quale affetto quell'oggetto suscita in noi. In altri termini il mondo oggettuale può assumere stabilità e costanza, soltanto se il mondo affettivo è leggibile e discriminabile, in caso diverso, il disordine e l'indecifrabilità degli affetti comportano non installazione degli oggetti interni nel nostro mondo mentale. (A. Correale, 2009).

3.3 Una responsabilità adeguata

Il mondo del paziente borderline è un mondo in continuo svolgimento, in rapida transizione, con flussi ininterrotti di sensazioni e stati psichici e

scarsa stabilità. La sensazione soggettiva è di svuotamento e devitalizzazione, perché nulla si trattiene e il tempo domina incontrastato, come padrone assoluto di tutte le cose. L'attenzione non si ferma mai a sufficienza perché il momento successivo scaccia sempre il presente, che a sua volta ha scacciato il precedente. L'attaccamento è spasmodico ma altrettanto incombente la sfiducia in una continua esasperante alternanza. Il paziente borderline vive stati di inquietudine tensione, irrequietezza, smansiosità ma non precise sensazioni o emozioni, salvo rari momenti. L'esperienza di questo stato di flusso conferisce al suo mondo un senso drammatico di non potere fermare nulla, forse di non possedere nulla. Tutto quello che succede fluisce via, e lascia un sé povero e sprovvisto di beni e di memorie, come se ciò che è successo venisse inghiottito, senza essere trattenuto nel passato che lo precedeva. Una conseguenza non trascurabile di questa situazione esperienziale è che il paziente borderline non si sente padrone di nulla e tende a vivere il bisogno di cercare sempre nuovi oggetti, perché i presenti non sono mai soddisfacenti o chiedere all'oggetto sempre nuove dimostrazioni di efficacia, presenza e disponibilità.

L'esplicitazione, in queste condizioni degli stati affettivi del paziente da parte del terapeuta, viene vissuta come un espropriazione, un furto del pensiero: *<non solo il mio mondo è un caos e io non lo possiedo, ma tu mi vieni a spiegare cosa c'è dentro di me. Poiché io non possiedo nulla nel momento che tu nomini qualcosa di me, non me la restituisci, ma al contrario mi togli quel poco che sento mio.*

La tematica del furto del pensiero affonda le sue radici in vari ambiti. È possibile evidenziarne almeno due innanzitutto, l'indefinito dello stato affettivo. Quando lo stato affettivo è iperdenso ma scarsamente definito, ogni tentativo di nominarlo viene vissuto come una travisazione, un'imprecisione, una infedeltà alla realtà emotiva. In queste condizioni anche il cogliere qualcosa di vero non porta sollievo ma anzi crea allarme e deprivazione, perché la verità è mescolata a qualcosa che non è sentito vero. In secondo luogo, esiste un effetto della memoria. Molto spesso, il piccolo bambino ha sentito che l'espressione di un'emozione non culminava in una condivisione rassicurante, ma al contrario che la sua emozione suscitava fuori da lui importanti travisazioni o reazioni di contrasto e di non rispetto. In altri termini, l'espressione emozionale portava spesso ad una sensazione penosa di perdere l'emozione stessa.

Una descrizione molto efficace del disturbo borderline, è basata sull'idea che il paziente soffra di una diffusione di identità, per cui la configurazione dei suoi modi di essere è in continua alternanza. Il paziente borderline ci propone molte facce diverse, spesso in contrasto tra loro e talvolta così in opposizione l'una con l'altra, da darci l'impressione di avere a che fare con molte persone diverse. Utilizzando la metafora dell'arcipelago ricorrente in psicoanalisi il paziente borderline si muove freneticamente sulle varie isole non collegate tra loro, ciò rappresenta l'esito di un tentativo di vitalizzazione, tramite il ricorso a vari possibili espedienti anche molto diversi tra loro per evitare il senso del proprio caos esterno, vissuto come un troppo pieno che diventa un vuoto. Ogni tentativo di stabilire un collegamento tra le isole viene vissuto come un

attacco alla vitalità del momento, un'istanza superegoica e depressiva, un bisogno sadico e crudele di devitalizzazione. Il problema del tipo di intervento può essere ulteriormente riformulato: c'è bisogno di un lungo periodo, in cui il terapeuta non può spiegare, non può raccontare, non può interpretare, non può collegare e non può integrare. Il terapeuta può solo essere presente e dare forma ai vissuti del paziente riformulandoli, ma con un linguaggio emotivo non troppo circostanziato. In questa funzione il terapeuta deve molto spesso accettare i ruoli non sempre gradevoli che il paziente gli attribuisce, e contenerli con piccole modificazioni senza restituirli. Il tipo di lavoro possibile, in queste situazioni, può essere definibile come un riraccontare al paziente ciò che egli stesso ci ha raccontato. Riraccontare prevede al tempo stesso un chiedere qualche dettaglio, un sottolineare qualche altro, un impiegare un altro termine per descrivere la stessa cosa. (A. Correale, 2009).

3.4 Il senso di sé nel disturbo borderline

Gli studi della psicologia dello sviluppo e l'attenzione concentrata sulla formazione del senso di sé nel bambino ci hanno permesso di attirare fortemente l'attenzione su di un'area della vita psichica, attiva ancora prima che i meccanismi di scissione entrino in gioco. Secondo questa prospettiva, il momento cruciale nella patogenesi del disturbo borderline sarebbe localizzato nel periodo in cui il bambino, alle soglie dell'acquisizione del linguaggio, comincia a rendersi conto che gli affetti sono condivisibili e che anche gli altri esseri umani sono capaci di provare stati affettivi. L'acquisizione del linguaggio permette poi agli stati affettivi di venire nominati, discriminati e specificati. Nel disturbo borderline, si

verificherebbero due fenomeni di grande rilevanza. In primo luogo, il contesto affettivo del bambino sarebbe particolarmente inadatto a questa opera di condivisione e le prime espressioni consapevoli di affetti sarebbero trascurate o attivamente rifiutate. In secondo luogo, il bambino sarebbe dotato di una tendenza costituzionale a rispondere alle disgiunzioni empatiche con particolare reattività, fondata su rabbia e risentimento, ma più ancora su di un oscuramento della propria capacità a riconoscere il proprio stato emotivo. Al posto della coscienza di un affetto, si instaurerebbe così un senso di sé tumultuoso e caotico, impregnato di vergogna e risentimento. Questa tendenza sarebbe ulteriormente favorita dalla tendenza, concomitante, di mettere in atto modalità impulsive nella relazione di investimento e disinvestimento. La caratteristica ovvero la difficoltà costituzionale a mantenere la stabilità dell'attenzione e a rispondere impulsivamente agli eventi, sarebbe poi rinforzata anche secondariamente, come difesa dalla percezione del dolore interno, e aprirebbe la strada ai meccanismi ben noti di scissione. L'intrusività violenta dell'ambiente, la tendenza a reagire alle frustrazioni con la dispersione dell'attenzione comporterebbero un'atrofia della formazione di questo tipo di linguaggio, con conseguenti vissuti di mancanza di vitalità e di pienezza e di un senso di piattezza e monotonia del mondo reale. I comportamenti restitativi ben noti del paziente borderline, gli acting-out, l'abuso di sostanze, l'impulsività, la promiscuità, sarebbero diretti a far sviluppare, in qualsiasi modo, il senso di vitalità mancante. (A. Correale, 2009).

3.5 Gli adolescenti con stili emergenti di personalità, livello borderline.

Gli adolescenti con stili emergenti di personalità borderline mostrano compromissioni nell'esame di realtà e nel senso di sé. Tali problemi possono manifestarsi con modalità disadattive di gestire i sentimenti relativi a se stessi e agli altri. Le operazioni difensive possono distorcere la realtà.

Le intensità e il ritmo degli eventi che modulano e la regolazione delle difficoltà nelle interazioni precoci con il caregiver influenzano direttamente la formazione della personalità, dove i vari pattern di attaccamento predicono i diversi tipi di organizzazione della personalità destinati a emergere nelle successive fasi dello sviluppo. È di solito un pattern precoce di attaccamento disorganizzato a essere considerato il seme da cui germoglierà lo stile borderline di personalità, poiché l'attaccamento disorganizzato non offre al bambino alcuna possibilità di fare esperienza di interazioni stabili, affidabili e prevedibili a causa di modalità relazionali disorganizzate del genitore stesso. Ne segue che il bambino non ha punti di riferimento per sperimentare i propri confini né opportunità di comprendere, in una fase di sviluppo appropriata, che è possibile regolare le emozioni e il disagio nel contesto di una relazione. Così, in assenza della possibilità di formare un senso coerente di sé, l'adulto tenderà a sviluppare un'organizzazione borderline di personalità.

Gli adolescenti con un'organizzazione borderline della personalità, non essendo in grado di autoregolarsi adeguatamente, si trovano nella

condizione difficile di dover ricorrere a specifiche “strategie” interpersonali per modulare i propri stati emotivi interni. Non riuscendo ad autoregolarsi in alcun modo, devono fare in modo che siano gli altri a soddisfare i propri bisogni, e queste dinamiche relazionali sono spesso accompagnate dal meccanismo dell’identificazione proiettiva. Per gli adolescenti è del tutto normale mettere alla prova i limiti degli adulti che hanno un ruolo importante nelle loro vite, anche perché in questo modo possono imparare le norme implicite che regolano le interazioni sociali del mondo adulto. Altra cosa sono, invece, le dinamiche della patologia borderline di personalità, caratterizzata da una modalità rigida e pervasiva di ingaggiare gli altri attraverso strategie che finiscono per essere percepite come disorganizzanti. Oltre all’uso dell’identificazione proiettiva, e in mancanza di capacità di autoregolazione, gli adolescenti con un’organizzazione borderline emergente di personalità possono mettere in atto condotte autolesive, come tagliarsi, abusare di sostanze e usare le relazioni, di qualsiasi natura esse siano, come mezzi per tenere a bada i propri stati emotivi.

Gli adolescenti con uno stile emergente di personalità borderline tendono a sperimentare emozioni che sfuggono al loro controllo e cambiano rapidamente, in modo imprevedibile. Possono provare sentimenti dolorosi di vuoto e non sono in grado di calmarsi o tranquillizzarsi da soli senza l’aiuto di un’altra persona. Le emozioni forti possono farli diventare irrazionali. Possono minacciare o tentare ripetutamente il suicidio, sia in forma di “grido d’aiuto”, sia come tentativo di manipolare gli altri e tendono a mettere in atto comportamenti automutilanti. Le loro relazioni

tendono a essere instabili e caotiche. Possono attaccarsi velocemente agli altri, e quando sono turbati o in difficoltà, fanno fatica a percepire contemporaneamente le qualità positive e negative della stessa persona. Possono avere bisogno degli altri e allo stesso tempo respingerli, dominati dalla paura di rimanere soli, di essere rifiutati o abbandonati. Non hanno un sentimento stabile di chi siano in realtà e possono percepire un senso profondo di “cattiveria” interiore. Tendono a sentirsi infelici, depressi e incompresi, e possono credere che la loro vita non abbia alcun significato. Quando sono stressati, la percezione della realtà può deteriorarsi gravemente e possono entrare in stati di coscienza alterati o dissociati. (Manuale diagnostico psicodinamico PDM-2, 2019)

Figura. Caratteristiche principali della personalità borderline in adolescenza secondo il PDM-2

■ CARATTERISTICHE PRINCIPALI

- **Aspetti costituzionali-evolutivi:** Precoci relazioni di attaccamento disorganizzato; periodi prolungati di abuso fisico, emotivo e/o sessuale durante le fasi iniziali dello sviluppo.
- **Tensione/preoccupazione principale:** Difficoltà di autoregolazione; diffusione del sé; uso degli altri per autoregolarsi (non riuscendo a farlo da soli).
- **Affetti principali:** Sentimenti di vuoto, perdita, tradimento; confusione, disperazione, pensiero paranoide.
- **Credenze patogene caratteristiche relative a se stessi:** “Non posso essere amato”; “Se mi lasciano solo mi sento completamente impotente”; “Gli altri si occupano di me solo quando mi comporto in modo estremo”.
- **Credenza patogena caratteristica relativa alle altre persone:** “Gli altri sono o tutti buoni o tutti cattivi”.
- **Modi principali di difendersi:** Scissione; identificazione proiettiva; acting out.

3.6 Il trattamento del paziente Borderline

La psicoterapia in setting individuali, di gruppo, istituzionali, rappresenta ancora oggi uno degli strumenti più utilizzati nella terapia del paziente borderline.

Otto Kernberg ha proposto una psicoterapia da lui definita “espressiva” basata su una modificazione della tecnica psicoanalitica classica, che egli sperimentò. In accordo con altri autori, egli ritiene che il terapeuta debba lavorare con i borderline riuscendo a non scivolare in un atteggiamento puramente di supporto e di manipolazione del transfert, anche se non raramente con questi pazienti siamo costretti ad utilizzare massicci interventi ambientali, come il ricovero, particolarmente quando sono presenti tendenze etero- o autodistruttive. Kernberg ritiene che con questi pazienti un approccio esclusivamente supportivo, che si limiti a rafforzare le difese esistenti, possa avere un effetto paradossale, aumentando l’angoscia e i sintomi disadattivi, mentre questi pazienti sono spesso capaci di trarre giovamento da un approccio espressivo che allarga le loro potenzialità cognitive. Kernberg propone una modificazione della psicoanalisi classica attraverso l’impiego di parametri che consentono una maggiore flessibilità tecnica e una oscillazione dal polo supportivo a quello espressivo e viceversa, a seconda dei bisogni del paziente. Inoltre prevede interventi di chiarificazione e confronto sui contraddittori e alternanti vissuti consci del paziente, che riflettono la sua diffusione di identità, dovuta al frequente impiego della scissione come predominante meccanismo di difesa; solo in un secondo momento, quando si è consolidata una maggiore integrazione delle immagini del Sé e

dell'oggetto precedentemente scisse, può essere indicata l'interpretazione del materiale inconscio, ma essa va indirizzata prevalentemente all'hic et nunc della seduta, non al materiale del passato, e soprattutto quando emerge il transfert negativo evenienza frequente che se non fronteggiata adeguatamente può minacciare il proseguimento della terapia.

Un altro aspetto importante della tecnica di Kernberg è la massima attenzione prestata al contratto terapeutico allo scopo di ridurre il tasso di drop-out, che notoriamente è altissimo nei borderline e alla cornice del trattamento per gestire gli eventuali acting-out.

3.7 Strategie della psicoterapia focalizzata sul transfert (TFP).

Il concetto di base sottostante al trattamento psicodinamico dei disturbi di personalità è che la patologia del paziente è una ripetizione inconscia nel qui-e- ora delle relazioni patogene interiorizzate provenienti dal passato. I conflitti inconsci del passato, che sono impressi nella psiche del paziente come modelli relazionali interiorizzati, sono simbolicamente ricreati ripetutamente dal paziente e sono esperiti dal paziente come una realtà attuale. L'inconscio dinamico è il sistema motivazionale della psiche che comprende libido e aggressività, amore e odio. Queste forze sono integrate in relazioni oggettuali interiorizzate, cioè in rappresentazioni mentali interne di sé e degli altri legate insieme a uno specifico affetto che struttura la percezione della realtà esterna dell'individuo. Nei pazienti borderline, queste rappresentazioni interne hanno una natura particolarmente primitiva, rigidi ritratti caricaturali di sé e degli altri che non si armonizzano tra loro. Le diadi interne oggetto-sé formano il modo in cui

l'individuo percepisce il qui-e-ora. Le esperienze nel presente attivano questi paradigmi relazionali carichi di affetto che, a loro volta, formano la percezione dell'individuo relativa all'esperienza attuale. La "corrispondenza" tra realtà esterna e la diade della relazione oggettuale interna attivata in quel particolare momento può essere più o meno accurata in funzione del livello dello sviluppo psicologico dell'individuo. Nei soggetti organizzati a un livello borderline della struttura psichica, queste diadi oggetto-sé esistono in uno stato primitivo, reciprocamente dissociato, che conduce a una confusione interna e a un'esperienza soggettiva caotica che caratterizza queste condizioni: lo stato di diffusione d'identità. Il carattere primitivo delle rappresentazioni interne del Sé e delle rappresentazioni oggettuali interne in tali individui li conduce a esperire se stessi e gli altri come caricature esagerate mancanti delle ricche coloriture e delle ombreggiate sfumature degli individui reali. In aggiunta, queste immagini primitive interne sono caratterizzate da una fissa rigidità che non permette modulazioni dell'affetto o adattamenti alle complessità degli altri reali e delle reali situazioni nel mondo. I soggetti organizzati a questo livello usano meccanismi di difesa primitivi, più espressamente la scissione e l'identificazione proiettiva, per gestire gli affetti intensi. Riassumendo, un mondo oggettuale interno di un individuo, e il suo livello di frammentazione versus integrazione, sottolinea la sua struttura di carattere, il livello di integrazione versus diffusione di identità e il livello dell'organizzazione difensiva. La psicoterapia psicodinamica dei pazienti borderline mette a fuoco queste aree con l'obiettivo di aiutare il soggetto a muoversi oltre un mondo interno frammentato, rigido e impoverito verso

uno meglio adattato alla complessità che deriva dall'affrontare affetti interni e realtà esterna.

Il primo obiettivo in questo tipo di terapia è contenere il conflitto psicologico del paziente all'interno della cornice del trattamento e nel transfert. Il transfert è un punto di riferimento costante, e il terapeuta considera e interpreta l'agito e la somatizzazione in relazione al transfert; questo costituisce un reindirizzare l'attenzione al significato dei comportamenti agiti, il trattamento richiede di fissare dei limiti del setting, inizialmente nello stabilire il contratto terapeutico, riguardo alle forme di agito che potrebbero distruggere il lavoro terapeutico. I limiti non contengono semplicemente il comportamento, ma rendono più agevole osservare le dinamiche interne del paziente nei confini di una cornice definita. Scopo che sono stati stabiliti chiari parametri del trattamento, ogni azione del paziente che ha a che fare con un parametro è una forma contenuta di agito. Occupandosi di tali azioni, terapeuta e paziente possono giungere al significato sottostante ed evitare un più serio agito che va oltre la cornice del trattamento. L'interpretazione in questo tipo di terapia, consiste primariamente nel portare alla consapevolezza conscia la relazione d'oggetto che viene esperita inconsciamente e agita o percepita sotto forma di sintomi. L'interpretazione con pazienti borderline, specialmente nelle fasi precoci e intermedie del trattamento, richiede una grossa quota di enfasi nelle fasi preliminari del processo interpretativo: chiarificazione e confronto. La chiarificazione implica la ricerca da parte del terapeuta di chiarificare dell'esperienza soggettiva del paziente. Le aree di vaghezza e confusione vengono affrontate sino al punto in cui o il

paziente si sente perplesso o confuso, perché è stata messa a fuoco una contraddizione sottostante, o sino al punto in cui il paziente e terapeuta hanno una chiara comprensione di quanto è stato detto. Il confronto implica che il terapeuta metta insieme l'informazione chiarita che è contraddittoria, conflittuale o non calzante e che, con molto tatto, metta a confronto il paziente con il materiale che ha bisogno di ulteriore esplorazione e comprensione. Spesso, il confronto implica affrontare le discrepanze esistenti fra i tre canali di comunicazione esistenti fra i tre canali di comunicazione del paziente: comunicazione verbale, comportamento non verbale e controtransfert. Il processo di interpretazione, quindi, implica fare esplicite ipotesi relative alle contraddizioni o alle discrepanze osservate così che possa essere attribuito loro un senso. L'interpretazione crea delle connessioni o getta luce sul materiale contro cui il paziente forse sta lottando o che il paziente forse sta evitando, ma che, se vero, potrebbe spiegare la contraddizione evidenziata dal confronto. Intervenire da una posizione di neutralità tecnica è un principio generale della terapia. Tuttavia, è importante enfatizzare che la terapia con pazienti borderline richiede sia una più attiva partecipazione da parte del terapeuta sia occasioni in cui il terapeuta deve deviare dalla neutralità tecnica a causa del rischio che l'agito del paziente presenta in un determinato momento. Coloro che praticano la terapia psicodinamica con pazienti borderline sono spesso sorpresi dal tono attivo e dal livello di energia degli interventi del terapeuta nel nostro modello. Tuttavia, poiché nelle fasi iniziali della terapia l'aspetto dell'io osservante del paziente borderline è relativamente debole, gli interventi del terapeuta

sebbene da una posizione di neutralità, devono poter essere fatti con un vigore e una forza sufficienti a contrastare le potenti parti autodistruttive del paziente. Costruire la cornice della terapia, attraverso il contratto terapeutico, di solito esita in una netta riduzione dell'agito autodistruttivo anche prima che sia stata raggiunta l'integrazione del mondo interno del paziente. Ciò è una funzione del fatto che il terapeuta sta diventando un altro importante per il paziente e di conseguenza un parafulmine per i conflitti carichi di affetto del paziente. Il nuovo indirizzo di questi conflitti nella terapia, dove la neutralità del terapeuta incoraggia la loro espressione, spesso è accompagnato da un attenuamento dell'intensità affettiva e dell'agito nelle situazioni esterne al trattamento, mentre gli affetti si intensificano progressivamente nella terapia.

Il primo passo nello sviluppare un'interpretazione di transfert è definire la relazione oggettuale che viene correttamente messa in atto. Il secondo passo nel formulare un'interpretazione di transfert è rendere chiaro *chi è chi* in un dato momento. Questo è essenziale perché l'attribuire di uno specifico ruolo può spostarsi imprevedibilmente all'interno della diade avanti e indietro tra paziente e terapeuta, e i ruoli possono non essere immediatamente chiari in superficie. Il terapeuta non dovrebbe essere preoccupato se sperimenta un'iniziale confusione e dovrebbe comprendere che questo è un riflesso dell'esperienza soggettiva del paziente. Il terzo passo nell'interpretazione, dopo la determinazione di quale diade è attiva e di chi è chi, è l'integrazione dei ruoli reciprocamente scissi nel transfert. Il lavoro di integrazione dei frammenti, delle parti scisse, del mondo interno del paziente è l'obiettivo a lungo termine della terapia

psicodinamica e ha luogo per un periodo di tempo esteso. Non appena si realizza questa integrazione, essa si rifletterà in miglioramenti nella capacità del paziente di far fronte a intensi affetti, nel suo senso di sé, nelle relazioni interpersonali e nel funzionamento finalizzato a un obiettivo. L'integrazione delle relazioni oggettuali primitive scisse in tutto-buono e tutto-cattivo, reciprocamente dissociate comprende l'integrazione non solo delle corrispondenti rappresentazioni del Sé e dell'oggetto, ma anche degli affetti primitivi, che conducono alla modulazione dell'affetto, con una crescita della capacità di controllo degli affetti, e a un'elevata capacità di empatia sia verso di sé sia verso gli altri, comprende un corrispondente approfondimento e una maturazione di tutte le relazioni interpersonali. Sebbene il transfert e il controtransfert siano in genere in rapido mutamento nei pazienti borderline, il terapeuta deve osservare la propria cronica disposizione controtransferale nei confronti del paziente. Il transfert implica croniche distorsioni o immobilità nella disposizione emotiva del terapeuta verso il paziente. Fino a quando il terapeuta rimane inconsapevole di tali disposizioni ci sarà un maggior rischio che la terapia giunga a un punto morto, a uno stallo. Il controtransfert con i pazienti borderline è più complicato di quello con i pazienti nevrotici a causa dei loro stati affettivi acuti e mutevoli. Con i pazienti borderline, i terapeuti possono trovarsi maggiormente a rischio di pericolose messe in atto del controtransfert a causa delle rapide oscillazioni e della maggiore complessità. In particolare i terapeuti corrono il rischio di agire l'aggressività proiettata colludendo, o non confrontandosi, con i

comportamenti del paziente che minacciano il trattamento. (John F. Clarkin, Frank E. Yeomans, Otto F. Kernberg, 2000)

3.8 Crisi nel trattamento

Nel considerare e programmare un trattamento per una persona con disturbo borderline devono essere valutate due aree di attività del paziente: i sintomi e l'organizzazione di personalità. Il contenuto di queste aree include natura e gravità dei comportamenti, aggressività, sviluppo del super-io, relazione oggettuali inclusi il comportamento sessuale e la capacità di intimità, e il comportamento in eventuali trattamenti precedenti. Durante il trattamento i pazienti borderline presentano crisi particolari e complesse che mettono alla prova l'ingenuità dei terapeuti. Il trattamento delle crisi si rende necessario quando la messa in atto di conflitti primitivi sottostanti minacci di sopraffare la psicoterapia e far deragliare o interrompere il processo terapeutico. Anche se questi momenti durante il trattamento possono avere la potenzialità di rendere il terapeuta tanto ansioso da risultargli difficile continuare la terapia esplorativa, quando gestiti abilmente offrono opportunità rilevanti per far progredire il lavoro terapeutico. Affrontare la crisi può comportare una riformulazione dell'aderenza alla cornice terapeutica o una deviazione temporanea della neutralità tecnica. Queste crisi possono includere una componente di sfida, per vedere se il terapeuta resterà aderente o abbandonerà i parametri stabiliti nel contratto terapeutico. Le crisi possono comparire anche dopo che i pazienti si sono "adattati" alla cornice terapeutica e possono corrispondere a momenti in cui la terapia ha sconvolto il precario equilibrio dei meccanismi di difesa primitivi o

quando il caos della vita del paziente si sia abbastanza placato da consentire al paziente di esperire consciamente la diffusione di identità che lo fa sentire vuoto e perso nel mondo. Le crisi spesso rappresentano il passaggio all'atto di sentimenti suscitati all'interno del transfert. Spesso si scopre che una crisi nel corso del trattamento è motivata dal fatto che i pazienti iniziano a sperimentare consciamente una rappresentazione del Sé e/o degli altri per loro intollerabile. Dal momento che questi momenti del trattamento tendono a suscitare potenti reazioni nel terapeuta, l'esplorazione di questi episodi richiede una gestione attenta nel caso che il terapeuta venga trascinato in un passaggio all'atto patologico collusivo con il paziente che determina l'abbandono degli sforzi esplorativi o addirittura della terapia. La gestione della crisi all'interno del trattamento sfida l'adeguatezza della terapia e l'abilità del terapeuta di lavorare al suo interno a mano a mano che il trattamento procede, è importante quindi che il terapeuta comprenda il vero significato della crisi in modo che essa possa non prendere il sopravvento nel processo terapeutico.

3.9 Gestione del trattamento tra psicoterapia e farmacoterapia

Dal momento che non ci sono specifici protocolli per il trattamento per l'organizzazione borderline di personalità o per il BPD la maggior parte degli attuali standard di intervento affronta il problema del trattamento farmacologico prendendo in considerazione gli specifici sintomi-bersaglio presentati dal paziente, utilizzando i farmaci per tentare di raggiungere un certo miglioramento degli stessi. Nel trattamento dei pazienti borderline sono stati usati farmaci di ogni tipo, come antidepressivi, ansiolitici, neurolettici e litio a seconda dei sintomi emergenti. L'integrazione tra

psicoterapia e farmacoterapia racchiude il potenziale per un sostanziale sinergismo nel trattamento dei pazienti borderline. I farmaci possono aiutare a raggiungere un clima affettivo in cui il paziente è maggiormente in grado di usufruire della psicoterapia. Con i pazienti borderline l'intensità e l'instabilità affettiva spesso determinano periodi in cui il paziente non è ricettivo agli interventi verbali. I farmaci che modulano la tendenza a estremizzare gli affetti del borderline possono aumentare l'accessibilità del paziente. Molti pazienti con disturbo di personalità borderline necessitano di terapia farmacologica nel corso della loro vita, ma rimane oggi incerta l'efficacia della farmacoterapia su gli organizzatori psicopatologici centrali di questo disturbo. (John F. Clarkin, Frank E. Yeomans, Otto F. Kernberg, 2000)

3.10 Uno sguardo d'insieme

Uno dei problemi principali della psicoterapia con i pazienti borderline è costituito dalla fragilità dell'alleanza terapeutica, essi infatti hanno una notevole difficoltà a considerare il terapeuta come una figura che li aiuta lavorando in collaborazione con loro per raggiungere degli obiettivi riconosciuti da entrambi (Gabbard 1995).

Lo psicoterapeuta ha bisogno di creare un contesto accogliente attraverso la validazione empatica dell'esperienza del paziente prima di offrire un'interpretazione delle dinamiche inconse.

Il timing come spesso il professor Grandi ci ha ricordato è di cruciale importanza nella terapia e con questa tipologia di pazienti assume un valore ancora maggiore.

L'intervento va fatto quando il paziente è in grado di accoglierlo e nel caso del paziente borderline quando il suo stato interno non è attraversato da emozioni eccessive e tumultuose.

In conclusione possiamo dire che sia in generale che nello specifico della psicoterapia del paziente borderline sia l'approccio espressivo che quello supportivo risultano utili per alcuni pazienti in determinati momenti della terapia.

“Può capitare però che il terapeuta oscilli esattamente come i pazienti borderline tra la sopravvalutazione e la troppo poca considerazione delle loro potenzialità. È quindi importante come già sottolineato che l'incoraggiamento sia fondato su una valutazione puntuale delle capacità reali del paziente e non sulle espressioni del momento.” (Linehan 2001)

Per incoraggiare un paziente un terapeuta deve avere coraggio e non c'è coraggio se non c'è paura. Paura di non essere adeguati, di fallire, di non poter essere d'aiuto, di essere a volte travolti dal tumulto emotivo che questi pazienti inevitabilmente ci provocano, ma senza mai perdere la speranza e la fiducia nelle possibilità di cambiamento del paziente, nelle proprie capacità di terapeuta e nelle capacità trasformative della terapia.

CONCLUSIONI

Riprendendo la frase che Francesco mi disse in uno dei nostri colloqui ovvero *“il cervello mi va in tilt”*, possiamo dire che la condizione del soggetto borderline sembra apparentemente sfuggente e caotica. Il borderline oscilla imprevedibilmente tra estremi opposti e talvolta reagisce in modo parossistico alle vicende umane, alternando quasi vorticosamente gioia e dolore, malignità e tenerezza, generosità e chiusura, in modi che confondono l’osservatore e conferiscono al borderline stesso un vissuto di svuotamento e mancanza di senso. Il paziente borderline porta il terapeuta in un “mondo nuovo” in cui sono presenti la difficoltà ad entrare in contatto con le emozioni e a riconoscerne il significato, l’aggressività agita, gli atteggiamenti manipolativi ed ambivalenti, il senso di vuoto e di solitudine e l’incapacità di mantenere legami sicuri e duraturi. Tutto ciò scatena nel terapeuta sentimenti contrastanti che solitamente oscillano dal vissuto di onnipotenza al senso di fallimento. Di primaria importanza per me è stata la supervisione e il lavoro in equipé, così da poter oggettivare e trovare un ordine nella confusione in cui Francesco a volte mi trascinava. È stato importante avere ben in mente che Francesco era un adolescente e che quindi come terapeuta avrei dovuto avere il compito di navigare assieme a lui nel mare in tempesta adolescenziale in cui si trovava.

E’ in quest’ottica che nasce la metafora della psicoterapia con gli adolescenti come un corso di nuoto dove l’insegnante-terapeuta è la persona che offre all’adolescente una boa a cui appigliarsi nei momenti di maggior incertezza e di “angoscia d’affogare” e sta insieme a lui in questo

mare per provare a trovare il suo modo unico e speciale di nuotare, o per lo meno, di stare a galla. Per riuscire in questo non facile lavoro un terapeuta deve essere formato e consapevole della propria storia di vita, appassionato, forte, deve avere la capacità di tollerare la sofferenza e di saper ridere e saper piangere insieme al paziente (Cappello 2013).

Grandi (2011) sostiene che lo psicoterapeuta che lavora con adolescenti debba “*essere giovane dentro*”, avere grande creatività, conoscere il mondo degli adolescenti e, soprattutto, avere quella sana curiosità che gli permetta di entrare nella vita degli adolescenti per scoprire con lui quali sono i suoi movimenti sia del suo mondo interno che comportamentali, nel contesto relazionale in cui è inserito. Ma è anche necessario saper mantenere confini e limiti tra la dimensione adulta e quella dell’adolescente e, in caso di necessità cogliere ed evidenziare queste differenze, solo in questo caso per l’adolescente sarà possibile comprendere di aver incontrato una persona matura che ha la possibilità di prendersi cura di lui. È importante quindi per il terapeuta la centralità della persona, persona capace di provare emozioni e sentimenti, senza però lasciarsi da questi sopraffare ma per riuscire a creare un incontro autentico.

Da un punto di vista più personale, nel tempo trascorso con Francesco, ho imparato quanto sia semplice a volte perdersi nei meandri dei vissuti dei pazienti, e non smettere mai di imparare ad attraversarli e comprenderli, grazie alla teoria, alle esperienze e ai formatori ma soprattutto esercitandosi e questo è ovviamente l’aspetto più difficile, nella relazione con i pazienti.

La terapia con i pazienti è come una danza che non è possibile imparare completamente ma che cambia al cambiare dei ballerini coinvolti e della musica che li accompagna. Ho imparato che a volte si possono sbagliare i passi, che a volte può affascinare ma può essere anche difficoltosa, e che da soli non è possibile affrontarla. Ho imparato che aver paura di sbagliare a volte è l'unico punto di partenza possibile e che quella paura ti spinge ad aver coraggio. Ed infine ho imparato che per essere dei buoni terapeuti bisogna essere coraggiosi.

BIBLIOGRAFIA

A. Correale, A. M. Alonzi, A. Carnevali, P. Di Giuseppe, N. Giacchetti, (2009) *Borderline, Lo sfondo psichico naturale*. Edizioni Borla, Roma.

Adler A. (1930) *Psicologia del bambino difficile*. Newton

Adler A.,(1994). *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*. F. Parenti. Newton.

Cappello G. (2013), *Adolescenti in viaggio, Percorsi di psicoterapia con l'adolescente e il suo ambiente*. Effetà Editrice, Torino.

Gabbard G.O. Lester E. (1995) *Violazioni del setting*. Raffaello Cortina, Milano.

Gislon M.C, (1993) *Adolescenza e discontinuità*. Bollati Boringhieri.

Grandi L.G. *Recenti sviluppi nella psicologia e psicoterapia individuale*, Il Sagittario n.28, Dicembre 2011, Effatà Editrice, Torino.

Greenson R.R. (1974), *Tecnica e pratica psicoanalitica*, Feltrinelli

Jeammet P, (1999) *Psicopatologia dell'adolescente*. Ed. Borla. Roma.

John F. Clarkin, Frank E. Yeomans, Otto F. Kernberg,(2000) *Psicoterapia delle personalità Borderline*. Raffaello Cortina Editore

Linehan M. (2001), *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Raffaello Cortina Milano.

Lo Sapio V., Raviola M., *La psicoterapia al tempo dei nativi digitali*, Il sagittario n. 29, Giugno 2012, Effatà editrice, Torino.

Mele L., Raviola M., *Ragazzi viziati nel mondo virtuale*, Conversazione con Lino G. Grandi, Il Sagittario n. 29, Giugno 2012, Effatà Editrice, Torino.

Otto F. Kernberg, Eve Caligor, John F. Clarkin, (2012). *Patologie della personalità di alto livello*, Raffaello Cortina.

Vittorio Lingiardi, Francesco Gazzillo, (2014) *La personalità ed i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Cortina Raffaello.

Vittorio Lingiardi, Nancy McWilliams, (2019). *PDM-2, Manuale diagnostico psicodinamico*. Cortina Raffaello.

Winnicott D.W.,(1971) *Gioco e realtà*. Armando Editore, Roma.