

# Il modello GET per la personalità borderline

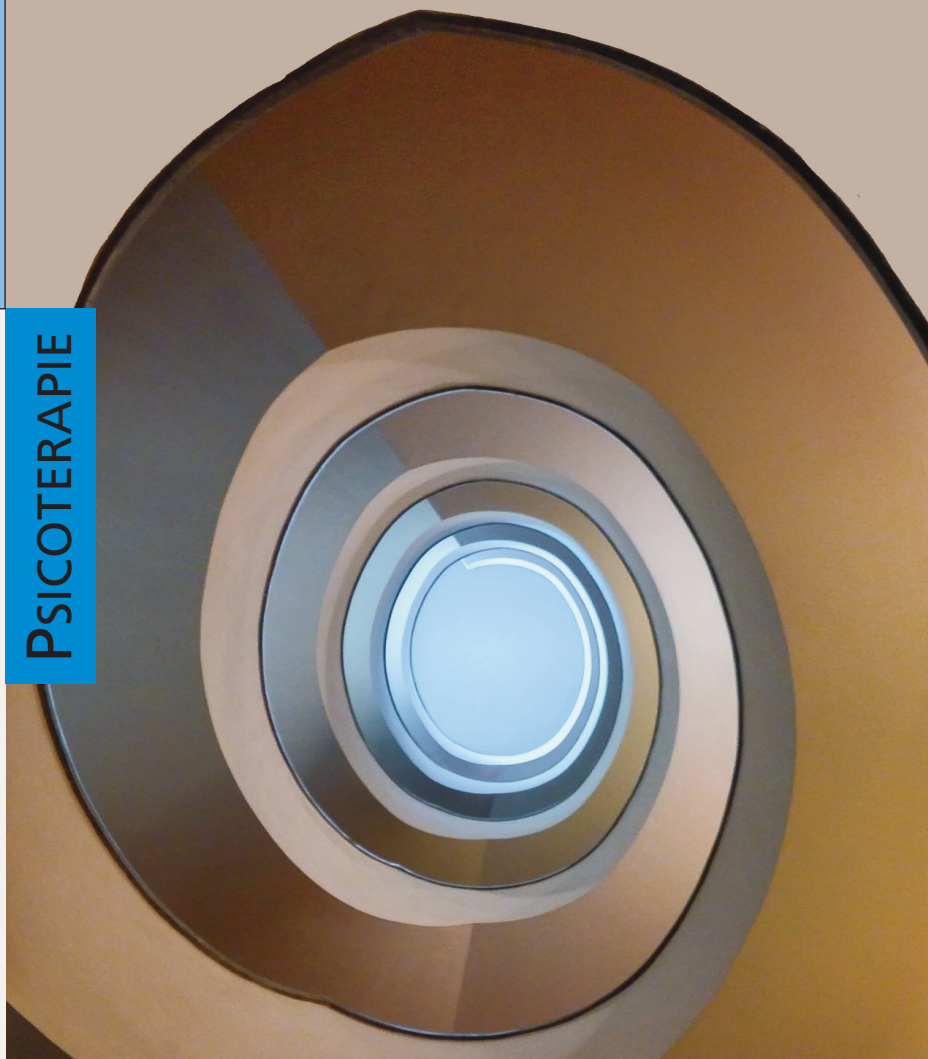
Il trattamento con i  
Gruppi Esperienziali Terapeutici

*A cura di Raffaele Visintini*

*Prefazione di Giancarlo Dimaggio*

PSICOTERAPIE

**FrancoAngeli**



## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

# **Il modello GET per la personalità borderline**

Il trattamento con i  
Gruppi Esperienziali Terapeutici

*A cura di* Raffaele Visintini

con la collaborazione di Elisabetta Baldin

*Prefazione di* Giancarlo Dimaggio

**FrancoAngeli**

PSICOTERAPIE

Isbn: 9788835166603

*Grafica di copertina:* Elena Pellegrini

*Immagine di copertina:* Raffaele Visintini

Copyright © 2024 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](http://www.francoangeli.it).

*Ai pazienti,  
per quello che ci hanno insegnato con la loro sofferenza  
sulla profondità dell'esistenza umana.*





# Indice

|  |         |
|--|---------|
| <b>Prefazione</b> , di <i>Giancarlo Dimaggio</i>   | pag. 13 |
| <b>Gli Autori</b>  | » 17    |
| <b>Introduzione: il nostro approccio al mondo della personalità borderline e al suo trattamento</b> , di <i>Raffaele Visintini</i>   | » 19    |
| <b>1. L'organizzazione della personalità borderline, la disregolazione emotiva e i correlati neurobiologici</b> , di <i>Raffaele Visintini, Elisabetta Baldin, Benedetta Vai</i> | » 31    |
| 1. Premessa  | » 31    |
| 2. Le possibili cause  | » 31    |
| 3. Breve introduzione ai processi di regolazione emotiva e ai loro correlati neurali   | » 34    |
| 4. La personalità e il suo sviluppo  | » 38    |
| 5. La disregolazione emotiva   | » 43    |
| 6. L'impulsività e l'ipersensibilità   | » 48    |
| 7. Mentalizzazione e ipermentalizzazione   | » 50    |
| 8. Le rimuginazioni, il giudizio, i comportamenti autolesivi e il loro legame con la disregolazione emotiva  | » 53    |
| 9. Approfondimento sui comportamenti autolesivi e il contributo della Teoria Polivagale  | » 59    |
| 10. La paura delle emozioni e l'evitamento   | » 61    |
| Bibliografia   | » 65    |

|   |         |
|---|---------|
| <b>2. Il metodo GET: il costrutto teorico di un nuovo modello di trattamento e la sua strutturazione, di Raffaele Visintini, Elisabetta Baldin, Cristina Ragno, Martina Segrini</b> | pag. 78 |
| 1. Introduzione   | » 78    |
| 2. Il costrutto teorico del trattamento GET   | » 80    |
| 2.1. Il ruolo del gruppo omogeneo   | » 80    |
| 2.2. Focalizzazione sull'esperienza presente e sincronicità dei gruppi esperienziali  | » 84    |
| 2.3. Il lavoro d'équipe   | » 87    |
| 3. La struttura del trattamento   | » 88    |
| 3.1. La valutazione iniziale  | » 88    |
| 3.2. Le fasi del percorso terapeutico   | » 89    |
| 4. I ruoli professionali coinvolti  | » 92    |
| 4.1. Ruolo e funzione del coordinatore  | » 92    |
| 4.2. Ruolo e funzione del tutor   | » 93    |
| 4.3. Il ruolo e la funzione del facilitatore  | » 100   |
| 4.4. Il ruolo dell'osservatore  | » 103   |
| 4.5. Nota sulla gestione delle crisi durante il trattamento   | » 103   |
| 5. La differenza del trattamento GET svolto in ambulatorio, Day Hospital e comunità   | » 105   |
| Bibliografia  | » 108   |
| <br>  |         |
| <b>3. La Fase 0 e Fase 1</b>  |         |
| <b>Presentazione in dettaglio dei diversi gruppi esperienziali</b>  | » 110   |
| <br>  |         |
| <b>3.1. Il gruppo focalizzato sulla Crisi, di Rossana Ramazzi, Nicolò Gaj</b>   | » 110   |
| 1. Introduzione   | » 110   |
| 1.1. I fondamenti teorici e metodologici del gruppo Crisi   | » 113   |
| 2. Le finalità dell'attività  | » 116   |
| 3. Descrizione in dettaglio dell'attività   | » 119   |
| 3.1. Teoria della pratica. La costruzione della cultura del gruppo  | » 119   |
| 3.2. Gli strumenti  | » 127   |
| 3.3. Aspetti del setting: spazi e tempi   | » 130   |
| 3.4. Le fasi dell'attività del gruppo Crisi e specificità nella loro conduzione   | » 131   |

|   |          |
|---|----------|
| 4. Possibili criticità e difficoltà nell'attività   | pag. 143 |
| 5. I criteri per la valutazione del passaggio in Fase 2   | » 146    |
| Bibliografia  | » 147    |
| <b>3.2. Il gruppo di Pianificazione</b> , di <i>Stefania Bruzzese, Ilaria Carretta</i>                          | » 149    |
| 1. Introduzione   | » 149    |
| 1.1. La regolazione cognitiva dell'emozione per comprendere la pianificazione                                   | » 150    |
| 2. Finalità dell'attività   | » 151    |
| 3. Descrizione in dettaglio dell'attività   | » 154    |
| 3.1. Strumenti  | » 154    |
| 3.2. Aspetti del setting  | » 161    |
| 3.3. La modalità di conduzione e le varie fasi dell'attività  | » 165    |
| 4. Possibili difficoltà e criticità nell'attività   | » 170    |
| 5. Approfondimenti sul metodo   | » 171    |
| 6. I criteri di passaggio in Fase 2   | » 178    |
| Bibliografia  | » 179    |
| <b>3.3. Il gruppo di Attivazione Emotiva</b> , di <i>Stefania Bruzzese, Antonella Di Biase, Rossana Ramazzi</i> | » 182    |
| 1. Introduzione   | » 182    |
| 2. Le finalità dell'attività  | » 183    |
| 3. Descrizione in dettaglio dell'attività   | » 187    |
| 3.1. Aspetti del setting  | » 187    |
| 3.2. Strumenti, tecniche e procedure utilizzate   | » 188    |
| 3.3. Il processo di metodo  | » 195    |
| 4. Possibili criticità e difficoltà nello svolgimento dell'attività   | » 198    |
| 5. I criteri di passaggio in Fase 2   | » 205    |
| Bibliografia  | » 207    |
| <b>3.4. Il gruppo di Attivazione Corporea</b> , di <i>Cristina Ragno, Martina Segrini</i>                       | » 209    |
| 1. Introduzione   | » 209    |
| 1.1. Il rapporto mente-corpo  | » 209    |
| 1.2. Il corpo nel paziente con organizzazione borderline di personalità   | » 214    |
| 1.3. La (dis)regolazione emotiva e l'attività del gruppo di Attivazione Corporea                                | » 216    |

|   |          |
|---|----------|
| 2. Finalità dell'attività di gruppo   | pag. 217 |
| 3. Descrizione in dettaglio dell'attività   | » 219    |
| 3.1. Le tecniche utilizzate   | » 222    |
| 3.2. Modalità di conduzione   | » 233    |
| 3.3. Le fasi dell'attività di Attivazione Corporea  | » 234    |
| 3.4. Aspetti del setting: spazi e tempi   | » 237    |
| 4. Possibili criticità e difficoltà nell'attività di Attivazione Corporea   | » 239    |
| 5. I criteri di passaggio in Fase 2   | » 244    |
| 6. Esempi di esercizi e tecniche  | » 244    |
| Bibliografia  | » 250    |
| <br>  |          |
| <b>4. La Fase 2</b>   |          |
| <b>Presentazione in dettaglio dei diversi gruppi esperienziali</b>  | » 253    |
| <br>  |          |
| <b>Introduzione alla Fase 2, di Raffaele Visintini</b>  | » 253    |
| <br>  |          |
| <b>4.1. Il gruppo di Attivazione Emotiva in Fase 2, di Stefania Bruzzese, Antonella Di Biase, Rossana Ramazzi</b> | » 257    |
| 1. Le differenze con la Fase 1  | » 257    |
| <br>  |          |
| <b>4.2. Il gruppo di Attivazione Corporea in Fase 2, di Cristina Ragno, Martina Segrini</b>                       | » 259    |
| 1. Le differenze con la Fase 1  | » 259    |
| 2. Esempi di esercizi   | » 262    |
| <br>  |          |
| <b>4.3. Il gruppo di Metodi Attivi, di Antonella Di Biase, Rossana Ramazzi</b>                                    | » 267    |
| 1. Introduzione   | » 267    |
| 2. Le finalità dell'attività  | » 269    |
| 3. Descrizione in dettaglio dell'attività   | » 271    |
| 3.1. Setting, materiali e la gestione del tempo   | » 271    |
| 3.2. Tecniche utilizzate  | » 273    |
| 3.3. Modalità di conduzione dell'attività   | » 281    |
| 4. Possibili criticità e difficoltà nello svolgimento dell'attività   | » 282    |
| 5. Esercizi   | » 284    |
| Bibliografia  | » 294    |

|  |          |
|--|----------|
| <b>4.4. Il gruppo di Dinamiche</b> , di <i>Raffaele Visintini, Cristina Ragno</i>  | pag. 295 |
| 1. Introduzione  | » 295    |
| 2. Finalità dell'attività  | » 297    |
| 3. Descrizione in dettaglio dell'attività  | » 301    |
| 3.1. Aspetti del setting   | » 301    |
| 3.2. Modalità di conduzione  | » 301    |
| 3.3. Possibili criticità e difficoltà nella gestione del gruppo di Dinamiche   | » 305    |
| 4. Il saluto di fine terapia   | » 309    |
| Bibliografia   | » 311    |
| <br>   |          |
| <b>5. Il sostegno ai famigliari delle persone con organizzazione borderline di personalità</b> , di <i>Ilaria Carretta, Nicolò Gaj, Paola Maria Porcelli</i> | » 312    |
| 1. Il nostro approccio al sostegno famigliare: al di là e oltre la funzione psicoeducativa   | » 312    |
| 2. Perché si parla di famigliari   | » 314    |
| 3. Modelli di supporto ai famigliari   | » 318    |
| 4. Il modello GET per i famigliari   | » 321    |
| 4.1. Perché i gruppi   | » 321    |
| 4.2. Modalità e tecniche di conduzione   | » 322    |
| 4.3. Gli obiettivi del gruppo  | » 324    |
| 4.4. Il ruolo del conduttore   | » 330    |
| Bibliografia   | » 331    |
| <br>   |          |
| <b>6. La ricerca sul metodo GET</b> , di <i>Ilaria Carretta, Chiara Talè</i>   | » 334    |
| 1. Il monitoraggio nella terapia attraverso gli strumenti diagnostici  | » 335    |
| 1.1. La personalità  | » 336    |
| 1.2. Il narcisismo   | » 340    |
| 1.3. L'attaccamento  | » 342    |
| 1.4. La disregolazione emotiva   | » 343    |
| 1.5. Le abilità di mindfulness   | » 344    |
| 1.6. L'aggressività e la rabbia  | » 345    |
| 1.7. L'impulsività   | » 346    |
| 1.8. L'autolesività  | » 346    |
| 1.9. La dissociazione  | » 347    |
| 1.10. La depressione   | » 348    |
| 1.11. La resilienza  | » 349    |
| 1.12. La qualità della vita  | » 349    |

|   |          |
|---|----------|
| 2. Dati di efficacia della terapia nei diversi contesti di cura | pag. 350 |
| 2.1. Il contesto di Day Hospital                                | » 350    |
| 2.2. Il contesto comunitario                                    | » 352    |
| 2.3. Ricerche in corso  | » 353    |
| 3. Conclusioni  | » 355    |
| Bibliografia  | » 355    |
| <b>Conclusioni</b> , di <i>Raffaele Visintini</i>               | » 361    |

## *Prefazione*

di *Giancarlo Dimaggio\**

Atti impulsivi, un dolore che non va via e poi altri atti impulsivi. Tagli sulla pelle, perché il dolore cessi, abbuffate, per spegnere la mente, a cui seguono colpa e vergogna a cui segue il desiderio di scomparire. Innamoramenti veloci, troppo veloci, seguiti da disillusioni accompagnate da rabbia: “perché mi hai abbandonato?”. Basta un messaggio al quale non arriva la risposta abbastanza pronta ed esplode una collera da protesta. Perdita di controllo, piatti che volano, urla e poi un pianto disperato di solitudine, rabbia e disperazione e poi la vergogna per quello che si è fatto. “Ora mi abbandonerà davvero e la vita, a quel punto, che senso ha?”.

Questo è solo uno dei modi in cui chi è affetto da disturbo borderline di personalità soffre e lo manifesta al mondo. Per decenni è stata una sfida impossibile per i curanti, che non lo capivano e, frustrati e giudicanti, non lo sapevano trattare. Il quadro è cambiato ormai da alcune decadi, eppure tanto rimane da fare. Abbiamo oggi vari trattamenti abbastanza efficaci che hanno passato lo scrutinio della prova empirica. Eppure, se andiamo a vedere come stanno i pazienti in quegli studi di efficacia, alcuni sono guariti, restituiti a una vita piena e creativa in cui il dolore si manifesta solo come transitorie ondate di ombre antiche. Altri hanno interrotto il trattamento prima del tempo, altri ancora sono migliorati – e ricordiamo che un trattamento che genera miglioramenti, in qualsiasi area della salute, fisica e mentale, ha fatto del bene – ma malessere, comportamenti problematici e difficoltà nelle relazioni ancora sono lì. Significa che la sfida per noi clinici e ricercatori che ci occupiamo di disturbi di personalità è ancora aperta, che abbiamo progressi da compiere, miglioramenti da ingenerare, più pazienti a cui lenire il male e dare più salute.

\* Psichiatra psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma.

Il tempo della psicoterapia fedele a un modello generale di riferimento è passato. Chi vuole contribuire al progresso della scienza pensa poco ai padri fondatori, ai quali, per carità, rimane grato. Concentra lo sguardo sulla psicopatologia, sui meccanismi che mantengono i disturbi mentali. Li osserva, li studia e li smantella e si chiede: “e ora, come l’interrompo?”. A quel punto concentra lo sguardo sui tentativi di chi lo ha preceduto: “che strumenti ha usato, quali tecniche e quali strategie, cosa ha funzionato e cosa no, cosa ha passato il vaglio della ricerca empirica e cosa è solo teoria o pratiche prive di dati a supporto?”.

La psicoterapia oggi ci chiede interventi alla luce di una conoscenza dettagliata dei disturbi che trattiamo, una conoscenza meticolosa, ci vuole gente abituata a guardare la realtà al microscopio per ottenerla. Ci chiede interventi capaci di incidere su quei meccanismi di mantenimento, applicati secondo un razionale coerente.

Ora, trattare il disturbo borderline richiede tanto microscopio e molto lavoro, perché le dimensioni implicate sono varie: la capacità di regolare gli affetti è bassa, l’impulsività porta facilmente a comportamenti dannosi, la capacità di formare un progetto di vita, agire di conseguenza, portarlo avanti malgrado le inevitabili frustrazioni è spesso compromessa. A volte la mente è in preda al caos, le emozioni sono intense, fuori controllo e la consapevolezza di cosa le ha causate e perché, è minima. Se vogliamo ridare a queste persone vita (alla lettera, visto il rischio suicidario che è spesso alto), salute, controllo su di sé, speranza e fiducia nel futuro, queste dimensioni le dobbiamo affrontare. E ci vuole tempo, competenza e, ancora una volta, conoscenza del disturbo e di cosa serve per trattarlo.

Soprattutto è necessario avere gli occhi aperti. Chi si affeziona alla propria scuola di appartenenza, lo psicoanalista che legge solo psicoanalisi, il cognitivista che legge solo cognitivismo, gli occhi aperti, per definizione non li ha.

L’approccio GET nasce da chi gli occhi li ha tenuti bene aperti. Ha una base teorica di partenza, psicodinamica, ma Raffaele Visintini e collaboratori hanno osservato e curato non so neanche io quanti pazienti ed è evidente che quando notavano un problema non si chiedevano: “in che modo il modello psicodinamico mi permette di risolverlo?”. Andavano a cercare quello che il mondo della psicoterapia offriva. Che è l’unico modo di pensare che uno scienziato consente a sé stesso. Il risultato è che trovate un modello di trattamento le cui ispirazioni sono molte. In ordine sparso: la psicoterapia cognitiva di seconda onda, quella basata sul modello ABC – in italiano Antecedenti, Pensieri, Conseguenze emotive e comportamentali –; la DBT ovvero il trattamento che ha rivoluzionato la cura dei disturbi di personalità perché Marsha Linehan ha deciso di renderlo empiricamente



supportato; il cognitivismo di terza onda, ovvero l'attenzione ai processi attentivi e rimuginativi. Credete che siano molti gli autori psicodinamici che sono anche solo consapevoli che esistono strumenti terapeutici che mirano a interrompere il rimuginio? La risposta è semplice: no, ed è una mancanza seria, perché il rimuginio è un processo psicopatologico transdiagnostico e se non lo affronti con strumenti specifici, da solo, non passa. E chi soffre di disturbo borderline di tempo a rimuginare ne spende tanto, preparandosi la strada per depressione, passività e agiti impulsivi. Continuo con le ispirazioni: l'Emotion Focused Therapy e lo psicodramma, che hanno fornito al GET gli strumenti di messa in atto di scene tra i pazienti del gruppo, con il fine di promuovere la consapevolezza emotiva, riconoscere i propri modi disfunzionali di leggere il mondo, costruirne di nuovi e trovare modalità di relazionarsi con gli altri più creative e libere dalle lenti offuscate della psicopatologia. C'è tanta attivazione comportamentale in questo libro, c'è tanta mindfulness e c'è tanto gioco. Pensate che "un due tre stella", "campana", palline e palle, matite e colori non abbiano posto in una terapia che mira a essere scientifica e curare persone affette da una psicopatologia anche grave? Sbagliate. Nelle fasi avanzate di terapia il GET include una varietà di giochi, attivazioni del corpo ed esperimenti comportamentali. Sono finalizzati a scoprire il nuovo, aprire la mente e reinventare una leggerezza persa nei meandri di un passato così spesso carico di traumi e neglect.

Ogni passaggio del GET è descritto in dettaglio, le procedure sono squadernate, possiamo entrare nelle stanze e vedere come il GET opera. Quanti libri hanno questa qualità? Quanti libri che nascono dall'albero psicodinamico hanno questa presa sulla realtà dell'azione clinica? Pochi i primi e ancora meno i secondi. Perché è stato possibile un libro del genere, un libro così moderno?

È una storia che non sappiamo tutti. La storia di un modo di pensare la psicoterapia che si disinteressa dei confini della propria appartenenza di scuola, che rifiuta l'ipse dixit dei maestri fondatori e s'interroga a partire dalla domanda prima del clinico: "Cosa funziona su quale processo psicopatologico per quale persona?". Una storia che ho raccontato in *Un attimo prima di cadere. La rivoluzione esperienziale in psicoterapia* e, se posso dirlo, questo volume è collocato nel cuore di questo cambio di paradigma. La psicoterapia non è più solo parola, dialogo, riattribuzione di significati e interpretazioni. È leggere il corpo, è soprattutto muoverlo, è riattivare l'immaginazione e tradurla in comportamenti, è compiere azioni nuove prima e trovare loro un senso poi.

Non tragga in inganno la multiformità delle pratiche adottate dal GET. È una psicoterapia rigorosa, con un percorso e obiettivi terapeutici precisi,

della durata di circa due anni, e che si presta alla verifica empirica. E in questo è una psicoterapia moderna e antica allo stesso tempo. Moderna perché esporre la propria azione clinica alla verifica dei numeri è entrato nella mente degli psicoterapeuti da poco tempo. Mai abbastanza, il GET brilla proprio in quanto a eccezioni, perché il vizio di teorizzare sul mondo e dire “si fa così e si fa così perché al paziente fa tanto bene e noi siamo così buoni e umani” è praticato da troppi autori e praticanti. È una psicoterapia antica perché si fonda sulla logica empirica della medicina e della scienza occidentale, popperiana: hai un’idea? Operazionalizzala e testala, saranno i numeri a dirti in cosa ti sbagliavi e quello che puoi conservare e tramandare alle generazioni di scienziati, ricercatori e, soprattutto, clinici.

Sottoporre il GET allo scrutinio delle prove di efficacia è il futuro di questo metodo. Gli autori hanno iniziato e i risultati sembrano promettenti. Devono ancora approdare alle riviste maggiori, pubblicare i dati di efficacia dopo che sono stati vagliati dalla revisione dei pari. È un cammino che Visintini e i suoi collaboratori hanno appena intrapreso e la promessa è che il GET possa candidarsi come trattamento efficace per il disturbo borderline di personalità. Se dovessi piazzare le mie *fiches*, le punterei sulla carta che dice: risulterà almeno altrettanto efficace di altri approcci già testati, almeno quanto la DBT o il trattamento basato sulla mentalizzazione. Almeno. Io faccio la mia puntata, aspetto che il *croupier* giri la carta. Attendo di riscuotere la mia vincita.

## *Gli Autori*

**Elisabetta Baldin**, psicologa e psicoterapeuta a orientamento psicodinamico, socia fondatrice e terapeuta Associazione GET, esperta in supporto alla genitorialità, e nell'analisi dei processi comunicativi.

**Stefania Bruzzese**, psicologa e psicoterapeuta individuale e di gruppo, socia fondatrice, segretaria del consiglio direttivo e terapeuta Associazione GET.

**Ilaria Carretta**, psicologa e psicoterapeuta individuale, socia fondatrice e terapeuta Associazione GET, docente Scuola di specializzazione in psicoterapia COIRAG.

**Antonella Di Biase**, psicologa e psicoterapeuta individuale e di gruppo, psicodrammatista, socia fondatrice e terapeuta Associazione GET.

**Giulia Fantoni**, psicologa e psicoterapeuta individuale e di gruppo, socia fondatrice, terapeuta e tesoriere Associazione GET.

**Nicolò Gaj**, psicologo psicoterapeuta, socio fondatore Associazione GET, Ricercatore di Logica e Filosofia della Scienza, Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

**Paola Maria Porcelli**, psicologa, specializzanda in psicoterapia integrata, socia e operatrice Associazione GET.

**Cristina Ragno**, psicologa e psicoterapeuta individuale e di gruppo, socia fondatrice e terapeuta Associazione GET.

**Rossana Ramazzi**, psicologa psicoterapeuta individuale e di gruppo, socia fondatrice e terapeuta Associazione GET.

**Martina Segrini**, psicologa e psicoterapeuta individuale e di gruppo, socia fondatrice e terapeuta Associazione GET.

**Chiara Talè**, psicologa e psicoterapeuta individuale e di gruppo, terapeuta DBT, socia e terapeuta Associazione GET.

**Benedetta Vai**, psicologa e psicoterapeuta, docente a contratto presso la Facoltà di Psicologia, Università Vita-Salute San Raffaele, e Project Leader presso l'Unità di Psichiatria e Psicobiologia Clinica, Divisione di Neuroscienze, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano.

# *Introduzione: il nostro approccio al mondo della personalità borderline e al suo trattamento*

di *Raffaele Visintini*

*Non mi sento all'altezza  
mi sento così piccola/inferiore/futile  
in più in mezzo alla gente  
non mi ci riesco a incastrare.  
Questo mondo mi pesa, è un macigno  
e la mia mente mi fa male/i miei pensieri mi fanno male.  
Le persone mi fanno male  
ho paura  
sì, paura di vivere.*

Elio Pitzalis, Giulia Mason

Quest'opera nasce dall'esigenza di sistematizzare e comunicare la nostra esperienza clinica e di ricerca sull'organizzazione borderline di personalità e illustrare e diffondere le caratteristiche fondanti del metodo GET (Gruppi Esperienziali Terapeutici), da noi progettato specificamente per il suo trattamento.

Il metodo GET è il frutto di oltre 30 anni di lavoro con persone con sofferenza borderline e più di 15 anni di sperimentazione, ricerca e applicazione del trattamento su centinaia di pazienti.

## **L'importanza di un approccio specifico**

In questa introduzione ripercorreremo sinteticamente le principali tappe della teorizzazione di tale costrutto psicopatologico, con il fine di contestualizzare il nostro specifico approccio ed evidenziarne i principi teorici fondanti.

È importante rilevare che, nonostante lo studio e la ricerca sulla personalità "borderline" proseguano da decenni, molti aspetti di questo disturbo rimangono tuttora poco noti o poco compresi, con conseguenze considerevoli nella pratica clinica, sia da un punto di vista diagnostico che da un punto di vista terapeutico.

La nostra esperienza clinica infatti racconta che la quasi totalità dei pazienti da noi valutati e trattati ha trascorso molti anni della propria vita

tra errori diagnostici, incomprensione della sua sofferenza e consecutivi fallimenti terapeutici.

Già dai primi decenni del '900 venivano descritti alcuni pazienti – come disse Adolph Stern nel 1938 – difficili da trattare in psicoanalisi, in quanto ipersensibili e imprevedibili.

Stern (1938) fu il primo a descrivere con una certa precisione questi pazienti e a coniare il termine “borderline”, attraverso il quale indicava “un gruppo di pazienti che non possono essere inseriti completamente né tra i disturbi psicotici, né tra quelli nevrotici”.

Le principali caratteristiche e i sintomi clinici descritti da Stern sono: una profonda sofferenza psichica, un'esagerata ipersensibilità, una rigidità psichica e corporea, relazioni terapeutiche negative, sentimenti profondamente radicati d'inferiorità, masochismo, uno stato di profonda e connaturata insicurezza e/o ansietà, l'utilizzo di meccanismi proiettivi e, infine, difficoltà nel preservare l'esame di realtà, specie nelle relazioni interpersonali.

A oggi tale descrizione può definirsi parzialmente condivisibile, tuttavia è interessante notare come già quasi un secolo fa si iniziasse a riconoscere la necessità di classificare tale gruppo di pazienti e si tentasse, di conseguenza, di descrivere quanto più accuratamente possibile la loro sofferenza. L'apporto di Stern, inoltre, è da ritenersi di fondamentale importanza anche per le implicazioni cliniche, in quanto constatò, come sopra accennato, non poche difficoltà nella relazione terapeutica con questi pazienti, mettendo in dubbio la possibilità che fossero in grado di stabilire e tollerare una relazione transferale con il proprio terapeuta.

Fin da allora questi pazienti, in effetti, hanno rappresentato – e rappresentano tuttora – una sfida impervia per psicoanalisti, psichiatri e psicoterapeuti, data la difficoltà diagnostica e terapeutica che comportano.

La descrizione e definizione di pazienti borderline si è modificata nel corso dei decenni, seppur sia rimasta tra i diversi studiosi sempre valida l'ipotesi di una categoria posta “al limite” tra psicosi e nevrosi, sostenuta anche da Otto Kernberg (1975), uno dei massimi studiosi del campo. D'altra parte proprio Kernberg e altri psicoanalisti, come Khouf (1976), iniziarono a considerare l'impellente necessità clinica di categorizzare il disturbo borderline come una patologia a sé stante.

Solo negli anni '80, con la pubblicazione della terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III), la diagnosi psichiatrica si struttura su differenti assi, di cui il secondo è dedicato specificamente ai disturbi di personalità.

Alla luce della nostra esperienza clinica, riteniamo che, fino a quando continueremo a fare riferimento ad aspetti conosciuti di altre patologie – nevrosi, psicosi, alterazioni del tono dell'umore – o vedremo queste per-

sone solo in modo differenziale rispetto ad altri disturbi (ovvero cosa non sono), continueremo ad avere una visione dell'organizzazione borderline di personalità come un "ibrido psicopatologico", allontanandoci dalle sue specificità diagnostiche e cliniche. Tale aspecificità rende difficile la comprensione di questo quadro, il suo trattamento e di conseguenza anche la modalità di relazionarsi con questi pazienti in terapia.

Diventa necessario, a questo punto, de-ibridare la costruzione psicopatologica della struttura di questi pazienti, per liberare gli operatori del settore da contaminazioni di altri concetti nosografici che creano un'eccessiva distanza rispetto a ciò che il paziente porta al proprio curante. Al tempo stesso è necessario costruire un approccio terapeutico specifico, che vada oltre i campanilismi teorici e clinici, e abbia una visione articolata, che sappia integrare i vari approcci terapeutici e di ricerca.

I pazienti con organizzazione borderline di personalità ci obbligano a un cambio di paradigma nella loro cura, infatti vediamo spesso sovvertito il rapporto tra psichiatria e psicologia e la nascita di nuovi equilibri e interazioni tra le due discipline: se nel passato, per la maggior parte delle categorie nosografiche, il lavoro psicologico era a supporto dell'approccio psichiatrico, nel caso di queste persone, è il trattamento farmacologico a supporto di quello psicologico e psicoterapeutico.

Da un lato spesso questi pazienti hanno il loro primo contatto con la psichiatria perché nei momenti di crisi o durante comportamenti autolesivi o anticonservativi accedono al pronto soccorso o ai presidi ospedalieri e vengono inviati a visita psichiatrica; oppure per loro stessa iniziativa richiedono la somministrazione di farmaci, data la intensità dei loro sintomi e della loro sofferenza.

Ma dall'altro lato è ormai condivisa la convinzione che si tratti di una problematica di personalità e dunque di competenza psicologica e non psichiatrica e il cui trattamento principe risiede nella cura psicologica e psicoterapeutica. Ciò non esclude che sia altresì necessaria una cura farmacologica per il trattamento della sintomatologia, ma questa deve essere intesa come un supporto necessario al trattamento psicoterapeutico e non come una cura sufficiente al disturbo. In altri termini: i farmaci non curano la personalità, in quanto non hanno nessuna possibilità di affrontarne le caratteristiche e di favorirne l'evoluzione, cosa che può avvenire solo con la psicoterapia. Il buon funzionamento e l'efficacia del trattamento psicoterapeutico, peraltro, sono riconoscibili anche grazie alla progressiva riduzione nel tempo del supporto farmacologico, unitamente alla riduzione della sintomatologia.

Eppure, nonostante già nel 2013 – nel DSM-5 – sia stata evidenziata la necessità di valutare queste persone secondo una visione dimensionale e

non solo categoriale della personalità, ancora troppi colleghi sono rimasti agganciati alla “vecchia” necessità di inquadrarle secondo un approccio sintomatologico-categoriale, dunque d'impronta prettamente psichiatrica. Quest'ottica è riduttiva in quanto non considera il funzionamento del soggetto, un'analisi assolutamente necessaria al fine di avere una visione dimensionale e psicologica del paziente.

Comprendiamo che le numerose difficoltà riscontrate nella diagnosi e nella gestione terapeutica spingano forse naturalmente psichiatri e psicologi ad adottare un approccio sintomatologico-categoriale, in quanto più semplice da utilizzare; tuttavia, data la complessità di tale quadro psicopatologico, riteniamo opportuno che lo specialista debba impiegare molta attenzione e tempo con il fine di eseguire un corretto inquadramento del funzionamento personologico, che tenga conto di più variabili e delle caratteristiche tipiche di ogni specifico paziente. La sola osservazione ed enunciazione di sintomi e/o comportamenti impedisce di avere una visione d'insieme del caso, con il rischio di un utilizzo incongruo di tecniche terapeutiche fallaci che non tengono conto della persona nella sua interezza e complessità.

Considerando quanto su menzionato, aggiungiamo che è necessario che l'approccio psicoterapeutico sia specifico e mirato a questo tipo di disturbo. Per affrontare le problematiche delle persone con organizzazione borderline di personalità, difatti, non è sufficiente un approccio psicoterapeutico generico, in quanto non solo non è efficace, ma rischia anche di prolungare la loro sofferenza.

Il metodo GET, come vedremo, è specificamente strutturato e pensato per affrontare in modo mirato gli aspetti personologici e di funzionamento di questa tipologia di pazienti.

## **L'approccio alla personalità e non solo al sintomo**

Desideriamo ora meglio specificare perché è fondamentale un approccio che non si limiti alla terapia focalizzata sul sintomo.

Il sintomo-comportamento è sempre anche manifestazione di bisogni che rispondono a un quadro psicopatologico sottostante e quindi di un funzionamento psichico specifico: l'unico, peraltro, che quella persona è riuscita a strutturare fino a quel momento. Il sintomo e il comportamento sono come la boa che galleggia sulla superficie dell'acqua. Se guardiamo solo la boa, non sappiamo cosa c'è sotto, cosa segnala, a cosa è collegata sul fondo del mare: una nassa per le aragoste, un blocco di cemento per attraccare una barca, un sub che nuota per osservare il fondale o per pescare o



ancora per risalire in superficie... Quindi l'approccio sintomatologico non affronta esaustivamente il problema e non può di conseguenza risolverlo.

Aggiungiamo che uno degli esiti di un approccio al paziente centrato sui sintomi è che questi, osservati nella loro singolarità, possono essere ascrivibili anche ad altre patologie, creando così spesso una confusione diagnostica e, quindi, di approccio terapeutico.

Per esempio, erroneamente gli stati depressivi e i cambi di tono dell'umore potrebbero ricondurre a disturbi dell'area affettiva: quanto spesso per esempio il disturbo borderline e bipolare vengono confusi? Gli aspetti dissociativi, i frequenti fenomeni di de-personalizzazione e de-realizzazione, dovuti per esempio a eccessi di ansia, potrebbero riportare a stati psicotici; le difficoltà a mantenere stabilità nelle relazioni umane potrebbero essere interpretate come narcisistiche, manipolatorie e di sfruttamento; i frequenti disturbi alimentari possono portare a diagnosticare solo un disturbo alimentare e così via...

Nei decenni della nostra pratica clinica, durante i quali abbiamo valutato migliaia di pazienti, abbiamo rilevato come la loro storia clinica sia spesso costellata da varie diagnosi scorrette e di conseguenza anche da approcci terapeutici fallimentari.

Ad esempio, nel caso di persone con organizzazione borderline di personalità, va ricordato che i tipici comportamenti autolesivi hanno una funzione regolatoria; dunque un approccio terapeutico che miri solo alla loro riduzione/eliminazione rischia di non arrivare alla comprensione della funzione e della rilevanza che hanno per la persona che li mette in atto. Si potrà allora giungere a una riduzione del sintomo, ma non alla comprensione della sua funzione e ancora meno alla risoluzione dell'origine del sintomo a livello personologico.

Potremmo dunque dire che *"nulla è per caso"* e il sintomo è un'occasione per risolvere un problema. La domanda che dobbiamo porci allora è: *"a quale bisogno risponde quel sintomo?"*. In quest'ottica non è utile né eliminare il sintomo, perché non si affronta il bisogno sottostante, né dare un'interpretazione di stampo psicodinamico-psicoanalitico, che rischia di non essere aderente alla realtà percepita dal paziente in quel momento specifico.

Affronteremo meglio questo aspetto nei capitoli successivi, riportiamo solo alcuni brevi esempi: l'abuso farmacologico, l'induzione del vomito o le abbuffate, l'abuso di sostanze, comportamenti ossessivi e fobici svolgono funzioni specifiche, utili alla regolazione emotiva, alla sopravvivenza psichica di queste persone e alla gestione della loro sofferenza. La non comprensione di questa funzionalità è riduttiva e non è al servizio della cura del paziente. Per ogni singola persona dobbiamo indagare ogni sua

singola manifestazione e suo comportamento per comprendere che funzione abbiano per lei.

## **Uno sguardo fenomenologico alla complessità**

Effettivamente ci troviamo di fronte a un sistema complesso e, per comprenderlo siamo portati a scinderne le varie caratteristiche psicopatologiche, per identificarle secondo un codice nosografico a noi più noto e rassicurante, ma spesso inadatto alla comprensione del funzionamento di queste persone. In questo modo, cercando di gestire questa complessità, si rischia di semplificarne troppo la visione, senza cercarne i meccanismi specifici e caratteristici, perdendo lo sguardo d'insieme. Tendiamo a considerare il paziente come una "complicazione", che cerchiamo di semplificare, e non come una complessità sindromica da comprendere. Questa patologia, che si manifesta sempre più frequentemente, soprattutto tra le giovani, ci impone di trovare modelli teorici e clinici più aderenti alla sua realtà psicopatologica.

In questo senso, preferiamo riferirci a un approccio fenomenologico che, a differenza di tutti gli altri approcci psicologici, riguarda il tentativo di comprendere l'essere umano senza l'ausilio di un riferimento teorico che lo inquadri all'interno di una definizione specifica o categoria diagnostica. Comprendere l'altro attraverso lo strumento della soggettività implica la perdita delle certezze date da una teoria di riferimento, ma valorizza l'aspetto dell'individualità, dell'incontro e della specificità con cui si manifestano la patologia e la sofferenza in un paziente.

Il fenomenologo è colui che, sospeso il giudizio oggettivo e scientifico, indagherà il paziente esclusivamente attraverso la sua coscienza, cioè come viene da lui "percepito". In effetti, non esiste una realtà "in sé", ma solo una realtà "in me" e tutto è mediato e filtrato dal nostro stato di coscienza. L'esperienza ha significato solo sulla base del modo in cui la percepiamo e ognuno la percepisce in modo "personale", anche il paziente che abbiamo di fronte a noi. Il fenomenologo rifiuta qualsiasi forma di riduzionismo psichico a parametro oggettivo e assoluto.

Quindi, dal nostro punto di vista, l'operazione che il clinico deve fare è riuscire a osservare, anche attraverso le modalità comportamentali del paziente, gli "algoritmi mentali" specifici che caratterizzano il funzionamento della sua personalità e i bisogni profondi correlati a essa; algoritmi che non necessariamente si devono riferire a concettualizzazioni nosografiche predeterminate.

In quest'ottica, se vogliamo rimanere sul piano della descrizione fenomenologica, preferiamo utilizzare il concetto più generale di “disregolazione emotiva” invece che la classificazione diagnostica di Disturbo Borderline di Personalità, perché riteniamo che descriva meglio i sottostanti meccanismi di funzionamento, superando i limiti della diagnosi categoriale e sintomatologica.

In queste persone, non siamo di fronte a una personalità ormai strutturata, rigida in modo patologico e dunque non modificabile, nonostante questa convinzione sia ancora molto radicata nei pazienti e nelle loro famiglie, anche a causa della convinzione e comunicazione trasmesse da parte di molti clinici. Dal nostro punto di vista, diversamente, ci troviamo di fronte a un non completo sviluppo del sé e quindi a un funzionamento patologico della personalità.

Infatti, quando nell'osservazione e classificazione dei comportamenti poniamo l'attenzione solo sulle caratteristiche comportamentali e non sui fenomeni che ne evidenziano il funzionamento, ci dimentichiamo che la struttura del sé di queste persone è ancora immatura e poco capace di gestire gli stati emotivi derivati dalle relazioni con il mondo; ciò genererà, sul piano fenomenologico, reazioni, vissuti ed esperienze strettamente legati a quel tipo di sé, che appaiono e sono giudicati come disfunzionali.

Come descriveremo in dettaglio nel corso del capitolo 1, si riscontrano, invero, una serie di problematiche correlate tra loro, da cui si può dedurre che il sé non ha raggiunto lo sviluppo maturo. Nello specifico, in ottica psicodinamica si rilevano: mancata individuazione (secondo il concetto del processo di separazione-individuazione di Mahler, Pine e Bergman, 1978), attaccamento disorganizzato e ansioso (Ainsworth, 2006), carenza nella costruzione della costanza di oggetto.

## **Il problema del giudizio**

Un altro aspetto fondamentale nell'approccio a questi pazienti è il tema del giudizio con cui spesso il clinico (oltre all'ambiente sociale e familiare) stigmatizza la persona che incontra.

Dobbiamo ricordare che – come tutti sappiamo – la mente di ognuno di noi cerca di costruire un modello di sopravvivenza il più economico possibile, per tollerare le sfide dell'esistenza. Quindi, anche la persona che ancora oggi continuiamo a chiamare “borderline”, metterà in pratica un sistema che le permette di sopravvivere, anche se al mondo esterno appare disfunzionale.

Il suo sistema “funzionale” interno – che comunque gli permette di sopravvivere nella sofferenza – è lo stesso che genera i suoi comportamenti (abuso di sostanze, gesti autolesivi, promiscuità sessuale, ecc.), che inevitabilmente noi cataloghiamo come disfunzionali, mantenendo una visione dicotomica di comportamento: adeguato vs. inadeguato, sano vs. patologico, giusto vs. sbagliato. Peraltro anche la visione psicodinamica-psicoanalitica, che interpreta molti di questi comportamenti come meccanismi difensivi, sottintende una distinzione tra sano e patologico.

In altri termini dobbiamo accettare il paradosso che anche la “disfunzionalità” svolge una sua vitale funzione.

Seguendo una posizione di sospensione del giudizio (epochè), tipica dell’approccio fenomenologico che abbiamo citato, dobbiamo cercare di utilizzare una visione che osservi il funzionamento del soggetto, evitando giudizi e classificazioni. In sintesi, non è importante considerare se il paziente è sano o patologico, ma comprendere le strategie che mette in atto nella gestione della propria profonda sofferenza, nella gestione delle relazioni, nella gestione della stima di sé e della propria indegnità a stare nel mondo e nella sopportazione della vergogna di esistere.

A livello teorico, il tema dell’approccio clinico non giudicante è ampiamente discusso e condiviso in letteratura (Linehan, 1993; Kabat-Zinn, 2006; Rogers, 2013, solo per citarne alcuni). Ma, nella pratica clinica, dobbiamo compiere un grande sforzo di gestione della nostra formazione sociale, culturale, relazionale da cui tutti siamo condizionati, per comprendere e descrivere nel modo più accurato e neutrale possibile funzionamenti spesso moralmente – e inutilmente – giudicabili e giudicati. Lo sforzo, dunque, è riuscire a comprendere e accogliere questi comportamenti del paziente senza essere influenzati dai giudizi culturali e morali in cui siamo tutti immersi, come un cetriolo nella salamoia.

Come psichiatri e psicoterapeuti, tendiamo a pensare che la sintomatologia e i comportamenti che osserviamo nei nostri pazienti siano spiegabili su un piano clinico e scientifico e non su un piano morale. Per esempio, non giudichiamo un fobico se non riesce a salire su un ascensore, né uno schizofrenico durante i suoi deliri o allucinazioni, né un depresso anedonico che non riesce ad alzarsi dal letto. Eppure, spesso, nel caso delle persone con organizzazione borderline di personalità, osserviamo la tendenza a giudicare i loro comportamenti secondo una visione morale, culturale, di accettabilità sociale, che nulla ha che fare con un quadro psicopatologico involontario, generando così uno stigma.

Anche nella massima buona fede e consapevolezza del clinico e dell’ambiente sociale e familiare, quando si è in relazione con questo tipo di pazienti e si ascoltano le descrizioni dei loro comportamenti, spesso si

prova un forte senso di disagio e imbarazzo che rendono difficile riuscire a percepire il dolore della loro esperienza e lasciare da parte i giudizi sociali ed etici.

Questi giudizi sono, infatti, connessi a una visione volontaristica delle azioni umane e a un'idea di responsabilità che esulano da una visione psicopatologica accurata. La volontà e la responsabilità non sono concetti utilizzabili in riferimento a persone che coesistono con una sofferenza tanto profonda che le porta a mettere in atto comportamenti non evitabili, che loro stesse eviterebbero, se solo potessero! Proviamo dunque a chiederci: *“Perché abbiamo bisogno di giudicare in generale e perché tendiamo a giudicare queste persone?”*.

Il giudizio è un'operazione cognitiva che si genera in base a schemi mentali acquisiti durante la nostra vita, utili per classificare e valutare il mondo; essi hanno la funzione sia di farci risparmiare energia mentale, sia di favorire la nostra modalità di relazione con l'esterno. Il nostro comportamento è, difatti, il risultato di innumerevoli scelte operate in modo più o meno volontario, in ogni istante della nostra vita, e i nostri giudizi, quindi, ci permettono di muoverci nella realtà in modo spesso efficiente. Quando il giudizio si riferisce a persone o comportamenti è ovviamente legato anche ai nostri costrutti e convinzioni morali.

È illogico pensare che le nostre scelte non derivino da un nostro giudizio sul mondo esterno e sugli altri, soprattutto quando essi si discostano da ciò che spontaneamente giudichiamo come “giusto” o “normale”. Quindi, quando ci troviamo di fronte ai racconti dei comportamenti di queste persone o li osserviamo, sorge in noi il rischio di far prevalere il giudizio sull'osservazione obiettiva di un quadro clinico. Probabilmente il giudizio serve a un'istintiva presa di distanza da una vita condotta in un modo a noi incomprensibile e da uno stile di relazione difficile da gestire e che forse ci spaventa. Questo, tuttavia, risponde a bisogni culturali e sociali che non hanno nulla a che vedere con la possibilità di comprensione empatica né con un obiettivo clinico terapeutico (nel caso dei terapeuti).

Partendo dal presupposto secondo il quale l'essere umano esiste solo in quanto è nel mondo e in relazione con esso, ciò vale anche nel caso del paziente; tuttavia, il problema è che la sua persona e tutto il suo essere esistono esclusivamente nella relazione con un mondo che genera sofferenza e un sentimento costante di indegnità.

Quindi, tutta l'esperienza della persona “borderline” si configura ed è immersa nella sofferenza della sua relazione con il mondo. La stessa disforia (Stanghellini, Mancini, 2018), aspetto tipico di questo disturbo, è strettamente connessa al vissuto di sofferenza e di indegnità, dal quale solo per brevi momenti il paziente trova pace e sollievo.

Come già menzionato, il termine “borderline”, quando è stato coniato, intendeva un quadro psicopatologico sul “bordo” tra psicosi e nevrosi. Potremmo dire invece che queste persone vivono sul “bordo” del mondo, cioè al confine con il mondo cosiddetto “sano”, di cui non si sentono mai parte, come diversi e alieni. Il sentimento di indegnità, costante in queste persone, viene provocato proprio dal loro vissuto di non essere degni di appartenere al mondo dei cosiddetti “normali”.

Il tema del giudizio non è importante solo per chi si prende cura di loro, ma anche per i pazienti stessi, spesso impegnati in un auto-giudizio che è un'altra costante di questo disturbo. Da un lato, infatti, il paziente si sente costantemente sotto giudizio, e spesso lo è, perché viene stigmatizzato per i propri comportamenti, ma dall'altro a sua volta continuamente giudica se stesso, si valuta e si paragona rispetto a un ideale di normalità irraggiungibile. In fondo le persone che soffrono di questo disturbo sono convinte che il mondo abbia ragione a disprezzarli e giudicarli, sono convinte di non meritare apprezzamento, amore e accettazione anche perché sono causa di sofferenza per gli altri. Questi vissuti d'altro canto possono portare a manifestazioni di rabbia verso il mondo esterno da cui si sentono esclusi.

Continuano a controllare quanto sono distanti dalla supposta “normalità”, e cioè quanto riescono a garantirsi e meritare di essere almeno vicini alla possibilità di avere relazioni stabili rassicuranti. In tal senso, il giudizio costante a cui si sottopongono è vissuto come potenzialmente salvifico nella speranza di riuscire a correggersi e dunque “salvarsi”, se comprendessero le modalità giuste di comportamento e relazione. Solo in questo modo ci sarà per loro la possibilità di contrastare il senso d'indegnità che li pervade.

Tuttavia, quello che la persona sperimenta continuamente è proprio il fallimento delle relazioni e di conseguenza di se stessa; anche in questo caso il giudizio la condanna di nuovo. In altre parole, si crea un circolo vizioso in cui il soggetto cerca continuamente di trovare il modo per cambiare questo giudizio, ma siccome si reitera il fallimento, il giudizio negativo viene confermato e anche l'indegnità, come costante riprova che il mondo non lo può accettare per come è.

L'angoscia abbandonica continua e insopportabile, che costantemente vivono queste persone, deriva proprio dal loro essere sul bordo, sul confine, con il timore di essere rigettati definitivamente fuori, cioè fuori dalla relazione e dal diritto e dalla possibilità di essere considerati e amati.

In sintesi, il soggetto costantemente si auto-giudica per verificare e capire se è giusto o no, se è degno di essere nel mondo o no, ma constata sempre che la risposta è negativa e questa risposta negativa conferma la sua indegnità, per cui il mondo lo critica e lo giudica.

Ora, se l'identità di una persona si crea e si forma solo nel suo essere nel mondo, e in base a tutte le esperienze di relazione, per questi pazienti l'identità non può che essere instabile, la diffusione di identità (Kernberg, 2005) è un'inevitabile conseguenza dell'impossibilità di creare relazioni costruttive con il mondo. Partendo da una visione concreta e giudicante, mai libera da una sana epochè, questi pazienti non riescono mai a vedere oltre.

L'approccio fenomenologico (per suo stesso fondamento non giudicante e non classificatorio) aiuta il paziente ad approfondire, conoscere meglio ed esprimere se stesso. La possibilità di non sentirsi giudicato (grazie all'epochè del clinico e del metodo terapeutico) rende possibile nel tempo che egli stesso riduca il giudizio che ha su di sé.

Il primo lavoro di base è proprio quello di permettere al paziente di osservare il proprio mondo emotivo, i propri pensieri e le proprie sensazioni, con la maggiore neutralità possibile, contrastando la tendenza al giudizio riduttivo, autoreferenziale e sterile.

## **Entrare in contatto con il “mondo borderline” per cercare di comprenderlo**

Per aiutare a comprendere meglio queste persone, possiamo usare la metafora di una persona albina, quindi priva di melanina, che ha la pelle ipersensibile ai raggi solari. Quando nei primi mesi primaverili noi cerchiamo con piacere il tepore dei primi raggi del sole, non pensiamo quanto possa essere sgradevole per una persona albina sentire sulla pelle un calore che può causare danni alla sua cute. Questa persona, infatti, non potrà avere le stesse sensazioni gradevoli di chi è esposto in modo naturale all'ambiente soleggiato, perché per lei sarà fonte di ansia e preoccupazione per la probabile sofferenza che dovrà sopportare, o per tutte le cautele che dovrà mettere in atto per evitare di scottarsi.

Questo esempio è utile per comprendere quanto per noi possa essere difficile capire la specificità di alcune persone diverse da noi e, nello specifico, comprendere la sofferenza delle persone con organizzazione borderline di personalità, o disregolazione emotiva, nel dover regolare costantemente il loro rapporto con il mondo. Il loro funzionamento è caratterizzato da uno stato di allerta costante per evitare eventuali potenziali aggressioni da parte dell'ambiente con cui interagiscono.

Prima di giudicare, cerchiamo dunque di capire se siamo davvero in grado di immaginare la vita di un albino e come può relazionarsi con l'ambiente. Per esempio, potrebbe dirci che preferirebbe vivere nel nord Europa, invece che in un Paese mediterraneo, perché la poca luce e il sole meno intenso lo renderebbero più sereno nello stare all'aria aperta. Oppure potreb-

bere capitare che in primavera ed estate non desideri venire con noi al mare, mentre noi aneliamo un po' di sole dopo il freddo inverno. Se proviamo a immaginare queste situazioni, forse possiamo in qualche modo comprendere i vissuti di un albino e i suoi pensieri. Se ci discostiamo dal giudizio e dalla nostra personale visione, possiamo comprendere e accettare che si coprirà sempre il corpo anche se fa caldo, anzi soprattutto quando c'è il sole.

Ora proviamo a farci una domanda: il suo coprirsi è disfunzionale? Ovviamente no. Dunque descrivere un comportamento come disfunzionale, solo perché si discosta dalle modalità condivise e considerate "normali" è già di per sé giudicante.

Allo stesso modo, ricordiamoci che la persona borderline è sempre all'erta e sempre sottoposta all'ansia di poter incontrare situazioni che potrebbero indurle sofferenza, sentendo solo molto raramente di poter vivere momenti emotivamente "caldi", sereni e piacevoli.

Questo suo stato di allerta è a sua volta causa ed effetto di una serie di conseguenze che proveremo a descrivere nel primo capitolo dedicato proprio ai tratti salienti dell'organizzazione della personalità borderline.

Milano, 25 aprile 2024

## Bibliografia

- Ainsworth M.D. (2006), *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*, Raffaello Cortina, Milano.
- Kabat-Zinn J. (2006), *Mindfulness per principianti*, Mimesis, Milano.
- Kernberg O.F. (1975), "Overall structuring and beginning phase of treatment of borderline patients", in *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Jason Aronson, New York, pp. 185-211.
- Kernberg O.F. (1987), *Disturbi gravi della personalità*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Kernberg O.F. (2005), "Identity Diffusion in Severe Personality Disorders", in Strack S., ed., *Handbook of personology and psychopathology*, Wiley, pp. 39-49.
- Kohut H. (1976), *Narcisismo e analisi del Sé*, trad. it., Boringhieri, Torino.
- Linehan M.M. (1993), *Skills training manual for treating borderline personality disorder*, Guilford Press, New York.
- Mahler M., Pine F., Bergman A. (1978), *La nascita psicologica del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Rogers C.R. (2013), *La terapia centrata sul cliente*, Giunti, Firenze.
- Stanghellini G., Mancini M. (2018), *Mondi psicopatologici. Teoria e pratica dell'intervista psicoterapeutica*, Edra, Milano.
- Stanghellini G., Rossi Monti M. (2009), *Psicologia del patologico: una prospettiva fenomenologico-dinamica*, Raffaello Cortina, Milano.
- Stern A. (1938), "Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neurose", *The Psychoanalytic Quarterly*, 7, 4: 467-489.