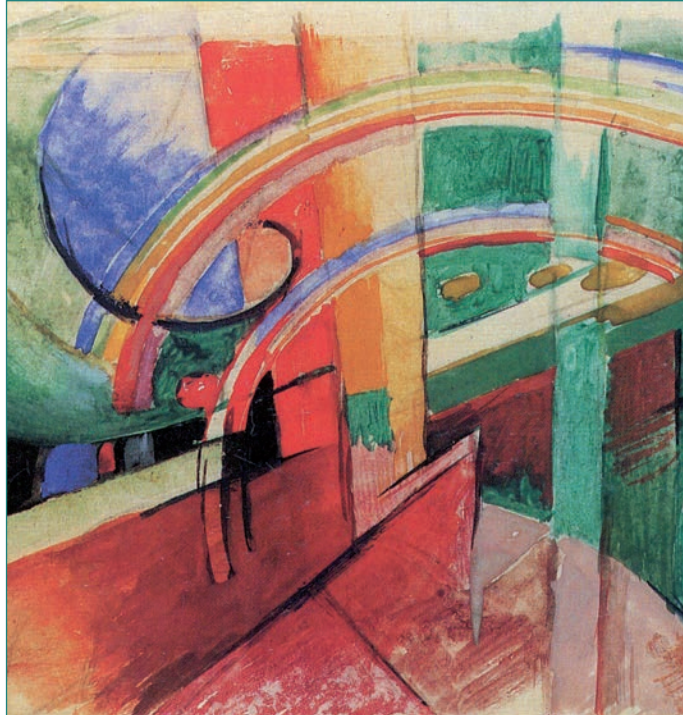


RACCONTARE LA CURA

**I pazienti borderline
parlano ai Servizi
di Salute Mentale**

**a cura di
Michele Sanza e Sara Valerio**

Presentazione di Luigi Ferrannini



FRANCOANGELI/Sanità

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

RACCONTARE LA CURA

**I pazienti borderline
parlano ai Servizi
di Salute Mentale**

**a cura di
Michele Sanza e Sara Valerio**

Presentazione di Luigi Ferrannini

FrancoAngeli

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Presentazione , di <i>Luigi Ferrannini</i>	pag.	7
Introduzione , di <i>Michele Sanza</i>	»	11
1. Le esperienze di cura dei pazienti con Disturbi Gravi di Personalità , di <i>Michele Sanza, Cristina Loddo, Francesca Nasuelli</i>	»	15
2. La dimensione narrativa nel percorso di cura , di <i>Marco Monari</i>	»	34
3. La ricerca sulle esperienze di cura , di <i>Sara Valerio</i>	»	51

I racconti di cura

1. Volevo essere perfetto	»	61
2. Noi siamo una persona sola	»	71
3. Avevo un alcolismo acuto	»	81
4. Occuparsi molto degli altri e dei suoi effetti collaterali	»	90
5. Occuparsi degli altri e dei suoi effetti collaterali	»	96
6. Ero convinto di avere ragione	»	103
7. Ho conosciuto tanti alieni	»	114
8. Riempire un vuoto	»	128
9. Un viaggio che ti cambia la vita	»	133

10. La prima volta che...	pag.	138
11. Come Lucignolo nel Paese dei balocchi	»	144
12. Ho tante cose dentro di me	»	149
13. Se vuoi aiutarmi non puoi... se puoi aiutarmi non vuoi	»	157
Le cose che i pazienti hanno detto ai Servizi, di <i>Michele Sanza, Sara Valerio</i>	»	161
Gli Autori	»	176

Presentazione

di *Luigi Ferrannini*

Sul confine di cosa?

Una giovane donna mi aveva chiesto di incontrarla per discutere la possibilità di intraprendere una psicoterapia per lei stessa. “Fortunatamente” dissi, “esistono nuove ed efficaci forme di terapia che possono aiutarla – specificamente orientate sul suo tipo di problema”. La risposta fu: “Oh, e di quale tipo di problema si tratta?”. Realizzando di aver deviato in un’area di potenziale pericolo di entità ignota, tentai di schivarlo. “Il nome non è tanto importante quanto invece lo è il fatto che esistono alcune buone idee su come lavorarci”. “Ma si tratta di una diagnosi?” insistette lei. “Mi sono sempre chiesta se queste difficoltà che continuo ad avere hanno un nome”. “Vengono chiamati disturbo borderline” dissi spontaneamente, “ma il trattamento è chiamato...”. Il suo volto si gelò alla parola. “Oh, no”, disse, “so che cosa vuol dire borderline – esasperante, esigente. Ricordo le feste a cui il mio ex-marito e i suoi colleghi scherzavano sui loro pazienti borderline, su come sono terribili e impossibili. Se è questo ciò che lei pensa che io abbia, non c’è da stupirsi su come non sia mai riuscita a cavare nulla dalla terapia”. Raccolse le sue cose e si preparò a lasciare lo studio (C. Christian Beels, 2010).

Il BDP è una delle più complesse e controverse entità nosologiche nell’ambito della psichiatria, anche per la varietà sintomatologica che lo caratterizza. Sebbene rimangano controverse l’incidenza e la prevalenza di questa patologia, vi è un accordo generale sul fatto che il 15-20% mediamente dei pazienti incontrati nella pratica clinica soffrano di questo disturbo. Gli studi indicano che il quadro clinico si manifesta durante l’adolescenza e che la maggior parte dei soggetti con DBP presenta, in età adulta, una sintomatologia clinica costante: possibili fattori predittivi per lo sviluppo del disturbo in età adulta sono una rilevante disfunzionalità delle relazioni familiari e l’individuazione in età evolutiva di disarmonie emotivo-comportamentali. Prodotto quindi dell’intreccio tra

fattori genetici (familiarità, vulnerabilità, deficit) e fattori traumatici precoci, il BDP rappresenta un paradigma delle correlazioni tra mente e cervello e più recentemente si è anche ipotizzata l'esistenza di endofenotipi psicologici, quali il fallimento della mentalizzazione e la sensibilità al rifiuto, che spiega anche l'efficacia degli interventi terapeutici di tipo psicosociale. L'alta diffusione di questo disturbo ha fatto anche pensare a fattori socio-culturali favorenti, come l'incremento della scissionalità (dissonanza sociale, famiglie scismatiche, influsso dei media) e la diminuzione degli assetti coesivi e riparatori (declino delle istituzioni consolidanti, scomparsa di figure educative sostitutive, anomia sociale), come segno della strapotenza del mondo esterno su quello interno. Stabile instabilità, senso di vuoto, incapacità a controllare il tempo e ad interiorizzare le esperienze, stato di allarme ed attesa del trauma sono ben rappresentati dalla felice metafora di A. Correale (2001): "c'è sempre una vespa nella stanza", che riguarda la mente del paziente e la mente del terapeuta e del gruppo curante.

La crescente incidenza del DBP nella popolazione generale ed in particolare in alcune fasce di età (adolescenti e giovani adulti, ma non solo) ha posto i Dipartimenti di Salute Mentale, i Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche ed i Servizi di Neuropsichiatria Infantile, di fronte a nuovi e complessi problemi: appropriatezza diagnostica e terapeutica, definizione di percorsi assistenziali integrati, trattamento nelle varie fasi della patologia, interventi riabilitativi e trattamenti in comunità terapeutiche (Sanza *et al.*, 2010).

In questo quadro, i disturbi di personalità – ed in particolare quello borderline – pongono particolari problemi di definizione del setting terapeutico, così sintetizzabili: continuità/discontinuità; presa in carico del paziente e della famiglia/gruppo/contesto; soglia del trattamento (es. problema nella preadolescenza); libera scelta/partecipazione ed anche contenimento/presenza/assertività/coazione; ruolo del terapeuta e funzione dell'équipe; lavoro centrato sul sintomo-comportamento (prevalente) ed intervento sulla persona (storia, struttura di personalità, fattori di rischio e di protezione); necessità di dipendenza e sviluppo dell'autonomia; miglioramento della qualità della vita generica e di quella specifica.

Negli ultimi anni si sono sviluppati in modo significativo i trattamenti comunitari, che trovano la propria ragione d'essere in alcuni studi di follow-up che dimostrano una riduzione del ricorso ai servizi psichiatrici dopo aver completato un percorso di cura residenziale. Vi sono tuttavia su questo problema evidenze e pareri contrastanti. In particolare l'esperienza di M. Chiesa al Cassel Hospital di Londra (2010), rileva – attraverso un'ampia casistica e studi di follow-up – che un trattamento residenziale prolungato comporta rischi di effetti antiterapeutici per un sottogruppo di pazienti con patologia border, danni spesso non trattabili all'interno delle

strutture residenziali con conseguente peggioramento della prognosi, mentre sarebbe meglio attivare un trattamento territoriale intensivo e personalizzato, con interventi psicoterapici e psicosociali.

Da qui anche la necessità di costruire gruppi esperti nei Centri di Salute Mentale e di supportarli con interventi formativi e di supervisione continuativi (Barnà e Corlito, 2011). Senza dimenticare che i vissuti di stigma, che sono correlati a questo disturbo ed alle persone che ne soffrono, spesso sono anche alla base del pessimismo prognostico dei terapeuti e della mancata speranza dei pazienti e dei loro familiari.

In questo senso si colloca il lavoro che presentiamo, nato da un'attenzione particolare alle persone prima che ai sintomi ed alle malattie. Far parlare, raccontare, descrivere i pazienti, apre spazi di comprensione e di alleanza terapeutica impensabili in un setting freddo e predefinito: si tratta di passare da una medicina standardizzata – mantenendo ben presente il valore della EBM – ad una medicina narrativa e personalizzata. La personalizzazione della medicina garantisce la centralità della relazione di cura ed è quindi anche medicina della complessità. Che significa affrontare i problemi della persona con molti differenti bisogni, senza la possibilità di costruire gerarchie o rapporti di causa-effetto: la personalizzazione diventa quindi la risposta mirata ed adeguata al bisogno del singolo il cui rispetto sul piano clinico è alla base di ogni atto che voglia raggiungere un livello adeguato di efficacia (Trabucchi e Ferrannini, 2013).

La storia delle persone è spesso più importante della diagnosi clinica e condiziona fortemente l'adesione ai trattamenti, il rispetto del contratto terapeutico e quindi l'esito delle cure. Ed allora in psichiatria ancora e sempre persone e storie, come ci ricordava G. Bateson (1984): *“... se il mondo è connesso... allora pensare in termini di storie deve essere comune a tutta la mente o a tutte le menti, siano esse la nostra o quelle delle foreste di sequoia e degli anemoni di mare...”*.

Si tratta quindi di avere ben presente alcune esigenze di fondo: a) uno sviluppo coerente dell'approccio multidisciplinare nella clinica e nella ricerca; b) la necessità di “ponti” tra campi diversi della conoscenza, in particolare tra discipline scientifiche ed umanistiche, per ritrovare linguaggi comuni (si pensi alla riscoperta delle “humanities” in medicina); c) una evoluzione della medicina basata sulle evidenze verso la produzione di linee guida orientate alla pratica; d) il coinvolgimento reale del paziente e della popolazione servita (Liberati, 2011); e) un maggior interesse per gli RCT “pragmatici”, disegnati sulla valutazione di efficacia nella pratica clinica, per gli studi osservazionali e per la revisione sistematica della casistica clinica.

Il libro affronta tutti questi temi, partendo dalla voce e dalla narrazione dei pazienti e delle loro esperienze di vita e di malattia, fatte di speranze e

delusioni, “con uno sguardo non miserevole... uno sguardo complice della tua vita..”, come ci ricorda Alda Merini (1996), dopo la sua esperienza di internamento manicomiale. Per questo è un testo coraggioso, che si muove su vari livelli, superando la frammentazione in favore dell’integrazione, basandosi su di una cultura clinica che si connota su vari livelli, come ci ricordavano M. Benasayag e C. Schmidt (2004): clinica della relazione, clinica della situazione, clinica dell’accoglienza, clinica dell’ascolto, clinica dell’affettività, clinica del desiderio, clinica della molteplicità, clinica dell’impegno, e clinica del coraggio.

Bibliografia

- Bells C. (2010), “Prefazione all’edizione originale” di J.G. Gunderson e P.D. Hoffman, *Disturbo di personalità borderline*, ed. it. a cura di M. Clerici, Springer, Milano.
- Correale A. et al. (2001), *Bordeline. Lo sfondo psichico naturale*, Borla, Roma.
- Sanza M., Asioli F., Ferrannini L. (2010), *Disturbo borderline di personalità: continuità e discontinuità nel trattamento*, Edi-Ermes, Gessate (MI).
- Chiesa M. (2010), “Aspetti antiterapeutici nel trattamento residenziale di pazienti con disturbo di personalità”, *Psichiatria di Comunità*, vol. IX, n. 3-4, pp. 113-119.
- Barnà C.A. e Corlito G. (a cura di) (2011), *Emergenze borderline. Istituzione, gruppo, comunità*, FrancoAngeli, Milano.
- Trabucchi M. e Ferrannini L. (2013), “La personalizzazione della medicina: il fenotipo complesso e la cura”, *Psicogeriatría*, anno VIII, n. 1, pp. 15-20.
- Bateson G. (1984), *Mente e Natura. Una unità necessaria*, Adelphi, Milano.
- Liberati A. (2011), “Need to realign patient-oriented and commercial and academic research”, *Lancet*, vol. 378, n. 9805, pp. 1777-1778.
- Merini A. (1996), *Lo sguardo complice*, Edizioni Pulcinoelefante, Osnago (Lecco).
- Benasayag M. e Schmidt C. (2013), *L’epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, Milano.

Introduzione

di *Michele Sanza*

Nel 2013 la Regione Emilia Romagna (Regione Emilia Romagna - Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri 2013) ha licenziato le Linee di Indirizzo sul trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità basate sull'adattamento e l'aggiornamento delle Linee Guida del National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH-UK, 2009) sul trattamento del Disturbo Borderline di Personalità. Sono state il frutto di un lavoro durato circa un anno di revisione della letteratura internazionale, condotta analizzando le medesime stringhe di ricerca utilizzate dal NCCMH per estendere l'esame delle evidenze al biennio 2009-2011, analizzare la letteratura "grigia" nazionale e le norme e i documenti riguardanti l'organizzazione dei servizi di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche regionali. La scelta dell'adattamento è stata fatta con l'obiettivo di implementare *localmente* le raccomandazioni delle Linee Guida, piuttosto che di crearne di nuove. Si è scelto di interpretare così l'esigenza, sempre più sentita dalla comunità scientifica e professionale della Medicina in genere e della Psichiatria in particolare, di avvicinare il contenuto delle evidenze ai percorsi reali dei pazienti. Oggi infatti, superata ogni barriera di accesso e di fruibilità delle conoscenze, disponibili in tempo reale e facilmente fruibili attraverso i sistemi informatici, i problemi principali dell'applicazione delle informazioni scientifiche sono quelli della selezione e della contestualizzazione. Se quella della selezione è questione prevalentemente teorica, risolvibile in base agli algoritmi che permettono di distinguere la "forza" degli studi, quello dell'implementazione è un aspetto fondamentalmente pratico, che le organizzazioni sanitarie devono affrontare per rendere praticabili le raccomandazioni basate sulle evidenze. Le Linee Guida NCCMH sono state scelte come punto di riferimento per la loro elevata qualità, rilevata attraverso l'utilizzo dello strumento AGREE II (Fondazione GIMBE (2011), utilizzato nella fase preliminare dello studio. Ha contribuito a questa scelta anche il rilievo che le LG NCCMH attribuiscono alle

condizioni organizzative ottimali per l'erogazione dei trattamenti di maggiore efficacia. Quindi un approccio alle evidenze decisamente connesso al sistema dei Servizi di Salute Mentale pubblici con le loro specifiche caratteristiche. Il nostro obiettivo è stato quello di replicare lo sforzo di individuare i trattamenti efficaci e le modificazioni organizzative necessarie per renderli fruibili nel sistema pubblico dei Servizi di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche.

Le Linee di Indirizzo sono diventate dunque un progetto concreto di implementazione associato ad un piano di sviluppo pluriennale dei Dipartimenti di salute Mentale e Dipendenze Patologiche della Regione Emilia Romagna. Una delle azioni previste dalla programmazione è stata proprio la ricerca sulle Esperienze di Cura, che in questo libro viene presentata e documentata. La ricerca ha raccolto le testimonianze dei pazienti sul percorso compiuto nei servizi, con l'obiettivo di individuare, a corollario della Linee di Indirizzo, i fattori di recovery dei Disturbi Gravi di Personalità legati alla cura. A questo scopo è stata definita la griglia di una intervista semi strutturata, basata sui fattori critici del processo di cura, estratti dalle raccomandazioni delle Linee di Indirizzo. Si rimanda al capitolo specifico sulla ricerca per la descrizione completa della metodologia, mentre qui si sottolinea che il resoconto finale delle interviste ha offerto un materiale così vivo e pregnante da imporre un secondo obiettivo, quello di questa pubblicazione, che in origine non era tra gli scopi della ricerca. I racconti delle persone con Disturbo Borderline, in questo libro ne sono proposti dodici sui quindici raccolti, presentano un materiale inedito, raramente considerato nelle sedi in cui si definiscono i trattamenti e si stabiliscono le condizioni organizzative dei servizi. Mettere il paziente al centro del sistema curante è ormai un vecchio slogan, troppo spesso privo dell'autenticità necessaria per essere creduto; in questo caso abbiamo cercato di renderlo operante presentando senza filtri il giudizio dei pazienti su quello che offriamo loro nei contesti di cura. È stata anche l'occasione per puntualizzare, dal punto di vista teorico, lo spazio che la soggettività narrata occupa nella prospettiva di servizi di Salute Mentale recettivi dei nuovi bisogni di cura delle persone con Disturbo di Personalità Borderline, e orientati alla recovery. I capitoli della prima parte della monografia, descrivono le necessità di aggiornamento dei paradigmi culturali dei servizi di salute mentale, necessari per rendere operanti le raccomandazioni delle Linee Guida. Nel primo, *Le Esperienze di Cura dei pazienti con Disturbi Gravi della Personalità*, di Michele Sanza, Cristina Loddo e Francesca Nasuelli, si rappresenta, anche attraverso una disamina della letteratura scientifica sull'argomento, il passaggio dall'atteggiamento tradizionalmente paternalistico dei Servizi di Salute Mentale a quello basato sulla collaborazione e l'empowerment, come premessa necessaria di ogni tecnica di cura. Il secondo capi-

tolo, di Marco Monari, *La dimensione narrativa nel percorso di cura*, affronta il tema della ricostruzione storica della biografia, e in seno a questa del rapporto con i curanti, come passaggio ineludibile per la maturazione dei processi di mentalizzazione. Viene poi presentata da Sara Valerio e Michele Sanza, nei suoi aspetti metodologici, *La ricerca sulle esperienze di cura*, capitolo che apre, finalmente, alle dodici narrazioni. Sono il frutto delle interviste condotte da Sara Valerio, successivamente trascritte con una prima trasposizione dal linguaggio parlato a quello scritto e finalmente rielaborate in forma stilistico narrativa. Hanno contribuito a quest'ultima parte della composizione Cristina Loddo, Francesca Nasuelli e Michele Sanza. Ma il vero merito delle parole che leggerete deve essere attribuito alle persone con Disturbo di Personalità Borderline che hanno reso le loro testimonianze. L'esigenza prioritaria di rispettarne la riservatezza ha imposto di rendere questi testi in forma anonima, che oltretutto sono stati ampiamente rimaneggiati in ogni dettaglio che potesse rendere identificabile il soggetto intervistato. Allo stesso tempo gli autori sentono di voler ringraziare costoro che sono stati i veri protagonisti della monografia. A questi anonimi autori, sensibili interpreti della propria storia, va tutto quanto il nostro rispetto e la nostra più sincera gratitudine. Ma soprattutto, il riconoscimento del loro impegno consisterà nel tradurre in prassi i suggerimenti che hanno dato e nel lavorare per rendere i servizi pubblici di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche sempre più vicini ai bisogni di cura che queste testimonianze hanno espresso.

Bibliografia

- Fondazione GIMBE (2011), *AGREE II. Checklist per valutare la qualità delle linee guida*, AGREE Next Step Consortium, Bologna.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK) (2009), *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*, British Psychological Society, Leicester (UK) (NICE Clinical Guidelines, No. 78).
- Regione Emilia Romagna - Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri (2013), *Linee di indirizzo per il Trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità Versione con le strategie di Ricerca*, Bologna, www.saluter.it/documentazione/leggi/regionali/linee-guida/disturbi_gravi_personalita_linee_versione_ricerca.pdf/view?searchterm=personalità.

1. Le esperienze di cura dei pazienti con Disturbi Gravi di Personalità

di Michele Sanza, Cristina Loddo, Francesca Nasuelli

Il Disturbo Borderline di Personalità

Il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) è caratterizzato da una modalità pervasiva e stabile di comportamento, di stile di pensiero e di rappresentazione del proprio mondo interno e delle menti degli altri. Gli aspetti centrali del disturbo sono la disregolazione emotiva e l'instabilità della percezione e del senso e della propria identità. Il soggetto è portato ad agire impulsivamente e ad adottare comportamenti disfunzionali che esitano in un marcato deficit delle relazioni interpersonali. Le emozioni emergono in modo caotico, intenso e sono prevalentemente rappresentate da dolore, vergogna e rabbia. L'umore, disforico, si materializza in scontentezza costante, irritabilità, rigidità con incapacità di modulare gli affetti, panico, disperazione. L'intensa reattività porta verso *acting out* fisici o verbali in risposta, prevalentemente, a eventi che riguardano situazioni interpersonali di delusione o abbandono – reali o immaginate.

La rabbia, spesso seguita da sentimenti di colpa e di vergogna, si presenta intensa, immotivata ed è alla base dei numerosi agiti svantaggiosi, cui comunque si riconosce un ruolo nel mantenimento di una difficile omeostasi psichica ed emotiva. L'autolesionismo, spesso sotto forma di tagli e bruciature, è presente nella maggior parte dei pazienti con diagnosi di DBP già a partire dall'adolescenza. L'autolesionismo, considerato uno degli elementi cardinali della sintomatologia, svolge una precisa funzione nel consentire la via di fuga da stati emotivi intollerabili, è un comportamento appreso e mantenuto nel tempo per la sua efficacia nel gestire la rabbia nel breve periodo. Naturalmente questa *lettura funzionale* è rilevante in un'ottica clinica di ascolto attivo e di validazione dello stato del paziente, ma nello stesso tempo occorre puntualizzare che il comportamento autolesivo comporta un alto rischio suicidario e deve pertanto essere attentamente valutato e contrastato con efficaci strategie. L'aggressività eterodiretta, se

presente, è spesso indirizzata a punire l'altro per il suo presunto comportamento, inadeguato, di abbandono, malevolo, ingiusto nei confronti della persona con DBP. Il comportamento caotico, apparentemente contraddittorio, e le intense reazioni emotive sono connessi allo scenario della vita di relazione. La difficoltà nello sperimentare rapporti basati sulla fiducia, e al tempo stesso all'esigenza primaria di averle, può essere ben rappresentata dal seguente aforisma: *“Non potevo fidarmi di lui se non mi avesse amato abbastanza; non potevo avere fiducia in lui se mi avesse amato troppo”*. Questa tipica dinamica che si osserva nelle relazioni affettive condotte in modo disordinato e ambivalente dai pazienti borderline, tende a riprodursi nell'ambito del trattamento nell'altalena tra idealizzazione e svalutazione del terapeuta. Il quadro dunque, è completato dalla presenza di complesse reazioni contro transferali che sono spesso causa di estremo disagio soggettivo degli operatori e di movimenti scissionali che riproducono all'interno delle équipes le nette separazioni intrapsichiche del funzionamento mentale dei pazienti borderline. Il carico emotivo che trascinano con sé, non adeguatamente affrontato e gestito, è una delle cause dell'atteggiamento di sospetto, se non di aperto rifiuto, che si riscontra talvolta nei servizi di salute mentale nei loro confronti.

La **paura di essere abbandonati** è un sintomo delle persone con DBP. L'esperienza dell'abbandono viene vissuta in modo angoscioso e definitivo, senza speranza di risoluzione ed è causa di stati d'intensa rabbia e conseguenti reazioni comportamentali. Anche quando l'abbandono è soltanto immaginato o presunto, si presenta con la stessa drammaticità e assume, nella mente del paziente, caratteristiche di incombente realtà. La paura di essere abbandonati deve essere distinta dall'ansia di separazione che non ha le medesime connotazioni convulsive, e non ha, come la paura di essere abbandonati, un preciso collegamento con il senso dell'identità. Quest'ultima, infatti, si correla inevitabilmente ad un'esperienza negativa dell'immagine di sé e si associa al pensiero di non meritare la relazione. Tipicamente, idee di indignità, di colpa, e comunque giudizi svalutativi sulla propria persona, si accentuano in corrispondenza delle situazioni abbandoniche. La paura di essere abbandonati viene fatta risalire alla prevalenza dei pattern di attaccamento insicuro e/o disorganizzato nell'ambito della relazione con i genitori nei primi mesi di vita del bambino.

Le persone con disturbo borderline di personalità instaurano **relazioni instabili e intense**. Sul piano cognitivo si riflettono nella tendenza a vedere gli altri alternativamente come immensamente buoni o immensamente cattivi. Mancano le sfumature intermedie, la possibilità di integrare parti positive con parti negative in una visione unitaria e coerente del partner. Cambiamenti repentini di opinione nei confronti di altri significativi, che sono pertanto all'ordine del giorno, vengono rappresentati

con apparente naturalezza e acriticità. Il pensiero netto, totalizzante è stato definito “*stile dicotomico*” (Beck, 1990) l’attenuazione e il suo superamento costituisce uno degli obiettivi più avanzati della terapia del paziente borderline. Convergono nell’instabilità relazionale, gli aspetti emotivi e dell’impulsività che condizionano fortemente lo sviluppo delle manifestazioni sociali. Gli intensi vissuti emotivi, e la lentezza con cui si estinguono, irrompono sullo scenario delle relazioni, coinvolgendo il partner in un turbine di difficile affrontamento e sono spesso causa di aperti conflitti e drastiche interruzioni con gli strascichi del senso di colpa e dell’esperienza interiore di fallimento.

Il **disturbo dell’identità** costituisce, insieme alla disregolazione emotiva e agli alti livelli di impulsività, il cardine della psicopatologia e della fenomenologia del DBP. Il disturbo dell’identità ha origine in un’immagine instabile del proprio sé e nella precarietà dei confini della propria individualità. Gli aspetti patologici, espressione del disturbo dell’identità, si manifestano con atteggiamenti di dipendenza eccessiva nei confronti di persone significative, generalmente nelle fasi di idealizzazione delle stesse, e nell’adozione di tipici comportamenti “*come se*”, secondo la definizione di Helen Deutsch (1930), corrispondenti ad atteggiamenti tesi ad intercettare le aspettative degli altri nell’espressione del proprio ruolo. Ne risulta un atteggiamento posticcio, privo di autenticità, che confonde ulteriormente il confine del sé percepito e minaccia l’attestazione di una identità stabile. Il disturbo dell’identità si evince anche nella difficoltà che i pazienti borderline hanno nello storicizzare la propria esperienza. Profferiscono spesso il racconto biografico in maniera confusa, con attribuzione di peso ai singoli eventi che si modifica da una sessione – terapeutica – all’altra. L’atteggiamento *come se* è stato più recentemente denominato ed identificato come “*falsa competenza*” (Linehan, 1993), facendo riferimento all’osservazione che i pazienti borderline molto spesso posseggono intatte le singole abilità, ma falliscono nel programmare le tappe della propria esistenza e nell’attingere al proprio repertorio di possibilità esistenziali. Il concetto di falso competente contiene l’idea che il Borderline si aggrappi ad aspetti parziali della propria complessa personalità nel tentativo disperato di stabilire un nesso utile con gli altri significativi nella vita di relazione. Il disturbo dell’identità viene esperito nella concretezza della quotidianità in stati di non appartenenza, di estraneazione, accompagnati dal senso di fallimento nelle relazioni, idee di insufficienza e di colpa, che si presentano a fronte delle esigenze della vita sociale e ancor più degli spazi di intimità. In queste situazioni i pazienti borderline possono presentare sintomi di depersonalizzazione e/o di derealizzazione che si associano ad un doloroso vissuto di estraneità dal mondo reale e a sentimenti di vergogna sociale, colpa ed indegnità che si avvitano in una vertigine unica.

L'impulsività è il tratto al quale le persone con DBP sono spesso ingiustamente associate; è l'aspetto più esteriore del comportamento e quindi quello più facilmente coglibile anche dall'occhio inesperto del profano. L'impulsività si presta ad una iconografia scontata e prevedibile del paziente borderline come soggetto instabile, capace di azioni fuori dal comune socialmente dirompenti. Non di rado queste caratteristiche sono state associate alla biografia di personaggi dello *star system*, attori, musicisti, pittori, con ciò contribuendo ad una forma di stigmatizzazione aurea, ma pur sempre stigmatizzazione, della patologia Borderline. Nella realtà clinica si rinvencono due principali forme impulsività: il deficit di programmazione che consiste nella difficoltà a mantenere nel tempo la stabilità dei progetti e soprattutto a coordinare le azioni quotidiane in uno schema orientato al compimento di obiettivi più lontani; l'agire rapidamente senza adeguata riflessione scegliendo condotte che pur avendo un'intrinseca ed immediata finalità si risolvono puntualmente in una condizione di sistematico svantaggio per il singolo. Fanno parte di questa seconda situazione anche i comportamenti etero ed autolesivi già trattati in precedenza. Alla sfera dell'impulsività devono anche essere ricondotte le azioni compulsive, associate a ideazione ossessiva, che sono parte necessaria nelle comuni sindromi di *dipendenza* che si associano in comorbilità al DBP.

L'aspetto più drammatico del DBP consiste nel **comportamento suicidario**, che non di rado rappresenta l'esito semi accidentale dell'autolesività. La morte per suicidio è un'evenienza purtroppo assai elevata nella prognosi del disturbo. I diversi studi, pur attribuendo percentuali non omogenee al suicidio fatale, collocano la mortalità auto indotta dei pazienti borderline tra il 5 e il 10% (Oumaya, 2008) delle persone che hanno ricevuto questa diagnosi. Si tratta di una percentuale non solo molto elevata in sé, ma superiore a quella della schizofrenia (Palmer, 2005) che si pone intorno al 4,9%. Basterebbe questo elemento a suscitare un maggiore interesse verso il problema di salute pubblica che i disturbi di personalità, e il loro relativo incremento, rappresentano nello scenario attuale dell'epidemiologia della Salute Mentale. Il suicidio borderline come si accennava, lo si può considerare il più delle volte quasi accidentale nel senso che è la conseguenza di un agito impulsivo condotto oltre il prevedibile limite da fatalità e fattori concorrenti. Non si può escludere, sebbene sia meno tipico e frequente, anche il suicidio programmato portato a termine con determinazione a consuntivo di una considerazione sul proprio fallimento esistenziale. Tali ultime tipologie di suicidio sono generalmente correlate ad un episodio depressivo maggiore, che si presenti in comorbilità con il disturbo di personalità.

Si è già detto della disregolazione emotiva che costituisce uno degli assi portanti della psicopatologia del DBP. Afferiscono alla difficoltà a con-

trollare le emozioni i sintomi di **instabilità affettiva**, che si presentano frequentemente soprattutto in relazione a condizioni di stress interpersonale. Espressioni molto comuni dell'affettività del DBP sono la depressione episodica intensa, la rabbia, il disturbo di panico, gli stati di disperazione. Sono condizioni che possono mutare anche nel giro di poche ore risolvendosi nella cronica disforia che costituisce l'umore di fondo del paziente borderline. Anzi è proprio la condizione di cronica irritabilità, agitazione psichica, eccitamento motorio ed ipervigilanza, che costituisce il tratto più caratteristico e soprattutto costante, delle persone con DBP. In alcuni approcci terapeutici, questa condizione viene riferita come *iper arousal*, e la sua normalizzazione costituisce uno degli obiettivi prioritari del trattamento, funzionale e propedeutico agli sviluppi di tipo meta cognitivo e comportamentale. Le caratteristiche fenomenologiche di tipo emotivo affettivo del DBP hanno indotto ad assimilare questo disturbo alla patologia affettiva tout court, in particolare al disturbo bipolare di tipo due, con il quale effettivamente condivide alcune caratteristiche fenomenologiche. Benché anche nel disturbo bipolare di tipo due si ritrovi la cronica disforia associata a comportamenti impulsivi e intervallata da episodi depressivi maggiori, non vi è la profondità del disturbo dell'identità né tantomeno la disregolazione emotiva con i suoi aspetti di amplificazione della risposta allo stress e di lento ritorno alla linea basale.

Il **senso di vuoto** è un sentimento viscerale che riflette un'esperienza interiore ben distinta dalla noia ed ogni altra forma di angoscia esistenziale. I pazienti borderline sperimentano stati di solitudine assoluti, in assenza di desiderio, di pensieri rivolti all'esterno di esigenze di comunicazione. Sono stati d'animo particolarmente dolorosi che non devono essere confusi con la depressione. È tipico, e purtroppo frequente, il tentativo maldestro dello psichiatra di porre rimedio al senso di vuoto ricorrendo al trattamento farmacologico antidepressivo. Questo non solo non sortirà alcun effetto, ma aggraverà la condizione degli effetti collaterali che il trattamento farmacologico comporta.

La **rabbia inappropriata** consiste in stati emotivi molto intensi che insorgono in conseguenza di frustrazioni anche lievi generate da attriti relazionali, attraverso i quali generalmente incombe il timore dell'abbandono e comunque il tema della *giusta* distanza nelle relazioni interpersonali. Si tratta di una sensazione di impotenza di fronte ad una minaccia annichilente, frammista all'idea di sopruso ed ingiustizia patiti a causa di terzi. La rabbia, soprattutto se di proporzioni gigantesche, è un'emozione molto difficile da tollerare, che istintivamente conduce verso la ricerca di opportune ed utili vie di fuga. Come si è già osservato in precedenza, la maggior parte degli atti autolesionistici avviene in conseguenza di stati di rabbia, e costituisce un comportamento appreso la cui efficacia nel ridurre l'intensità