



ALTA SENSIBILITÀ E COMPORTAMENTI BORDERLINE

Per approfondimenti:

Marco Baranello, Diagnosi e comprensione delle personalità borderline

Dolores Mosquera, Diamanti grezzi

Marsha Linean, Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline – Il modello DBT

Anthony Bateman e Peter Fonagy, Mentalizzazione e disturbi di personalità

Jeffrey Young, Janet Klosko e Marjorie Weishaar, Schema Therapy

Otto Kernberg, Disprezzo, vuoto e speranza

Raffaele Visintini, Il modello GET per la personalità borderline

Quest'opera è di proprietà del sito www.sensibiliconsapevoli.it. Autore: Luca Nocera.

Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

Per leggere una copia della licenza, visita <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

Avvertenza

Questo argomento, cioè la presenza di comportamenti di tipo borderline in persone altamente sensibili, è un argomento estremamente delicato, che va necessariamente affrontato con il supporto di professionisti adeguati. I comportamenti borderline possono infatti essere estremamente pericolosi: ne va dell'incolumità psichica e fisica sia di chi li mette in atto che di persone terze, quindi non vanno in alcun modo sottovalutati.

Note introduttive

Il termine borderline, utilizzato in campo sanitario, potrebbe risultare enigmatico e privo di un significato chiaro per molte persone. A differenza di parole come ansia e depressione, che evocano sensazioni e sintomi specifici, il concetto di borderline appare molto meno immediato. Ad esempio, parlando di ansia, la parola stessa è in grado di evocare un'immagine mentale che ci permette di identificarci con il sentimento che rappresenta. Lo stesso vale per termini come depressione, ossessioni, panico o fobie. Sono concetti che richiamano subito una gamma di emozioni o situazioni a noi familiari. Ma cosa significa veramente borderline? La parola, di per sé, non ci offre una descrizione specifica di un'emozione, di un sintomo particolare o di caratteristiche ben chiare. Essa rappresenta unicamente se stessa, ovvero i concetti di limite e di confine. Ciò può rendere difficile comprendere, a colpo d'occhio, cosa sia il disturbo borderline. Il disturbo borderline di personalità è una condizione complessa, che racchiude una serie di criteri e di caratteristiche che variano da persona a persona. Comprende difficoltà nella regolazione delle emozioni, alterazioni dell'umore, problemi di autostima, impulsività e instabilità nelle relazioni interpersonali. Quindi, quando sentiamo parlare di borderline, non possiamo semplicemente immaginare una singola emozione o dei sintomi ben precisi, ma dobbiamo considerare l'insieme di queste caratteristiche e come esse influenzano la vita di chi ne soffre. È importante promuovere una precisa comprensione del disturbo borderline di personalità, in modo che tutti possano comprendere le sfide che le persone affette da questa condizione, e i loro affetti, si trovano ad affrontare quotidianamente. Attraverso la conoscenza del problema possiamo contribuire a ridurre lo stigma associato alla condizione e creare programmi di tutela della salute sia per i pazienti che per i loro affetti. Il termine borderline richiede necessariamente una contestualizzazione e una definizione specifiche. Non è sufficiente la sola denominazione per comprenderne il significato.

Quest'opera è di proprietà del sito www.sensibiliconsapevoli.it. Autore: Luca Nocera.

Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

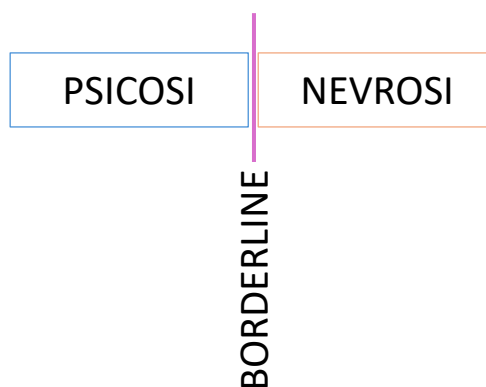
Per leggere una copia della licenza, visita <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





Il disturbo borderline: cenni storici

Il primo utilizzo del termine borderline per indicare una precisa area psicopatologica risale al 1938. Prima di allora la psichiatria divideva i disturbi mentali in due grandi ambiti: le psicosi e le nevrosi. Questa distinzione ben presto mostrò i suoi limiti. Molti pazienti presentavano problematiche che non potevano essere considerate né completamente psicotiche né completamente nevrotiche. Nel 1938 Adolph Stern fu il primo autore ad utilizzare il termine borderline per definire un quadro psicopatologico specifico caratterizzato da fenomeni sia di tipo nevrotico che di tipo psicotico, non riconducibili in modo esclusivo a una soltanto delle due aree. Iniziava a emergere una terra di mezzo costituita dalle patologie al confine tra nevrosi e psicosi. Il termine borderline, che significa appunto limite o confine, nacque proprio dalla necessità di dare un nome a questa tipologia di casi. Il termine fu così adottato per indicare il confine tra nevrosi e psicosi, quella linea nella quale collocare i pazienti che non sarebbero potuti rientrare completamente né nell'area psicotica né nell'area nevrotica.



Da quel momento iniziò un lungo processo di evoluzione. Durante il corso della storia, proprio a causa dei dubbi e dell'incertezza diagnostica, nonché dei limiti dei classici modelli di intervento, il concetto di disturbo borderline venne purtroppo considerato negativamente come il "cestino dei rifiuti psichiatrico", quel luogo ancora oscuro in cui collocare tutti quei pazienti che non potevano essere chiaramente inclusi in altre aree diagnostiche. Quando un professionista aveva difficoltà a collocare un paziente in una categoria diagnostica, allora, con molta probabilità, lo classificava come paziente borderline. Quindi, potremmo dire che il termine borderline nacque dal limite stesso delle conoscenze psicologiche e mediche del tempo, invece che rappresentare un vero confine tra nevrosi e psicosi. Oggi fortunatamente tale terminologia non indica più un'area di mezzo. È attualmente in uso al fine di definire un'entità diagnostica molto specifica, una nuova categoria, anche se ancora piuttosto dibattuta e controversa.



Quest'opera è di proprietà del sito www.sensibiliconsapevoli.it. Autore: Luca Nocera.

Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

Per leggere una copia della licenza, visita <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





Il disturbo borderline nel DSM-5 TR

Il DSM-5 TR è un manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, il più utilizzato attualmente. In questo manuale il disturbo borderline è presentato attraverso nove criteri descrittivi. Perché si possa parlare di disturbo borderline ne devono essere presenti almeno cinque. Secondo il DSM-5 TR, il disturbo borderline di personalità è un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque o più dei seguenti elementi:

1. Sforzi disperati di **evitare un reale o immaginario abbandono**.
2. Un pattern di **relazioni instabili e intense** caratterizzato dall'alternanza tra gli **estremi di iperidealizzazione e svalutazione**.
3. **Alterazione dell'identità**: immagine di sé o percezione di sé persistentemente e marcatamente instabile.
4. **Impulsività** in almeno due **aree potenzialmente dannose** per il soggetto (per esempio spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate).
5. Ricorrenti **comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante**.
6. **Instabilità affettiva** dovuta a una marcata reattività dell'umore (come per esempio un'episodica intensa disforia), irritabilità e ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni.
7. **Sentimenti cronici di vuoto**.
8. **Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia** (per esempio frequenti accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
9. **Ideazione paranoide transitoria** (il paziente si sente perseguitato dalle altre persone), associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi, come per esempio la **depersonalizzazione** e la **derealizzazione**.

Alcuni concetti (disforia, ideazione paranoide, depersonalizzazione, derealizzazione) sono abbastanza ostici, per cui di seguito ne daremo una definizione.

La **disforia** è un'alterazione del tono dell'umore verso tonalità spiacevoli, caratterizzata da irritabilità, malumore esplosivo, tensione e scarsa tolleranza alle frustrazioni. A differenza della depressione classica (spesso associata a ipoattività e apatia), lo stato disforico è solitamente attivo e reattivo: la persona non è solo triste, ma vive un senso di pressione interna che può sfociare in risposte aggressive o impulsive.

L'**ideazione paranoide** consiste nel sospetto o nella convinzione che gli altri abbiano intenzioni malevole, ostili o persecutorie, nonostante manchino prove oggettive a sostegno di tali idee. Può variare per intensità: da una vaga diffidenza a un sospetto strutturato. La persona è costantemente all'erta, convinta che ci siano significati nascosti o minacce in gesti comuni. Eventi casuali vengono

Quest'opera è di proprietà del sito www.sensibiliconsapevoli.it. Autore: Luca Nocera.

Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

Per leggere una copia della licenza, visita <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





interpretati come diretti contro di sé. Si manifesta difficoltà a confidarsi con gli altri per paura che le informazioni date vengano usate contro di sé. Spesso l'ideazione paranoide si presenta in combinazione con la disforia, creando un mix esplosivo di rabbia e sospetto. Quando una persona è disforica, tende a percepire l'ambiente esterno come fastidioso o nemico. Questo stato emotivo accende l'ideazione paranoide: il malessere interno viene proiettato all'esterno, convincendo il soggetto che gli altri siano la causa della sua sofferenza.

La **depersonalizzazione** è un sintomo dissociativo che consiste in una sensazione di distacco o estraneità verso se stessi. Chi la prova si sente come un osservatore esterno della propria vita, dei propri pensieri o del proprio corpo. Insieme alla disforia e all'ideazione paranoide, la depersonalizzazione forma spesso un "triangolo" di sintomi tipico di momenti di forte crisi emotiva o stress acuto. Non è una perdita di contatto con la realtà (la persona sa chi è e dove si trova), ma una variazione della percezione:

- Corpo "estraneo": Sentire che le proprie mani o la propria voce non appartengano a sé.
- Automa: Sentirsi un robot che agisce senza partecipazione emotiva.
- Scollegamento emotivo: Provare un senso di anestesia o vuoto, pur sapendo che si dovrebbe essere tristi o felici.

La **derealizzazione** è il "gemello" della depersonalizzazione, ma rivolto verso l'esterno: è un'alterazione della percezione in cui il mondo circostante appare irreali, strano, distorto o simile a un sogno. Mentre nella depersonalizzazione ti senti estraneo a te stesso, nella derealizzazione ti senti separato dall'ambiente, come se ci fosse una lastra di vetro o un velo tra te e la realtà. Come si manifesta la derealizzazione? Chi la sperimenta descrive spesso sensazioni molto specifiche:

- Mondo "finto": Gli oggetti o le persone sembrano scenografie di un film o bidimensionali.
- Distorsioni sensoriali: I suoni possono apparire ovattati (come sott'acqua) o i colori improvvisamente troppo vividi o sbiaditi.
- Alterazione dello spazio: Gli oggetti sembrano più grandi (macropsia) o più piccoli (micropsia) di quanto siano in realtà.
- Nebbia cognitiva: Una sensazione di stordimento costante, come se si visse in un "limbo".

La **depersonalizzazione** ha a che fare con il sé: "Io non mi sento reale". La **derealizzazione** ha a che fare con gli altri e con l'ambiente esterno: "Il mondo non sembra reale". Spesso questi due fenomeni avvengono contemporaneamente, creando un profondo senso di smarrimento.

Autolesionismo, comportamenti pericolosi e suicidio nel disturbo borderline

Fra le caratteristiche del disturbo borderline le più pericolose sono sicuramente l'autolesionismo, determinati comportamenti impulsivi (per esempio abuso di sostanze e guida spericolata) e le tendenze suicidarie. *Non tutti i pazienti borderline hanno tendenze autolesionistiche, comportamenti pericolosi o tendenze suicidarie, ma sono tre tra i sintomi più frequentemente associati a questo disturbo: circa il 70-80% delle persone con diagnosi borderline compie atti di autolesionismo o*

Quest'opera è di proprietà del sito www.sensibiliconsapevoli.it. Autore: Luca Nocera.

Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

Per leggere una copia della licenza, visita <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





comportamenti impulsivi pericolosi, *compie tentativi di suicidio o sperimenta ideazione suicidaria nel corso della vita. È senza alcun dubbio una percentuale altissima, che rende questo disturbo ancora più pericoloso.*

Tendenzialmente l'**autolesionismo** si esprime con atti estremi, come il tagliarsi intenzionalmente o il procurarsi bruciature, che rappresentano un meccanismo disfunzionale per regolare un dolore emotivo intollerabile, senza che vi sia una reale intenzione di morire. **Questi atti**, però, **possono** in alcuni casi **portare alla morte accidentale della persona che li compie**, quindi vanno assolutamente considerati tanto pericolosi quanto lo sono le ideazioni suicidarie e i comportamenti impulsivi pericolosi.





DISTURBO O COMPORTAMENTO?

Senza voler sminuire in alcun modo la validità dei manuali diagnostici, pensiamo che sia **lecito domandarsi se** quello che viene chiamato **disturbo borderline di personalità non sia propriamente un disturbo, quanto un pattern di comportamenti disfunzionali** che differenti tipologie di pazienti, affetti da differenti disturbi psicologici, mettono in atto per allentare l'estrema pressione psicologica che provano. **Non un disturbo a sé stante, quindi, ma un insieme di strumenti**, inadeguati, certamente, ma **in grado di mitigare le caratteristiche di altri disturbi in mancanza di strumenti psicologici adeguati**. Un insieme di **strategie di sopravvivenza** (anche se disfunzionali) **per gestire un dolore emotivo insopportabile**.

Non può d'altronde essere un caso che **gli approcci più efficaci** per aiutare i pazienti borderline **non parlino tanto di disturbo borderline, quanto di disregolazione emotiva o di organizzazione/comportamento borderline di personalità**: "[...] preferiamo utilizzare il concetto più generale di "disregolazione emotiva" invece che la classificazione diagnostica di Disturbo Borderline di Personalità [...] superando i limiti della diagnosi categoriale e sintomatologica" (questa citazione è tratta dall'introduzione al manuale *Il modello GET per la personalità borderline*, scritto e curato dai principali esperti del modello). Se a dirlo sono degli esperti, allora probabilmente è vero. In sintesi e nello specifico:

Una certa persona nasce con una sensibilità biologica estrema, una "**pelle emotiva**" **sottilissima**. Quella persona si ritroverà, senza colpa alcuna, con:

- Una **bassa soglia di stimolazione**, che le causerà forti attivazioni emotive anche di fronte a stimoli che sarebbero poco rilevanti o irrilevanti per la maggioranza delle persone.
- Una **elevata reattività**, cioè la tendenza a reagire con maggiore intensità emotiva agli stimoli.
- Una **maggiore difficoltà a fare ritorno al tono emotivo di base**.

Se l'ambiente circostante non le insegna a gestire questa intensità, quella persona sviluppa **comportamenti estremi** (rabbia, autolesionismo, spinte paranoiche etc) come **unici strumenti** disponibili **per regolare un vulcano interno che altrimenti esploderebbe**. In quest'ottica, la sofferenza non deriva dal modo di essere della persona, ma dall'incapacità della società di accogliere e gestire tale sensibilità, trasformandola in trauma. **La persona estremamente sensibile si costruisce da sé una cassetta degli attrezzi che le permette di andare avanti**, anche se purtroppo si tratta di attrezzi che le lasciano addosso, sia fisicamente che psicologicamente, ferite profondissime, difficili da sanare. In sintesi: **quello che la psichiatria tradizionalmente chiama "disturbo" è invece il risultato visibile di uno sforzo invisibile: il tentativo disperato di una mente di restare integra nonostante un'intensità emotiva che non ha ricevuto le istruzioni per essere gestita**.

Quest'opera è di proprietà del sito www.sensibiliconsapevoli.it. Autore: Luca Nocera.

Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

Per leggere una copia della licenza, visita <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





ALTA SENSIBILITÀ E COMPORTAMENTI BORDERLINE

Riprendiamo e consideriamo con attenzione il box della sezione precedente:

Una certa persona nasce con una sensibilità biologica estrema, una "**pelle emotiva**" **sottilissima**. Quella persona si ritroverà, senza colpa alcuna, con:

- Una **bassa soglia di stimolazione**, che le causerà forti attivazioni emotive anche di fronte a stimoli che sarebbero poco rilevanti o irrilevanti per la maggioranza delle persone.
- Una **elevata reattività**, cioè la tendenza a reagire con maggiore intensità emotiva agli stimoli.
- Una **maggiore difficoltà a fare ritorno al tono emotivo di base**.

Se l'ambiente circostante non le insegna a gestire questa intensità, quella persona sviluppa **comportamenti estremi** (rabbia, autolesionismo, spinte paranoiche etc) come **unici strumenti** disponibili **per regolare un vulcano interno che altrimenti esploderebbe**. In quest'ottica, la sofferenza non deriva dal modo di essere della persona, ma dall'incapacità della società di accogliere e gestire tale sensibilità, trasformandola in trauma. **La persona estremamente sensibile si costruisce da sé una cassetta degli attrezzi che le permette di andare avanti**, anche se purtroppo si tratta di attrezzi che le lasciano addosso, sia fisicamente che psicologicamente, ferite profondissime, difficili da sanare. In sintesi: **quello che la psichiatria tradizionalmente chiama "disturbo" è invece il risultato visibile di uno sforzo invisibile: il tentativo disperato di una mente di restare integra nonostante un'intensità emotiva che non ha ricevuto le istruzioni per essere gestita**.

Di che cosa parla? Di comportamenti borderline o di alta sensibilità? O di entrambe le cose? **Non** vogliamo spingerci a dire che **tutte le persone con comportamenti borderline sono altamente sensibili**, ma di certo **molte persone altamente sensibili hanno comportamenti borderline**. Per **questo** chi è altamente sensibile, soffre per il fatto di esserlo e mette in atto comportamenti lesivi o pericolosi dovrebbe secondo noi **parlare anche con qualcuno esperto di comportamenti borderline**, per trovare delle strategie di coping adeguate all'eliminazione di questi comportamenti (In psicologia, il coping è l'insieme di strategie cognitive, comportamentali ed emotive che mettiamo in atto per affrontare situazioni percepite come stressanti o difficili. Letteralmente significa "far fronte" o "gestire" e rappresenta la nostra capacità di adattamento agli eventi della vita).

Quest'opera è di proprietà del sito www.sensibiliconsapevoli.it. Autore: Luca Nocera.

Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

Per leggere una copia della licenza, visita <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





PRINCIPALI MODELLI TERAPEUTICI

Terapia Dialettico Comportamentale (DBT)

Sviluppata da Marsha Linehan, si basa sull'equilibrio tra l'accettazione di sé e il cambiamento comportamentale (la "dialettica").

- **Come funziona:** unisce sedute individuali ad incontri di gruppo dedicati allo skills training (apprendimento di competenze).
- **Su cosa lavora:** insegna quattro moduli di competenze fondamentali: la mindfulness (per vivere il momento presente), la tolleranza della sofferenza, la regolazione emotiva e l'efficacia interpersonale. È particolarmente efficace nel ridurre i comportamenti autolesionistici e suicidari.

Per approfondire: *Marsha Linean, Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline – Il modello DBT.*

Terapia Basata sulla Mentalizzazione (MBT)

Ideato da Peter Fonagy e Anthony Bateman, questo approccio si concentra sulla capacità di mentalizzare, ovvero la stabilità nel comprendere gli stati mentali propri e altrui (pensieri, emozioni, desideri).

- **Come funziona:** spesso le persone borderline faticano a interpretare correttamente le intenzioni degli altri nei momenti di forte stress, reagendo in modo impulsivo.
- **Su cosa lavora:** il terapeuta aiuta il paziente a fare una pausa, riflettere e comprendere cosa stia accadendo dentro di sé e nelle relazioni, stabilizzando l'identità e riducendo la paranoia interpersonale.

Per approfondire: *Anthony Bateman e Peter Fonagy, Mentalizzazione e disturbi di personalità.*

Schema Therapy (ST)

Sviluppata da Jeffrey Young, unisce elementi della terapia cognitivo-comportamentale, della psicoanalisi e della teoria dell'attaccamento.

- **Come funziona:** parte dal presupposto che il disturbo derivi da bisogni emotivi primari non soddisfatti durante l'infanzia, che hanno generato "schemi disfunzionali precoci" (abbandono, sfiducia).
- **Su cosa lavora:** identifica i diversi "modi" (stati emotivi transitori) in cui il paziente scivola (come il Bambino Vulnerabile o il Genitore Punitivo) e lavora attraverso tecniche immaginative e relazionali per rafforzare la parte dell'Adulto Sano.

Per approfondire: *Jeffrey Young, Janet Klosko e Marjorie Weishaar, Schema Therapy.*

Quest'opera è di proprietà del sito www.sensibiliconsapevoli.it. Autore: Luca Nocera.

Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

Per leggere una copia della licenza, visita <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>





Psicoterapia Focalizzata sul Transfert (TFP)

Questo approccio, di matrice psicodinamica ed elaborato da Otto Kernberg, si concentra sull'organizzazione di personalità del paziente.

- **Come funziona:** utilizza la relazione che si crea in seduta tra paziente e terapeuta (il transfert) come uno specchio delle relazioni esterne del paziente.
- **Su cosa lavora:** aiuta a integrare le rappresentazioni di sé e degli altri che nel disturbo borderline tendono a essere "scisse" (viste cioè come completamente buone o completamente cattive), riducendo la tendenza al pensiero bianco o nero.

Per approfondire: *Otto Kernberg, Disprezzo, vuoto e speranza.*

Gruppi Esperienziali Terapeutici (Metodo GET)

Il Metodo GET è associato al nome di Raffaele Visintini. È un modello di trattamento integrato, sviluppato interamente in Italia a partire dal 2009. Mentre molti approcci tradizionali si focalizzano sulla terapia individuale, il metodo GET mette il gruppo al centro del processo di guarigione, utilizzandolo come uno spazio d'esperienza paritaria e protetta.

L'idea alla base del modello è che il caos emotivo e l'impulsività (le "crisi") nascano dall'inabilità di regolare le emozioni intense, vissute spesso come un "essere fuori controllo". Il GET risponde a questa frammentazione attraverso una struttura precisa:

- **Esperienza Paritaria:** il gruppo è composto da circa 8 pazienti omogenei (con problematiche simili) coordinati da un facilitatore. Il confronto con gli altri serve a demolire il senso di isolamento, l'angoscia abbandonica e la sensazione di essere "sbagliati per il mondo".
- **Approccio Multidimensionale:** il percorso non si limita alla parola, ma affronta la sofferenza su più livelli simultanei (cognitivo, emotivo e corporeo).
- **La Figura del Tutor:** alle attività di gruppo si affianca un colloquio individuale settimanale con un tutor (uno psicologo o psicoterapeuta) che ha il compito fondamentale di aiutare il paziente a integrare e dare un senso clinico unitario a tutto ciò che è emerso nei diversi gruppi.

Per approfondire: *Raffaele Visintini, Il modello GET per la personalità borderline.*

Quest'opera è di proprietà del sito www.sensibiliconsapevoli.it. Autore: Luca Nocera.

Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

Per leggere una copia della licenza, visita <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

