

La terapia di gruppo per pazienti con Disturbo di Personalità: una palestra per l'identità sociale

Abstract: L'identità è una funzione fondamentale della mente che fornisce al soggetto il senso di un confine, di una forma del sé e di uno spazio esterno, altro da sé. L'identità si collega al concetto di senso di sé, inteso come un'esperienza che conferisce un certo senso di unità spaziale e temporale alla totalità delle attività mentali. Nei pazienti con disturbo borderline di personalità il senso di sé viene spesso percepito come caotico o svuotato e l'identità risulta sempre in bilico. La terapia di gruppo risulta essere particolarmente indicata nel percorso terapeutico di questi pazienti, perché la funzione di rispecchiamento, esperienza fondante l'identità primaria, è maggiormente attivata rispetto alla terapia individuale. Nel presente lavoro verrà illustrata un'esperienza di psicoterapia di gruppo avviata all'interno del CSM con giovani pazienti affetti da Disturbo Borderline di Personalità.

Keywords: psicoterapia di gruppo, identità, disturbo borderline di personalità

Group therapy for institutionalized patients with borderline personality disorder. A training for social identity.

Abstract: Identity is a basic function of the mind, that gives to the subject a sense of border, a form of self and of an external space, different from itself. Identity is connected to the concept of self, understood as an experience that gives to the totality of the mental activities, a spatial and time unity. In patients with borderline personality disorder, the sense of self is perceived as chaotic or deprived, so that the identity is always precarious. The group therapy turns out to be particularly indicated for those patients, because the function of mirroring, which is the basics of the experience of the primary identity, is more activated than in a individual therapy. In this article we talk about a group psychotherapy's experience, done by the psychiatric outpatients service of Padua with young patients affected by borderline personality disorder.

Keywords: group therapy, identity, borderline personality disorder

*Medico Psichiatra c/o il 1° Servizio Psichiatrico di Padova, **Psicologo clinico, allievo della Scuola di Specializzazione COIRAG, ***Medico Psichiatra c/o il 1° Servizio Psichiatrico di Padova

Identità borderline e cura istituzionale

Nella pratica clinica ospedaliera e ambulatoriale accade sempre più spesso di entrare in contatto con pazienti con disturbi gravi di personalità, in particolare Disturbi Borderline, che mostrano un quadro clinico *polisintomatico* o di comorbidità, associato ad una compromissione persistente dell'adattamento psicosociale e a difficoltà nel mantenere nel tempo una relazione terapeutica valida. In particolare, questi pazienti vanno incontro a drop-out in una percentuale che si aggira intorno al 50%, sono a rischio di suicidio o comportamenti autolesivi e sono, per definizione, impegnativi e faticosi sia per il terapeuta che per la struttura che li prende in carico.

Negli ultimi anni, in alcuni Servizi Psichiatrici della Regione Veneto si sono create delle équipes dedicate allo studio e allo sviluppo di strategie terapeutiche per i pazienti affetti da Disturbo Grave di Personalità.

Nella definizione di dispositivi di cura strutturati all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), le équipes coinvolte nel progetto presentano specifiche differenze: più di un servizio, infatti, già da alcuni anni ha strutturato percorsi specifici, individuali e di gruppo, per questa tipologia di pazienti, mentre altri si trovano ancora, per così dire, allo stato nascente; eppure, la conoscenza reciproca di tali esperienze, maturata in periodici incontri avvenuti a partire dal 2012, ha permesso la strutturazione di un gruppo di lavoro interdipartimentale che si è posto l'obiettivo di approfondire la tematica relativa ai Disturbi Gravi di Personalità, al fine di migliorarne la diagnosi e il trattamento, con l'allestimento di progetti specifici all'interno dei DSM.

Le riflessioni contenute in questo lavoro sono state presentate al Congresso Internazionale *Identity Agonies*, che si è svolto a Padova dal 2 al 4 novembre 2017, durante il quale si è illustrata una breve relazione su un'esperienza di psicoterapia di gruppo avviata con giovani pazienti affetti da Disturbi Gravi di Personalità, per lo più pertinenti all'area borderline.

Il setting istituzionale, garantito dalla cornice del Centro di Salute Mentale (CSM), ha permesso, grazie alla costante condivisione con il gruppo di lavoro, di attutire i rischi delle fratture nella terapia e dei drop-out, inevitabili in pazienti con disturbi gravi e predisposti alla rottura dei legami. Questo aspetto è risultato particolarmente importante in particolare riferimento a due pazienti che hanno interrotto la propria frequenza in gruppo, ma hanno mantenuto regolare presa in carico al CSM, anche con appoggio al Day Hospital Territoriale in un caso.

Nello specifico del nostro gruppo, l'invio dei pazienti da parte degli psichiatri del Servizio ha prediletto profili psicopatologici attinenti in maniera precipua all'area depressivo-borderline, più che all'area borderline *tout court*, o ancora quadri misti, nei quali il confine tra sintomatologia border-

line e psicotica può essere quanto mai sfumato. I presupposti sottintesi, gli elementi di volontarietà non conscia o di pressione istituzionale che hanno ispirato una propensione di scelta tanto caratteristica, sono stati per noi motivo d'interrogazione costante. Il lavoro compiuto in gruppo, d'altro canto, ci ha permesso d'individuare un ulteriore attributo comune tra i pazienti qui presi in esame, ovvero, un senso di fragilità profonda tanto dell'immagine quanto del senso di sé, che ci sono apparsi sigillati in riferimenti identitari rigidi, inflessibili, in custodia di meccanismi difensivi centrati su identificazioni adesive e iper-solidi. Questi pazienti hanno compensato l'evanescenza della propria sicurezza d'identità attraverso una demarcazione consistente dell'immagine di sé, una demarcazione quanto più inalterabile possibile, soprattutto per ciò che concerne l'identità corporea. Se da un lato, insomma, le turbolenze e la mutabilità che contraddistinguono la loro vita affettiva lasciano senza dubbio pensare a peculiarità tipicamente borderline, dall'altro l'indeclinabilità delle proprie autorappresentazioni disordinano nuovamente il quadro, consegnandoci pazienti difficilmente "inventariabili" e refrattari al cambiamento, alla messa in discussione dei propri modi d'essere e di guardarsi; soggetti che ci hanno sottoposto a una fatica di cura particolarmente intensa, a momenti di tensione interna spesso difficili da padroneggiare, pazienti *difficili*, nell'accezione più piena del termine.

Come è noto, una vasta letteratura si è occupata del problema dell'identità nei pazienti con Disturbo Borderline di Personalità, per i quali il senso di sé viene spesso percepito come caotico e discontinuo. Kernberg, in tal senso, parla di identità *diffusa* (1967, 1984). Rossi Monti (2012) s'interroga su quale sia il nucleo del disturbo borderline di personalità: l'impulsività? La disregolazione affettiva e comportamentale? Oppure, l'instabilità affettiva ed emozionale? O ancora, il disturbo dell'identità?

«Quali sono insomma le caratteristiche di fondo del disturbo, quelle che funzionano da vero e proprio cuore pulsante del disturbo, dal quale si irradiano i fenomeni che dominano il campo e conducono all'eterogenea e spesso drammatica presentazione clinica borderline?»
(Rossi Monti, 2012, p. 20).

Numerosi Autori hanno cercato di definire i fattori nucleari intorno ai quali si aggrega la sintomatologia borderline. Clarkin et al., nel 1993, hanno identificato l'ambito del Sé (caratterizzato da vissuti emozionali di vuoto, problemi di identità, paura di abbandono, relazioni instabili), l'ambito dell'affettività (caratterizzato da instabilità affettiva e rabbia) e l'ambito dell'impulsività.

Più recentemente, il gruppo di ricerca di Sanislow ha compreso gli stessi fenomeni clinici nel concetto di disregolazione a livello relazionale (disturbo dell'identità, senso di vuoto, instabilità nelle relazioni), affettivo e comportamentale (Rossi Monti, 2012).

Kernberg (1984), nel definire le organizzazioni di personalità, utilizza parametri specifici come il grado di integrazione o dispersione dell'identità, i meccanismi di difesa utilizzati e la capacità di esame di realtà. L'integrazione dell'identità ha a che fare con la continuità temporale e affettiva che il paziente ha di sé stesso e degli altri, e dunque, con rappresentazioni accurate e integrate di sé e degli altri che consentono loro di interagire in modo produttivo, piacevole e flessibile. La dispersione dell'identità, al contrario, consiste in un concetto mal integrato del Sé, nonché degli oggetti e degli affetti a essi connessi. La sindrome di diffusione dell'identità è caratterizzata dalla presenza di rappresentazioni del Sé e degli oggetti estreme, rapidamente mutevoli e scisse, e da affetti intensi, sia violentemente negativi sia irrealisticamente ideali.

Clarkin (2017) riporta come vi sia un consenso crescente sul fatto che le caratteristiche essenziali del disturbo di personalità implicino difficoltà nell'identità e disfunzioni interpersonali che appaiono spesso intrecciate a stretto filo. È sottolineato anche il ruolo giocato dalla distorsione di funzioni quali l'attenzione e la memoria, che contribuiscono alla concezione di sé e degli altri e determinano il comportamento interpersonale.

La gravità del disturbo di personalità sembra allora in consistente relazione al grado di diffusione dell'identità, alla qualità delle relazioni oggettuali, alle difese, all'esame di realtà e al grado di aggressività.

Così, i pazienti che ricevono diagnosi di disturbo di personalità ma che presentano un livello di gravità lieve, hanno una rappresentazione interna di sé e degli altri complessa, realistica, che consente loro, pur con alcuni conflitti, di interagire in modo realistico con gli altri e di controllare i propri affetti nelle relazioni interpersonali. Al contrario, i pazienti con disturbo di personalità grave presentano una diffusione dell'identità (cioè percezioni polarizzate e distorte di sé e degli altri) e un temperamento più aggressivo.

Kernberg (1984) in particolare, definisce l'identità come la precipua rappresentazione del Sé, un'incessante esperienza interna e continua di sé che comprende anche il senso della propria corporeità, il senso di un confine, di una forma di sé e di uno spazio esterno altro da sé: in altri termini, *identità* è sentire di esserci, anche con il corpo, avere un sentimento di esistere in un certo modo, usufruendo di un'autocoscienza con delle credenze su di sé che coinvolgono non soltanto il piano della personalità, ma anche quello fisico.

Per Pavan (2002) l'identità è una funzione fondamentale della mente che organizza ed orienta un campo di significati: essa fornisce al soggetto il senso di un confine, di una forma del Sé e di uno spazio esterno (altro da sé), costituendosi a partire dal rapporto con l'Altro e mantenendosi in vitale trasformazione nello stesso mondo relazionale. L'identità si costituisce a partire da una matrice biologica e relazionale, un nucleo naturale e culturale insieme,

che ha fatto esperienze precoci di relazioni oggettuali che vengono a formare delle presenze intrapsichiche. Così, le pulsioni trovano modo di plasmarsi sulla materia che è offerta dalle relazioni, e l'Io si sviluppa progressivamente. Anche lo schema corporeo e lo sviluppo cognitivo contribuiscono in maniera determinante ad alimentare la coesione e l'esperienza di continuità che ognuno fa di sé. Tale configurazione (o prefigurazione) del Sé assume, tanto nello stato nascente dell'individuo quanto, seguendo Neri (1995) in quello del gruppo, una forma che sembra essere innanzitutto corporea. «L'Io è innanzitutto un Io corporeo», segnalava Freud nel 1922 (p. 488).

A partire da queste riflessioni, nel nostro orientamento clinico all'interno del dispositivo grupppale descritto, abbiamo provato ad offrire al nostro impegno con i pazienti una sponda teorica e operativa ben definita, che rimanda proprio al tema dell'identità; ciò, anche sulla scorta dei movimenti e dei contenuti attivati dal gruppo, che sin dagli esordi ci è sembrato aver messo al centro della propria e della nostra attenzione, la questione del Sé e della propria identità. Il gruppo, in special modo nei suoi primi tempi, espone i corpi prima ancora che le menti; la continuità dell'esperienza grupppale, nonché di quella che poi si farà *identità grupppale* (Corrao, 1995) è inizialmente garantita dal riconoscimento di caratteristiche fisiche che anticipano, e accompagnano, la reciproca conoscenza tra i pazienti.

Andrea: «È la seconda seduta... non mi ricordo i nomi di tutti! Ma ricordo già tutti...».

La terapia di gruppo è indicata, d'altro canto, come dispositivo d'elezione nel percorso terapeutico dei pazienti con diagnosi di disturbo borderline, anche o soprattutto perché la funzione di rispecchiamento, esperienza fondante l'identità primaria (Lichtenstein, 1977) è attivata dagli scambi paritetici del gruppo molto più che nella terapia individuale. Lo sguardo dei membri del gruppo si rivolge al corpo, che veicola messaggi intersoggettivi prima che possa dispiegarsi una piena capacità di metabolizzare stati affettivi non ancora dichiarabili.

In gruppo, molto spesso veri e propri *corpo a corpo* verbalizzati come confronti, domande implicite di rassicurazione e riconoscimento, hanno favorito esercizi di socializzazione/sintonizzazione per la ristrutturazione del Sé e dell'immagine degli altri. «Questo gruppo è come una palestra per le relazioni», avrà a dire ancora Andrea, paziente che ha costruito una barriera difensiva attraverso l'obesità e l'isolamento, non prima di aver condiviso con il gruppo vissuti dolorosi e stranianti relativi proprio ad un corpo che, forse, nemmeno ha bisogno di parole per essere descritto: «non c'è bisogno che ve lo dica qual è il mio problema... potete vederlo». Il corpo insomma, nel gruppo e attraverso il gruppo, può narrare la propria storia (Corbella, 2003).

Identità in gruppo: parola al corpo

Riportiamo di seguito alcuni frammenti di sedute di gruppo che si sono succedute nell'arco di tempo di circa un mese, nelle quali emerge esplicitamente il tema dell'identità.

Michele è un ragazzo di 20 anni che soffre di una patologia congenita; questa problematica fisica ha condizionato pesantemente la sua esistenza: ha abbandonato la scuola, oggi esce molto poco e vive con aspettativa magica e onnipotente l'attesa dell'ennesimo intervento chirurgico correttivo/estetico del suo problema. Durante una seduta, Michele allude non senza difficoltà al problema che lo assilla e che non è mai riuscito ad affrontare in gruppo: «il mio problema...è composto di due parti: una è pratica, l'altra è mentale. Quando avrò avuto modo di affrontare la parte pratica, potrò dedicarmi anche a quella mentale...». Poi aggiunge: «Le persone guardano per l'80% l'aspetto fisico e per il 20% l'aspetto caratteriale. È una cosa che non sopporto; quindi vuol dire che l'aspetto fisico è più importante del resto».

La settimana seguente, recuperando con ostinazione lo stesso tema, chiede ad Andrea cos'è per lui l'identità: «Tu come vedi la tua identità? Cioè, se ti guardi allo specchio, come ti vedi?».

Andrea sembra interdetto: «ehm... mi vedo grasso».

Leonardo, riprendendo il tema: «Sì, cioè... abbiamo parlato soprattutto della differenza tra aspetto fisico e carattere, di cosa sia più importante per noi e per gli altri. Quindi di come ci si sente, come sentiamo la nostra identità rispetto a questo...».

Andrea: «Ah ...beh...non lo so... il mio corpo lo vivo come un problema, è sempre stato così... Però come carattere mi... beh, mi piaccio, sì».

Leonardo: «Io credo che per piacersi bisogna trovare un compromesso tra quello che si è e quello che ci viene chiesto, cioè bisogna saper anche cambiare un po' senza però perdere la propria individualità. Non quindi come quelle persone che dicono "io sono unico", non cambierò per niente e per nessuno, e di qua e di là».

Leonardo è il paziente del gruppo cui è possibile attribuire una tendenza di funzionamento mentale ed affettivo più matura; è, in effetti, il *Genius Loci* del gruppo (Neri, 1992, 1995), ovvero è il paziente che raccoglie in sé il mandato di elaborare trame e connessioni tra la vita affettiva e la vita razionale del gruppo, in sinergia con lo psicoterapeuta.

Nell'incontro successivo, Michele riprende il tema dell'identità per sottoporlo a chi non c'era o a chi aveva risposto in maniera troppo vaga.

Fatima sostiene che «l'aspetto fisico conta, a primo impatto è come uno si presenta... È la sua carta d'identità, il suo biglietto da visita...».

Nella seduta successiva è sempre Michele che, facendo riferimento alla fobia sociale di cui soffre Andrea, commenta: «Magari questa fobia sociale può essere dovuta non soltanto a delle caratteristiche psicologiche, ma anche a qualcosa d'altro che riguarda la persona, qualche altro tipo di caratteristica...». Sembra alludere in maniera abbastanza evidente a caratteristiche corporee, oppure ad esperienze e fattori traumatici che possono aver condizionato l'immagine di sé rispetto agli altri. Quando lo spunto di Michele è fatto circolare in gruppo, è Andrea a suggerire che uno dei fattori partecipanti alla sua fobia potrebbe essere proprio il corpo. E dice: «Il corpo è sicuramente la mia palla al piede...».

Corpi allo specchio: identità e sguardi

L'identità si costruisce e si mantiene grazie a diversi apporti: essa non è solo interiore esperienza psicologica, ma bensì una realtà psicologica, biologica, sociale, ambientale e contestuale. È, insomma, prodotto intersoggettivo: l'immagine di Sé elaborata dagli altri, a partire dai legami primari e dai suoi rimandi anzitutto corporei (Winnicott, 1965, 1971), è la base di quell'identità personale e sociale che il soggetto propone tanto a se stesso quanto agli altri.

In *Lo stigma e l'odio di sé* (2017) Eiguer riflette sulla funzione dello sguardo altrui nella costituzione della propria immagine di sé e si chiede perché questo elemento sia così vitale al punto che l'identità della persona ne è talmente dipendente. Il suo contributo si pone in continuità concettuale con le riflessioni di Lacan e di Winnicott sul rispecchiamento. Per Lacan (1949), il bambino allo specchio può osservarsi nell'immagine riflessa e ivi riconoscersi, quando ancora non padroneggia né il coordinamento motorio, né soprattutto il linguaggio. L'immagine allo specchio, tuttavia, offre all'*infans* nient'altro che un'illusione di padronanza e di unità del proprio corpo: lo specchio sdoppia l'immagine del soggetto, permettendogli di riconoscersi in un'alterità che lo identifica. È l'immagine del suo corpo a rappresentarsi principio di unità in grado di percepire gli oggetti, e da essi, individuarsi.

Winnicott, anni dopo (1967) omaggia Lacan del merito di aver introdotto la tappa dello specchio come esperienza evolutiva dell'essere umano; pur tuttavia, offre a quest'ultima una declinazione relazionale, dichiarando che il precursore dello specchio è il volto della madre, il suo sguardo, nel quale il bambino si riconosce. È dallo sguardo della madre che il lattante riceve il primo riconoscimento di sé, del suo essere come persona. Lo scambio di sguardi tra madre e bambino si costituisce quindi come gesto inaugurale, che annette il bambino all'ordine sociale e simbolico umano.

Per Michele, il suo difetto fisico (peraltro ormai quasi impercettibile a un occhio ignaro, dopo i numerosi interventi chirurgici) è il segno ch'egli sen-

te come maggiormente caratterizzante la sua immagine di sé. Eiguer (2017) sottolinea come lo sguardo negativo dell'altro sia parte integrante della percezione riprovevole di se stessi: il soggetto disprezza in sé stesso ciò che è considerato dagli altri come elemento di disprezzo. La discriminazione e la segregazione ne sono le conseguenze: il soggetto si identifica per mimetismo a ciò che lo rifiuta, attaccando il suo sé e il suo legame con gli altri.

Fin dall'inizio, Michele e Laura, un'altra paziente del gruppo, in riferimento al tema del giudizio, convengono sulla "comodità" di una posizione esistenziale che li porta a non mettersi mai in gioco: soltanto ponendosi ad una certa distanza dagli altri, è possibile mantenere un adeguato controllo sulle situazioni e sulle relazioni stesse. Michele afferma: «io sono sereno proprio grazie al mio esilio». C'è una relazione tra stigma e odio di sé (*ibidem*): di fronte allo stigma, sotto l'influenza dello sguardo altrui, l'odio di sé diventa senza rimedio, e può concretizzarsi anche attraverso lo spasmodico ricorso ad interventi chirurgici riparativi ed estetici, come è il caso di Michele. Eiguer sottolinea anche quanto lo stigmatizzato creda immancabilmente di essere disprezzato. Il dedicarsi degli altri a lui sarà interpretato come carità; la loro preoccupazione sarà interpretata come mancanza di autentica empatia. «Per adesso non me la sento... –avrà a dire Michele, opponendosi sempre in maniera decisa all'invito più o meno insistente degli altri pazienti a rivelarsi – quando avrò risolto il mio problema...».

Nella seduta che precede la pausa estiva, durante la quale Michele è assente, Leonardo e Andrea rilevano quanto sia faticoso raggiungere una certa fluidità di condivisione all'interno del gruppo, soprattutto per quanto riguarda i contenuti più intimi, e sottolineano come pur conoscendo Michele ormai da 8 mesi, non sia stato possibile approfondire il tema della difficoltà che tanto lo assilla e lo condiziona. Entrambi riescono ad esprimere alcune fantasie che ruotano attorno a questa questione: ipotizzano, intuitivamente, che Michele sia in attesa di un intervento chirurgico; qualcosa di importante, che può cambiargli la vita e forse renderlo irriconoscibile. Con imbarazzo, qualche sorriso, riescono a dire che forse potrebbe trattarsi di un intervento per cambiare sesso.

Conclusioni

Potremmo qui prendere a prestito un'altra nota formulazione freudiana e un po' rimescolare il senso: per Freud, il sesso di nascita è "roccia biologica", nucleo cioè basilare e immodificabile dell'essere. È possibile allora pensare che Leonardo e Andrea abbiano come intuito che dietro quella reticenza a svelarsi, a condividere una così ben importante porzione del suo mondo, reticenza tanto caratteristica dello stile interattivo di Michele, possa celarsi una

zona di costituzione identitaria, un elemento fondante l'identità personale quale può essere quella innanzitutto sessuale.

In questi scambi tra i pazienti si racchiude e si condensa il senso delle nostre riflessioni: la costituzione di un senso di identità continuo, solido, si organizza a partire da investimenti prima di tutto corporei; anche la ristrutturazione del senso di Sé, nel rapporto con se stessi e in quello con gli altri, così fragile nei pazienti affetti da gravi disturbi di personalità, sembra dover passare altrettanto per una fase preliminare, che ha a che fare con il corpo appunto, che parte dallo sguardo e determina, attraverso lo sguardo (e in gruppo attraverso quei fenomeni di rispecchiamento e transfert laterale che abbiamo provato a descrivere) nuove possibilità di definizione.

Bibliografia

- Corbella, S. (2003), *Storie e luoghi del gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Corrao, F. (1995), *Sul Sé gruppale*. In Orme vol. II. Milano: Raffaello Cortina.
- Eiguer, A. (2017), *Lo stigma e l'odio di sé*. *Gli Argonauti*, 153: 113-132.
- Freud, S. (1922), *L'Io e l'Es*. Opere, 9.
- Kernberg, O.F. (1967), *Borderline Personality Organization*. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 3, pp. 641-685.
- Kernberg, O.F. (1984), *Disturbi gravi della personalità*. Torino: tr. it. Bollati Boringhieri, 1987.
- Lacan, J. (1949), *Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell'Io*. In *Scritti vol. I*. Torino: Einaudi, 1974.
- Lichtenstein, H. (1977), *The Dilemma of Human Identity*. New York: Aronson.
- Livesley, W.J., Dimaggio G., Clarkin J.F. (2016), *Trattamento Integrato per i Disturbi di Personalità*. Milano: tr. it. Raffaello Cortina, 2017.
- Neri, C. (1992), *Genius Loci: structures psychiatriques intermédiaires et fonctions du groupe*. *Revue de Psychothérapie Psychoanalytique de groupe*, 19.
- Neri, C. (1995), *Gruppo*. Roma: Borla.
- Pavan, L. (2011), *L'identità tra continuità e cambiamento*. Milano: Franco Angeli.
- Rossi Monti, M. (2012), *Psicopatologia del presente*. Milano: Franco Angeli.
- Winnicott, D.W. (1967), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: tr. it. Armando, 1970.
- Winnicott, D.W. (1971), *Gioco e realtà*. Roma: tr. it. Armando, 1974.