

MAREA, IL RICORDO DELLA BAMBINA ARRIVATA DAL MARE.  
DAL TRAUMA COMPLESSO AGLI ESITI PSICOPATOLOGICI  
DELLA PERSONALITÀ

Rosita Mirgaldi<sup>1</sup>, Livia Colle<sup>2</sup>, Grazia Tiziana Vitale<sup>3</sup>, Maria Grazia Foschino Barbaro<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale in formazione, IV anno AIPC; Associazione Federica-Angiuli APS-Bari

<sup>2</sup> Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Professore Associato Dipartimento di Psicologia Università degli Studi di Torino

<sup>3</sup> Dirigente Psicologo U.O.S.D. Psicologia – Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII – Policlinico di Bari

<sup>4</sup> Psicologa, Psicoterapeuta Centro Clinico AIPC – Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva sede di Bari

**Corrispondenza**

Rosita Mirgaldi

E-mail: rosimirgaldi@gmail.com

**Riassunto**

Il presente lavoro illustra il caso clinico di Marea, una ragazza di 18 anni, di origini africane con diagnosi di Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso secondo l'*International Classification of Diseases* (11th ed.; ICD-11; World Health Organization, 2019) e Disturbo Borderline di Personalità secondo il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Dalla narrazione di Marea del suo viaggio per giungere in Italia, si riscontrano molteplici episodi traumatici cumulativi, le cui memorie ricompaiono sottoforma di immagini intrusive causandole insonnia, incubi, stati di iperattivazione e sintomi dissociativi.

La paziente riporta vissuti di profonda solitudine derivante dalla sua vulnerabilità storica oltre che vissuti di esclusione, diversità, indegnità e colpevolizzazione correlati sia alle esperienze traumatiche esperite nel corso del processo migratorio che agli episodi di bullismo subiti dai compagni di classe, una volta giunta in Italia.

Alla luce della sua storia e delle sue esperienze traumatiche pre e post-migratorie, sono ben comprensibili le difficoltà riscontrate da Marea nei rapporti interpersonali, nel controllo degli impulsi e nella regolazione delle emozioni, che si traducono a loro volta in ruminazioni depressive e in condotte autolesive (tagli e abuso di alcool). Per la risoluzione del caso clinico, si è applicata la terapia cognitivo-comportamentale e la Dialectical Behavior Therapy (DBT) del Disturbo Borderline di Personalità (DBP) al fine di diminuire in Marea sia i comportamenti parasuicidari che quelli interferenti con la terapia, e favorendo al contempo l'apprendimento di nuove skills e di nuove abilità di problem-solving. Infine, la ristrutturazione delle credenze disfunzionali in Marea tramite tecniche cognitive standard unitamente alla Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) del DBP ha consentito di promuovere nella paziente una maggiore accettazione della propria storia, nonché un'elaborazione della stessa in termini di forza, resilienza e consapevolezza del proprio valore.

**Parole chiave:** trauma, psicopatologia, esperienze sfavorevoli infantili, minori stranieri non accompagnati, Dialectical Behavior Therapy

**DOI:** 10.36131/COGNCL20250203

RICEVUTO IL 15 GIUGNO 2025, ACCETTATO IL 12 DICEMBRE 2025

## MAREA, THE MEMORY OF THE LITTLE GIRL WHO ARRIVED FROM THE SEA. FROM COMPLEX TRAUMA TO PSYCHOPATHOLOGICAL OUTCOMES OF PERSONALITY

### Abstract

This work illustrates the clinical case of Marea, an 18-year-old girl of African origin diagnosed with Complex Post-Traumatic Stress Disorder according to the *International Classification of Diseases* (11th ed.; ICD-11; World Health Organization, 2019) and Borderline Personality Disorder according to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). From Marea's narration of her journey to Italy, we find multiple cumulative traumatic episodes, the memories of which reappear in the form of intrusive images causing insomnia, nightmares, states of hyperactivation and dissociative symptoms.

The patient reports experiences of profound loneliness deriving from her historical vulnerability as well as experiences of exclusion, diversity, unworthiness and guilt related both to the traumatic experiences experienced during the migration process and to the episodes of bullying suffered by classmates once she arrived in Italy.

In light of his history and his pre- and post-migration traumatic experiences, the difficulties encountered by Marea in interpersonal relationships, impulse control and emotion regulation are understandable, which in turn translate into depressive ruminations and self-harming behavior (cutting and alcohol abuse). To resolve the clinical case, cognitive-behavioral therapy and Dialectical Behavior Therapy (DBT) of Borderline Personality Disorder (BPD) were applied in order to reduce both parasuicidal behaviors and those interfering with therapy in Marea, and at the same time promoting the learning of new skills and new problem-solving abilities. Finally, the restructuring of dysfunctional beliefs in Marea through standard cognitive techniques together with the Interpersonal Metacognitive Therapy (TMI) of BPD made it possible to promote greater acceptance in the patient of her own history, as well as an elaboration of it in terms of strength, resilience and awareness of her own value.

**Key words:** trauma, psychopathology, adverse childhood experiences, unaccompanied foreign minors, Dialectical Behavior Therapy

### Introduzione

Il fenomeno dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) è in continuo aumento non solo in Italia ma anche nel mondo, per cui la letteratura internazionale ha recentemente approfondito tale tema in particolare all'interno della cornice teorico-clinica della Psicopatologia dello Sviluppo e della Teoria dell'Attaccamento al fine di identificare quali siano i fattori di rischio per lo sviluppo di sintomi psicopatologici e di problematiche emotive e quali invece, quelli di protezione (Foschino Barbaro, 2021).

L'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (UNGA) afferma che sono denominati minori stranieri non accompagnati (MSNA) “*ragazzi e ragazze di età inferiore ai 18 anni che sono separati dai genitori e non sono assistiti da un adulto che per legge o per consuetudine è responsabile di farlo*”. Questi minori vivono una condizione di triplice vulnerabilità derivante sia dall'essere soli senza figure significative di riferimento, sia dall'essere minori in terra straniera dopo aver intrapreso viaggi pericolosi che dall'essere stati esposti a eventi che hanno minacciato la loro integrità psico-fisica.

Infatti, molti emigrati riportano di aver vissuto diversi eventi traumatici e stressanti non solo nel loro luogo di origine, motivo per il quale sono stati costretti a lasciare il loro paese, ma anche durante il viaggio intrapreso e all'arrivo nei paesi di destinazione che presentano loro nuove sfide

da affrontare (Schick et al., 2016). Secondo un rapporto di Médecins Sans Frontières (2020), sono proprio i minori ad essere maggiormente colpiti da questa situazione.

Questo quadro contribuisce in misura maggiore all'insorgenza di alcuni disturbi quali Disturbo Depressivo Maggiore (47 contro 27%); il Disturbo Borderline di Personalità (22 contro 9%) e il Disturbo da Stress Post-Traumatico (DSPT), che presenta un rischio dieci volte più elevato di svilupparsi rispetto ai minori nati nel paese ospitante e cinque volte più alto rispetto agli altri rifugiati (Demazure et al., 2018).

Se l'espressione "*trauma*" denota un'esperienza soverchiante in grado di creare una sorta di spartiacque tra un "prima" e un "dopo" nella vita dell'individuo (Montano & Borzi, 2019), il quale non possiede adeguate strategie di coping per fronteggiarla e adattarsi alla situazione (Vercillo & Guerra, 2019); l'espressione "*trauma complesso*" comprende tutti quei traumi interpersonali e continuativi che hanno ripercussioni profonde e pervasive sullo sviluppo dell'individuo. In particolare, si registrano alterazioni nelle seguenti aree: regolazione delle emozioni e controllo degli impulsi; somatizzazione; attenzione e consapevolezza; percezione di sé; sistemi di significato e rapporti interpersonali (Van der Kolk, 2015).

Inoltre, il Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso (C-PTSD) presenta differenti analogie con il Disturbo Borderline di Personalità (DBP), sebbene si differenzi da quest'ultima condizione per una maggiore persistenza e durata dei sintomi dissociativi e per una maggiore rilevanza degli eventi traumatici prolungati (Cloitre et al., 2014).

Le esperienze e la sintomatologia riportate dai MSNA sostengono come in molte circostanze una diagnosi di C-PTSD sarebbe più opportuna.

La letteratura mostra come il numero cumulativo di eventi traumatici vissuti, si configura come principale predittore del C-PTSD (Schauer et al., 2014). In una revisione di Morina (Morina et al., 2018) è emersa un'ampia eterogeneità dei tassi di prevalenza per i disturbi dell'umore (dal 5% all'80% specificatamente per la depressione) e per il PTSD (dal 3% all'88%).

Questi dati sottolineano il ruolo giocato dai fattori post-immigrazione (ad es. viaggi pericolosi; procedure lunghe di asilo; separazione dal nucleo familiare; disoccupazione e discriminazione) ma anche dai fattori di pre-immigrazione (ad es. l'esposizione a guerre, torture o persecuzioni; condizioni di povertà estrema; reclutamento forzato negli eserciti coinvolti in guerre civili; sfruttamento lavorativo o sessuale; matrimoni combinati in giovane età; maltrattamenti familiari; mutilazioni genitali, l'essere venduti a trafficanti di esseri umani o a famiglie adottive, condizioni di trascuratezza o neglect) sulla gravità e sulla prevalenza dei disturbi mentali (Foschino Barbaro, 2021; Foschino Barbaro & Mancini, 2017; Kartal et al., 2019; Siriwardhana et al., 2014).

A tal proposito, Schauer e Neuner (2010) adottano l'espressione "*Building Block Effect*" per descrivere la relazione quantità-effetto degli eventi traumatici sul vissuto soggettivo di sofferenza, sottolineando così le ripercussioni che si registrano sul senso di continuità personale, sulla percezione degli altri e del mondo (Vercillo & Guerra, 2019). Infatti, le esperienze vissute da questi minori sono tanto più drammatiche quanto più lungo è il viaggio intrapreso.

La principale fonte di stress traumatico è rappresentata dalla violenza che può presentare una differente natura (Schauer et al. 2014): sia organizzata (come guerre, conflitti armati, persecuzioni e violazioni dei diritti umani) che non organizzata (ad esempio violenza domestica, abuso sessuale o aggressioni e crimini contro l'individuo). I bambini e gli adolescenti, cresciuti in contesti familiari o sociopolitici disfunzionali sono spesso vittime di violenza domestica ed organizzata e presentano disturbi della sfera traumatica con compromissione delle funzioni integrative dell'attività mentale e conseguente esclusione di alcuni aspetti dell'esperienza dalla consapevolezza.

Dalla letteratura si riscontra come siano proprio gli adolescenti a manifestare più frequentemente un Disturbo da Stress Post-Traumatico (Henkelmann et al., 2020) in quanto l'adolescenza che costituisce di per sé un periodo critico, diviene maggiormente complesso a causa dei molteplici rischi associati alla migrazione. Infatti, gli adolescenti si trovano a dover affrontare la cosiddetta "triplice transizione": la transizione dall'adolescenza all'età adulta, la transizione dovuta alla migrazione con l'inserimento nel nuovo contesto culturale e sociale ed infine, la transizione relativa al superamento dei traumi vissuti prima, durante o dopo il viaggio (UNHCR Italia & OIM, 2019).

Hodes et al. (2008) considerano questi ragazzi come "*altamente a rischio e vulnerabili*" dal punto di vista psicologico e sociale. Infatti, gli MSNA rappresentano una popolazione ad alto rischio di insorgenza di sofferenza psicologica poiché il loro funzionamento e le loro capacità adattive vengono fortemente compromesse da esperienze altamente traumatiche (Edlund et al., 2018). Infatti, bambini con esperienze traumatiche presentano una "cristallizzazione" delle strategie difensive in veri e propri "modelli permanenti" di *coping*, attraverso i quali il trauma è negato, non elaborato o non rappresentato psichicamente ed emotivamente (Gerzi, 2005).

A tal proposito, Van der Kolk (2015) esplicita i correlati neurobiologici che rendono difficile nei bambini immigrati la narrazione coerente delle loro esperienze traumatiche: il cortisolo (secreto nell'organismo successivamente al trauma) attiva l'amigdala e inibisce il funzionamento dell'ippocampo e dell'area di Broca, impedendo dunque una memorizzazione degli eventi traumatici nella memoria semantica e quindi dichiarativa. Gli eventi traumatici, vengono quindi registrati come stati affettivi o senso-motori sottoforma di sensazioni fisiche o immagini visive (flashback o incubi). Di conseguenza, il trauma si configura non solo come "ferita con effrazione" ma comporta oltre all'insorgenza di sintomi ascrivibili prevalentemente al PTSD, anche disfunzioni metacognitive.

Questi dati sottolineano da un lato, come la natura e l'intensità delle esperienze stressanti pre e post-migratorie rappresentano dei fattori predittivi delle problematiche rilevate nei minori e dall'altro come sia fondamentale non tralasciare il ruolo ricoperto dai fattori di protezione, tra cui il senso di continuità tra passato, presente e futuro che contribuisce alla costruzione dell'identità; la consapevolezza di un progetto migratorio volontario e realistico; la fede e l'inserimento in gruppi etnici con lo stesso credo religioso.

Il presente lavoro illustra il funzionamento psicologico e la sofferenza di Marea, che dopo essere approdata da sola in Italia ha intrapreso un percorso psicoterapeutico nel tentativo di "trovare il suo posto nel mondo".

## La storia di Marea

Marea è una ragazza di 18 anni, di origini africane; si presenta ai primi incontri con i capelli sempre raccolti in quanto molto corti, ricci e indisciplinati; negli incontri successivi sfoggia invece una capigliatura con lunghe extensions legate in piccole trecce afro. Indossa generalmente leggings o abbigliamento che tende ad accentuare le sue forme corporee femminili, alquanto pronunciate. Giunge al primo colloquio, presso un Servizio pubblico di Psicologia, accompagnata da entrambi i genitori adottivi, su invio dell'EMI (Équipe Multidisciplinare Integrata) in quanto la psicologa dell'équipe in seguito ad una valutazione delle sue condizioni emotivo-comportamentali avrebbe riscontrato una condizione di malessere emotivo. Sin da subito si rileva nella ragazza una buona motivazione rispetto a un possibile percorso psicoterapeutico. Nei primi colloqui si è raccolta l'anamnesi individuale: Marea racconta di essere giunta in Italia

all'età di circa 11 anni dopo aver intrapreso un viaggio molto lungo di circa 2-3 mesi, in barca, dal suo piccolo paesino in Sierra Leone fino in Libia, dove racconta di aver incontrato per la prima volta suo padre (fino ad allora conosciuto solo tramite foto). Da qui sbarca in un paese del Sud Italia, trascorrendo i primi 6 anni presso una comunità educativa per minori stranieri non accompagnati, per poi essere affidata sine die, ad una coppia (senza prole), in seguito ad un periodo di familiarizzazione di circa un anno.

Dalla narrazione di Marea del suo viaggio per giungere in Italia, si riscontrano molteplici episodi traumatici cumulativi: la ragazza riporta di aver visto morire alcuni suoi compagni di viaggio, altri lanciarsi in mare dal barcone e di essere persino riuscita a sfuggire a tentativi di abuso e maltrattamento. Il viaggio di Marea verso l'Italia è stato intrapreso su iniziativa della madre che desiderava per la figlia un futuro migliore data anche la sua condizione di salute: la ragazza presenta infatti una sordità monolaterale all'orecchio destro (accertamenti medici successivi effettuati in Italia, hanno presupposto un'eziologia traumatica, sebbene non si registrino memorie relative).

Marea frequenta il quarto anno delle scuole superiori, registrando un buon rendimento scolastico; tuttavia sia nello svolgimento pomeridiano delle attività scolastiche che nelle attività didattiche in classe, è affiancata, rispettivamente da una pedagoga e da un'insegnante di sostegno con la finalità non solo di potenziare le metodologie di studio ma anche di fornirle una guida nelle attività didattiche e nella socializzazione pomeridiane. Infatti, Marea giunge in Italia in condizioni di analfabetismo, non avendo potuto frequentare in Africa alcuna scuola e ciò rappresenta un motivo di forte rabbia verso la comunità educativa che, a suo dire, se l'avesse seguita più accuratamente nello svolgimento delle attività scolastiche, ad oggi avrebbe avuto maggiori competenze.

Allo stato attuale la ragazza ha contatti sporadici con la madre (rimasta in Africa), non disponendo quest'ultima di un proprio telefono. Mentre per quanto concerne la figura paterna, non avendo il padre accettato di buon grado il progetto d'affido e avendo conseguentemente ripudiato la figlia etichettandola come una "*puttana, proprio come sua madre*", non vi sono più contatti di alcun tipo (anche con il nucleo familiare paterno allargato).

Nel tempo libero Marea frequenta un corso di palestra e l'oratorio, data la significativa partecipazione dei genitori adottivi alle attività della comunità parrocchiale, nel corso delle quali, la paziente manifesta una particolare propensione nella relazione con i bambini, che a suo dire le ricordano i suoi due fratelli più piccoli rimasti in Africa. Marea è infatti la terzogenita di 5 figli, il fratello maggiore (22 anni) è nato da una relazione precedente della madre con un uomo deceduto in guerra; un solo fratello biologico di 19 anni (che vive in Germania) e due fratelli più piccoli, entrambi consanguinei, rispettivamente di 14 anni e di 10 anni.

## Le sofferenze di Marea

Le memorie traumatiche del viaggio sono fonte in Marea di incubi, flashback o ricordi intrusivi, rimuginio e brevi stati dissociativi sia di notte (con conseguente insonnia) che di giorno quando si sente sola. La paziente esperisce tristezza e talvolta spavento al sopraggiungere di tali ricordi involontari che si manifestano con intrusioni visive e sensoriali, nel corso delle quali tende a rivivere parti di tali eventi dolorosi (ad es. i rumori degli spari dei trafficanti che minacciavano uomini e donne, i quali, in assenza di denaro, non potevano proseguire il loro viaggio o i pianti e i lamenti di coloro che invece subivano violenze fisiche e/o sessuali). Inoltre, quando alcuni suoi compagni di classe fanno battute sul colore della sua pelle o sul continente africano, Marea

presenta brevi stati dissociativi, nel corso dei quali tende a rivivere gli episodi di bullismo avvenuti durante la scuola media. Per la paziente, infatti, simili affermazioni dei compagni di classe costituiscono dei trigger di ricordi dei suddetti episodi di bullismo, innescando in lei emozioni di rabbia commista a profonda tristezza.

Questo quadro sintomatologico interferisce con la sua capacità di attenzione: Marea riporta di assentarsi mentalmente spesso in classe; alcune volte si spaventa perché tali stati dissociativi le danno la sensazione di non avere un controllo della propria mente; mentre altre volte le consentono di staccarsi emotivamente dalla sofferenza esperita. Riporta altresì di non riuscire a seguire conversazioni in maniera costante e talvolta ha difficoltà nel descrivere i propri stati interni.

Analogamente nel corso della terapia, si osservano nella paziente sintomi dissociativi e brevi assenze di consapevolezza soprattutto quando sono affrontati i ricordi sul viaggio o tematiche che le causano tristezza. Si osserva un evitamento cognitivo ed emotivo in Marea che tende solitamente ad eludere conversazioni sul passato che possono attivare il ricordo o si impone di non pensarci.

Marea manifesta un umore deflesso, si descrive incapace di provare felicità e priva di speranza rispetto al futuro.

Inoltre, si evince una vita relazionale estremamente povera: Marea non ha alcun amico/a intimo, fatta eccezione per due amiche della comunità con cui intrattiene ancora oggi contatti periodici.

Per tale ragione, a sua detta, preferisce poter contare solo su se stessa, non chiedere aiuto o confidarsi con qualcuno perché a suo dire gli altri non vorrebbero essere amica di *“una nera, che non parla benissimo l’italiano, che ha una storia di sofferenza”*. Tutti questi elementi la fanno sentire diversa ed esclusa dal gruppo, per cui tende a percepirsi distante emotivamente dagli altri e percepisce al contempo quest’ultimi come tali.

Inoltre, anche il rapporto con i suoi genitori adottivi viene descritto da Marea non in maniera completamente positiva, soprattutto con la madre rappresentata come molto normativa. Infatti, Marea racconta che nonostante abbia *“sacrificato”* dapprima la sua vita con il viaggio e successivamente il suo rapporto con il padre, per poter avere la famiglia che ha sempre desiderato e potersi sentire a casa, si considera in realtà un’ospite nel nuovo nucleo familiare ed estranea alle dinamiche familiari: ciò costituisce motivo di profonda rabbia e tristezza. Anche i litigi con i genitori si configurano come la causa di vissuti di solitudine con successivi ricordi intrusivi sul suo viaggio in barcone.

Tali vissuti di solitudine, esclusione e diversità le causano ansia rispetto al timore di poter essere abbandonata; un mix di profonda tristezza e rabbia auto ed eterodiretta (verso Dio e il destino), manifestate spesso con interrogativi sottoforma di ruminazioni depressive (ad es. *“Cosa ho fatto di male? Dio perché mi fai questo? C’è qualcosa di sbagliato in me?”*), le quali le procurano insonnia e talvolta pensieri parasuicidari accompagnati anche a gesti autolesivi (tagli).

Infatti, Marea riporta di tagliarsi quando è profondamente arrabbiata e triste, emozioni che le innescano spesso i suddetti pensieri parasuicidari (*“Se mi butto sotto una macchina?”*; *“Se mi faccio male?”*), mai agiti in quanto a suo dire qualcosa (sebbene non sappia definire di cosa si tratti) la blocca dall’attuare tali cognizioni. L’ideazione suicidaria è ricomparsa recentemente a luglio in seguito alla morte della zia, deceduta a giugno dello stesso anno a causa di un infarto durante una videochiamata WhatsApp con Marea. A seguito di questo episodio Marea chiede un aiuto psicoterapeutico. Infatti, la ragazza afferma che successivamente alla morte della zia, sono diventati più frequenti i flashback sugli episodi di bullismo (subiti durante la scuola media) e

sulle memorie traumatiche del viaggio verso l'Italia.

Dall'anamnesi emerge la presenza, già all'epoca delle scuole medie in comunità, a seguito dei continui episodi di bullismo e delle frequenti discussioni con le educatrici, di simili pensieri parasuicidari (agiti con un'overdose di farmaci, ingestione di un minimo quantitativo di bagnoschiama e tramite frequenti episodi di cutting).

Nonostante il ripresentarsi di questa sintomatologia nelle varie fasi della sua vita, Marea sembra esserne preoccupata.

## Assessment psicodiagnostico

Nella fase di assessment, sono stati somministrati degli strumenti psicodiagnostici sia alla paziente che ai genitori adottivi. Specificatamente alla paziente sono stato somministrati:

- il TSCC (Trauma Symptom Checklist for Children: *Valutazione delle conseguenze psicologiche di esperienze traumatiche* - Di Blasio et al., 2011) che indaga le conseguenze psicologiche di possibili esperienze traumatiche. Dal questionario si rilevano punteggi clinici nelle seguenti sottoscale, quali "Depressione" (T= 73); "Ansia" (T = 70); "Dissociazione-Fantasy" (T=71); "Dissociazione" (T=67). Emergono punteggi clinici anche negli Indici: "Indice Sintomatologico" (T=90); "Indice Sintomatologico: componente Post- Traumatica" (T=70) e "Indice Sintomatologico: componente dissociativa" (T=90). Si rileva un punteggio border nella sottoscala: "Stress Post-Traumatico" (T=61);
- la batteria SAFA (Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti - Cianchetti & Sannio-Fancello, 2001.) per la valutazione dei sintomi psicopatologici nell'età evolutiva, dalla quale emergono punteggi clinici nelle seguenti sottoscale: "Ansia da separazione" (T = 80); "Senso inadeguatezza, bassa autostima" (T = 78); "Disperazione" (T = 73); "Dubbio- indecisione" (T = 73) e nella scala "Ansia Totale" (T = 72). Inoltre, emergono punteggi border nelle scale: "Depressione Totale" (T = 69) e "Disturbi alimentari Totale" (T = 69) e nelle sottoscale: "Condotte anoressiche + accettazione - valutazione del proprio corpo" (T = 69); "Ansia generalizzata" (T= 68); "Umore irritabile" (T = 68); "Condotte bulimiche" (T = 68); "Condotte anoressiche" (T= 67); "Accettazione- valutazione del proprio corpo" (T = 66); "Ansia relativa alla scuola" (T = 65); "Anedonia, disinteresse" (T = 65).

Alla coppia genitoriale è stata somministrata la CBCL (*Child Behavior Checklist*; Frigerio et al., 2006) per la valutazione del comportamento di Marea, rilevando, come indicato in **tabella 1**, il seguente profilo.

Le problematiche e la sintomatologia lamentate da Marea sono complessivamente egodistoniche e sono inquadrabili in una diagnosi di Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso (C-PTSD) e Disturbo Borderline di Personalità (DBP).

La diagnosi di C-PTSD, oltre a includere la sintomatologia del PTSD, (rivivere l'evento traumatico attraverso pensieri intrusivi, flashback e incubi; evitamento e senso di minaccia), comprende una costellazione di sintomi che si estende oltre quelli del PTSD stesso, quali disregolazione affettiva, concetto di sé negativo e disturbi nelle relazioni, che spesso derivano da traumi prolungati o ripetitivi, come abusi infantili o violenza domestica prolungata sottolineando la natura interpersonale delle esperienze traumatiche gravi e cumulative (Pugliese et al., 2024).

Nella storia di Marea si rintracciano diversi fattori di vulnerabilità che hanno contribuito all'insorgenza del C-PTSD in comorbilità ad aspetti sintomatologici del DBP.

**Tabella 1** Profilo di Marea emerso dalla somministrazione della CBCL ai genitori adottivi

SCALE DEI PROBLEMI	Punti T	
Ansia / Depressione	78**	*Punteggio nel range clinico borderline (67-70)
Ritiro / Depressione	70**	**Punteggio clinicamente significativo (>70)
Lamentele somatiche	70**	
Problemi sociali	69*	
Problemi di pensiero	70**	
Problemi di attenzione	63	
Comportamento delinquenziale	60	
Comportamento aggressivo	61	
INTERNALIZZAZIONE	74**	*Punteggio nel range clinico borderline (60-63)
ESTERNALIZZAZIONE	61*	**Punteggio clinicamente significativo (>63)
TOTALE	70**	
<b>SCALE ORIENTATE AL DSM</b>		*Punteggio nel range clinico borderline (65-70)
		**Punteggio clinicamente significativo (>70)
Problemi affettivi	77**	
Problemi d'Ansia	68*	
Problemi Somatici	62	
Problemi di deficit di Att./ Iperatt.	60	
Problemi Oppositivi/ Provocatori	56	
Problemi di Condotta	51	
		*Punteggio nel range clinico borderline (65-70)
		**Punteggio clinicamente significativo (>70)
Rallentamento cognitivo	70**	
Problemi Ossessivo/ Compulsivi	70**	
Problemi da Stress Post-Traumatico	70**	
<b>SCALE DELLE COMPETENZE</b>		
Attività	35*	*Punteggio nel range clinico borderline (30-33)
Socialità	26**	**Punteggio clinicamente significativo (<30)
Scuola	43	
TOTALE	26**	*Punteggio nel range clinico borderline (37-40)
		**Punteggio clinicamente significativo (<37)

## Profilo interno del disturbo

Per quanto concerne la sintomatologia post-traumatica complessa, le difficoltà di concentrazione e i flashback sono valutati da Marea stessa, come prova della perdita di controllo sulla propria mente; mentre i gesti autolesivi e le manifestazioni di rabbia come prova del fatto che nulla sarà più come prima: ciò contribuisce a mantenere attiva la percezione di minaccia che innesca a sua volta una reazione automatica cognitiva e comportamentale finalizzata a contenere il pericolo ma che di fatto finisce per mantenere il disturbo.

Sul piano cognitivo, infatti, i tentativi di soppressione dei ricordi da parte della paziente ne aumentano la persistenza; la ruminazione facilita il riaffiorare delle memorie traumatiche e rinforza l'attenzione sui segnali di minaccia (episodi di esclusione fungono da trigger per ricordi intrusivi sugli episodi passati di bullismo). Invece, sul piano comportamentale Marea attua una strategia di evitamento di conversazioni sul proprio passato.

I flashback (prevalentemente degli episodi di bullismo) e l'intera sintomatologia post-traumatica contribuiscono a mantenere la percezione di sé come persona indegna e colpevole (Beck et al., 1990), inducendole uno stato di profonda tristezza e rabbia.

Inoltre, è possibile rintracciare in Marea alcuni nuclei tematici, tipici del Disturbo Borderline di Personalità che tendono a potenziarsi e a mantenersi l'un l'altro e che permettono di spiegare altri suoi aspetti sintomatici, quali i gesti autolesivi (i tagli). Infatti, l'instabilità si rintraccia nella paziente, nell'umore caratterizzato da reazioni emotive intense e nelle oscillazioni dell'identità non integrate; mentre l'impulsività è espressa tramite disregolazione emotiva, difficoltà a controllare la rabbia e atti autolesivi.

Marea sperimenta in modo ricorsivo differenti stati mentali, tipici del DBP (Dimaggio & Semerari, 2003):

- 1) *Sé indegno*: ben evidente nella credenza che vi sia qualcosa in sé di profondamente sbagliato, folle e mostruoso, derivante sia dall'esperienza inizialmente di abbandono e successivamente di rifiuto da parte del padre che da episodi di bullismo che hanno contribuito a mantenere tale schema di difettosità e di inamabilità. Inoltre, questo primo nucleo psicopatologico del Sé indegno, si concretizza in Marea nello stato auto-invalidante dei propri sentimenti di rabbia e disforia con conseguente disprezzo verso se stessa e verso i propri stati interni. Accanto a questa rabbia auto- diretta, vi è una rabbia eterodiretta derivante invece, dalla credenza della paziente di essere vittima del proprio destino e di aver subito un'ingiustizia. Infatti, Marea si interroga con ruminazioni depressive (con conseguente insonnia) sui motivi per cui Dio le avrebbe destinato una simile sorte. Tali quesiti rinforzano la credenza che vi sia in lei realmente un Sé colpevole e difettoso ("*Faccio schifo, c'è qualcosa in me di sbagliato di cui sono colpevole*"), alimentato dal Mood Congruity Effect che richiama alla sua memoria episodi considerati prove della propria indegnità e inadeguatezza personale (ad es. i diversi episodi di bullismo o l'episodio in cui il padre l'ha offesa verbalmente ripudiandola).
- 2) *Sé-solo*: un tema di sradicamento e solitudine derivante rispettivamente dalla sua storia di vita di esule e dall'assenza di legami e figure di riferimento nella terra ospitante che la portano ad autodescrivere come uno "*scheletro che cammina*";
- 3) *Sé-escluso*: un tema di esclusione-rifiuto che sembra organizzare l'esperienza soggettiva della paziente in modo centrale e che si configura come un nucleo tematico di esclusione reale derivante sia dagli episodi passati di bullismo che dall'attuale scarsa integrazione sociale.

Il secondo e il terzo nucleo tematico, relativi rispettivamente alla solitudine, al vissuto di radicamento e al senso di estraneità (stati di minaccia), le causano un senso di vuoto (“*Sono sola nell’universo, cioè non posso contare sulle mie radici, sulla mia storia*”), e un conseguente stato emotivo di rabbia con successivo ricorso ai tagli come strategie di coping disfunzionali (Linehan, 1993). Infatti, i tagli rappresentano una strategia che l’aiuta a tranquillarsi solo nel breve termine (in quanto non può ricevere aiuto dall’esterno a causa della propria indegnità), per poi farla sentire ancora più inadeguata e in colpa. Tali vissuti tendono a loro volta a rinforzarsi reciprocamente con conseguente significativa deflessione del tono dell’umore (Cotugno & Benedetto 1995).

In sintesi, tali atti autolesionistici sembrano assumere in Marea una funzione non solo di regolazione emotiva (funzione calmante e anestetica) in presenza di emozioni negative eccessive (rabbia e tristezza) derivanti da un Sé indegno ma sono anche espressione di una espiazione di questo Sé colpevole (“*io mi punisco perché faccio schifo*” → stato di colpa e riparazione della colpa).

Nella **tabella 2** è sintetizzato, secondo il modello cognitivo di Ellis (1962), i processi di pensiero che conducono Marea ad agire diversi *pattern* comportamentali.

**Tabella 2.** Schema di funzionamento mentale di Marea, con tecnica ABC, esemplificativo dello Stato di Sé indegno e colpevole (tipico del DBP)

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
Sono a lavoro, in bagno e ripenso al fatto che ho sbagliato una comanda al lavoro	<p><i>Sono un’incapace, non so nemmeno leggere e scrivere come gli altri o aprire un discorso come sanno fare loro</i></p> <p><i>Che ho fatto di male? Sono io sbagliata? Dio ce l’hai con me?</i></p>	<p>Tristezza (90)</p> <p>Rabbia (100) auto ed eterodiretta (100)</p> <p>Comportamento: si taglia</p>
<b>A1</b>	<b>B1</b>	<b>C1</b>
Tagli (pensa al fatto che si è tagliata)	<p><i>Non mi riconosco più, non sono più quella bambina sorridente che ha lasciato l’Africa</i></p>	<p>Disprezzo per se stessa</p> <p style="text-align: center;">▼</p> <p>Sé indegno e colpevole</p>

- 4) *Sé-vulnerabile*: che consiste nella percezione di poter essere facilmente ferita. Il Sé-Vulnerabile quindi, si configura come una rappresentazione interna probabilmente secondaria ai due nuclei tematici Sé-solo e Sé-escluso. In sintesi, il sé vulnerabile di Marea è ben rappresentato in termini di minaccia/rifiuto/abbandono e solitudine, in cui gli altri sono raffigurati come non degni di fiducia perché diversi da lei e di conseguenza come minacciosi e capaci di ferire.

Quando tale evenienza sembra realizzarsi, ad es. quando si verificano discussioni con i pari o con i genitori adottivi, in cui il suo vissuto di solitudine sembra diventare rispettivamente esclusione reale dal gruppo o dalla famiglia, Marea inizia a lamentare sintomi di ansia e attacchi di panico.

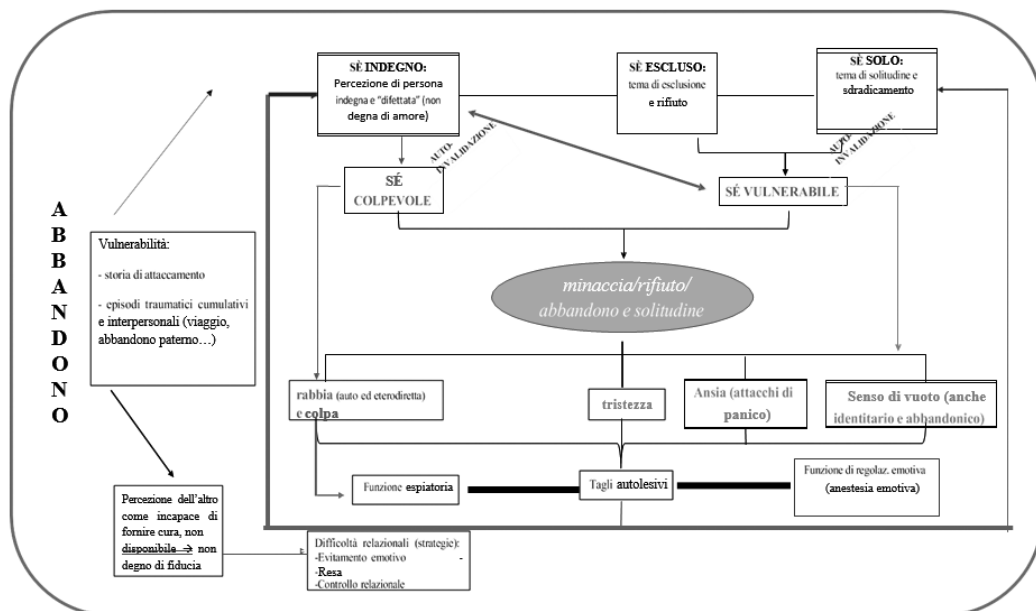
Infatti, le credenze “*Sono impotente e vulnerabile*” e “*Sono intrinsecamente inaccettabile*” che comportano una bassa autostima, contribuiscono a mantenere uno stile cognitivo di ipervigilanza (tipico anche della sintomatologia post-traumatica), secondo cui meccanismi di attenzione selettiva la inducono a leggere segnali di abbandono nelle relazioni (Gunderson, 2001) sostenendo la credenza che il mondo sia pericoloso e che gli altri siano malevoli (“*Non mi posso fidare degli altri*”; “*Gli altri non vogliono essere miei amici*”). In sintesi, sia il Sé vulnerabile che il Sé indegno, spesso commisti (Young, 1990) sono percepiti come segnale di pericolo, a cui Marea cerca di sottrarsi entrando in uno stato di vuoto e di anestesia emotiva e cognitiva: si realizza così il ciclo “*indegnità/vulnerabilità- vuoto-gestione disregolata- indegnità/vulnerabilità*” e questo stato di distacco emotivo si pone per la paziente come una strategia di evitamento della sofferenza soggettiva e contemporaneamente come fattore di rischio per atti autolesivi.

Nello schema che segue (**figura 1**), è possibile rintracciare i differenti stati mentali che si attivano in Marea.

Inoltre, dallo schema, si possono rilevare in Marea due anti-goal importanti che se si realizzassero sarebbero vissuti dalla paziente con profonda tristezza in quanto prova e conferma della propria Indegnità quali: a) l’evitamento delle emozioni negative e b) l’evitamento del rifiuto e dell’abbandono altrui. L’evitamento delle emozioni negative si manifesta tramite episodi di dissociazione, distacco nei confronti degli altri, comportamenti autolesivi (tagli) e ricorso all’alcool (seppur in un singolo episodio in seguito a un litigio con la madre adottiva).

L’abbandono temuto proprio perché di colore, sola, “colpevole/difettosa” e diversa, si accompagna nella paziente all’aspettativa che sarà rifiutata, tradita, abbandonata e non amata da nessuno poiché portatrice di una storia di sofferenza, che ne aumenta la sensazione di “diversità” rispetto agli altri. Tali timori vengono assunti come realtà (a causa di un deficit di differenziazione) e inducono Marea a mettere in atto nelle relazioni una strategia di coping di evitamento emotivo o di controllo relazionale, che la portano a mostrarsi sempre forte e sorridente, dettata dalla credenza che nessuno vuole essere amica di una debole, di una che “*non vale nulla*”. Ciò le causa in alcuni casi, rabbia e tristezza con conseguente ricorso ai tagli come coping con funzione di regolazione emotiva. Infatti, in Marea la disregolazione emotiva oscilla tra la difficoltà nel trovare conforto (tipico del C-PTSD e che si correla a un senso di colpa, vergogna e inutilità) e la tendenza a manifestare una forte rabbia, talvolta incontrollata come strategia di coping (tipico del DBP e che riguarda un senso di sé più frammentato e interrotto). In Marea si rintraccia quindi, l’iperattivazione rabbiosa tipica del Disturbo Borderline di personalità, in combinazione con la paura dell’abbandono e l’agire impulsivo nelle relazioni. Questa ostilità relazionale reattiva appare alternata al coinvolgimento e al disimpegno per evitare l’abbandono reale o immaginario. In altre situazioni, invece, per scongiurare l’abbandono, Marea impiega lo stile di

Figura 1. Schema del funzionamento mentale di Marea e dei cicli interpersonali che si innescano



coping della resa: la paziente tende a manifestare un atteggiamento compiacente soddisfacendo i bisogni e i desideri altrui, anteponendoli ai propri. Racconta che spesso tende a ricercare l'affetto e la vicinanza in relazioni promiscue che se si interrompono rapidamente, contribuiscono a incrementare in lei i vissuti di rabbia, sia perché si pone in una condizione remissiva sia perché risulta rinforzata e mantenuta la credenza di vulnerabilità e indegnità e pertanto degna di essere "abbandonata".

### Fattori e processi di mantenimento

I processi di invalidazione ricorsiva, riscontrata sia nell'ambiente familiare biologico che successivamente in quello adottivo, a cui si aggiungono i processi di auto-invalidazione, contribuiscono a mantenere i suoi nuclei tematici. Infatti, il non soddisfacimento dei bisogni di stabilità, sicurezza, cura e del senso di identità nell'ambiente domestico unitamente alla tendenza di Marea di nascondere e/o inibire le proprie emozioni di tristezza o di rabbia si traducono nell'autoimporre di non sentire ciò che prova o di sorridere anche quando è triste.

Inoltre, i suoi stati mentali e la sua sintomatologia sono mantenuti da specifiche distorsioni cognitive: a) doverizzazioni ("non devo essere debole"), con ripercussioni paradossali sulla disregolazione emotiva; b) amplificazioni e catastrofizzazione degli eventi che le causano una sensazione di impotenza e la credenza che non vi sia alcuna possibilità di cambiamento; c) pensiero dicotomico (buono/cattivo; tutto/nulla; bianco/nero) circa i rapporti (gli altri o mi danno completamente l'aiuto che necessito o sono assenti); d) mood congruity effect: lo stato

emotivo induce nella paziente un'ideazione congruente all'umore che, a sua volta, rinforza lo stato deflesso. Infatti, nel Modello della Cascata Emotiva – MCE (Selby et al., 2008) nei pazienti con BPD, la disfunzione emotiva, nonché l'affetto negativo può dipendere da un'ampia gamma di processi cognitivi maladattivi, tra cui la ruminazione. Questa, a sua volta amplifica l'affetto, ossia intensifica i vissuti di rabbia, compromettendo le relazioni e inducendo un circolo vizioso che culmina in comportamenti disregolati (ad es. gesti autolesivi) che costituiscono una strategia di distrazione dell'attenzione dall'affetto negativo.

Infine, la strategia di evitamento esperienziale (anche tramite stati dissociativi o comportamenti autolesivi ed impulsivi) non consente alla paziente di confutare la sua credenza sulle emozioni (“la rabbia e la tristezza sono intollerabili”) e di esperire che queste per quanto dolorose sono in realtà temporanee e accettabili.

Inoltre, si possono riscontrare in Marea delle disfunzioni metacognitive, nello specifico, le funzioni di monitoraggio, di integrazione e di differenziazione che non le consentono di identificare e gestire i suoi stati interni e di differenziare le proprie fantasie dalla realtà.

Nello specifico, rispetto al primo deficit di monitoraggio, Marea ha manifestato notevoli difficoltà nell'individuare i propri stati mentali. Rispetto al deficit di integrazione, la narrazione caotica e ricca di tematiche spesso non correlate, mostra come Marea oscilli in modo instabile tra le diverse e non integrate rappresentazioni di sé, con ripercussioni sul suo senso di identità (“*Io non so più chi sono, cosa è il bene o il male...*”). La paziente, infatti, racconta di avere tre parti opposte: una vittima di un destino spregevole; una buona che tende a spronarla nel superare le difficoltà della vita (la parte salvifica) e una malevola che invece la inciterebbe a mollare e a farsi del male (parte persecutrice). Anche la rappresentazione della madre adottiva oscilla tra una raffigurazione rifiutante e critica e una emotivamente presente; così come quella degli altri oscilla in modo separato e contraddittorio tra una loro idealizzazione e svalutazione (gli altri sono sia più forti, perfetti e amabili che controllanti).

Questa disfunzione integrativa contribuisce a mantenere l'instabilità emotiva di Marea, che fluttua in maniera alternata da un lato tra lo stato di rabbia/ingiustizia subita e il ciclo invalidante (quando le aspettative e l'investimento sulle poche amiche di comunità vengono facilmente deluse) e dall'altro tra lo stato di minaccia, solitudine e perdita (che invece si realizza quando Marea interpreta ogni minimo allontanamento delle sue amiche come conferma di un loro abbandono perché appunto non degna di amore).

Infine, rispetto al deficit di differenziazione, si riscontra una difficoltà nella paziente nel differenziare i propri pensieri dalla realtà: infatti Marea crede fortemente che parlare del suo passato corrisponda a riviverlo. Dimaggio e Semerari (2003) sostengono che nei pazienti DBP i deficit di integrazione e disregolazione emotiva possono influenzarsi reciprocamente senza che vi sia una relazione gerarchica secondo cui l'uno risulta primario rispetto all'altro. Il deficit di differenziazione, invece, si pone in una posizione più subordinata rispetto ai primi due deficit, sebbene non sempre dipenda da questi.

## Lo scompensamento ed esordio

Dalla narrazione di Marea si evincono come fattori scompensanti sia il viaggio intrapreso per giungere in Italia con le molteplici esperienze sfavorevoli che hanno connotato tale odissea, che il successivo inserimento in quinta elementare in Italia. Infatti, risalgono proprio a questo primo periodo scolastico sia i primi episodi di bullismo (nonché le prime offese e le denigrazioni sul colore della sua pelle, sui suoi capelli ricci etichettati dagli altri bambini come quelli di un

maschio proprio perché indisciplinati e molto corti) che i primi episodi di esclusione, come i mancati inviti alle feste di compleanno dei suoi compagni di classe.

Tali eventi hanno contribuito alla formazione di credenze negative su di sé: in particolare il colore della sua pelle diviene fonte e al contempo prova della sua indegnità, motivo per cui Marea racconta che spesso ha cercato di usare creme per schiarire la sua carnagione. Tutto ciò ha contribuito a causarle un vissuto di diversità e di esclusione/solitudine incrementandole e rinforzandole al contempo anche la sensazione di essere esule e lontana dai suoi familiari e dalla sua terra (*“Sono sola e diversa dagli altri”*).

Marea racconta di essersi tagliata la prima volta in prima media, quando gli episodi di bullismo sono diventati più intensi. Racconta che alcune amiche di classe all’uscita della scuola, paragonavano il colore della sua pelle a quello delle feci e la incitavano continuamente ad uccidersi con frasi *“Ma perché non ti uccidi, non vali niente!”*; per cui spinta da una forte rabbia, scaturita dalla sensazione di diversità (*“Mi facevano “schifare” di me stessa, del mio colore della pelle, mi isolavano...”*), Marea si è fermata dietro un cassonetto sentendo il bisogno e l’impulso di tagliarsi con delle forbici.

In seguito a tali episodi sono comparsi i pensieri parasuicidari e gli agiti autolesivi, di gravità progressivamente crescente (ingestione di detersivi, tagli profondi sulle braccia, urti del capo contro il muro fino a procurarsi sangue...). Tale sintomatologia si verificava ogni volta subiva offese sul colore della sua pelle, commenti sulla sua difficoltà nello scrivere e parlare correttamente la lingua italiana e anche in seguito a discussioni con le educatrici della comunità. Infatti, questi eventi le confermavano rispettivamente la percezione di estraneità/esclusione e solitudine.

Inoltre, risalgono sempre in prima media la comparsa dei primi flashback sul suo viaggio.

## Fattori di vulnerabilità

Rispetto alla sua prima infanzia, Marea riporta di non avere molti ricordi e che la sua cura è stata delegata alla zia materna fino al primo anno di vita. Riporta di essere stata una bambina con facile irritabilità e scoppi di rabbia (da cui si può evincere una disregolazione emotiva a livello temperamentale). L’allontanamento sia materno, motivato da esigenze economiche che quello paterno (che ha lasciato la madre nel suo periodo di gestazione) sono interpretati da Marea come abbandoni che contribuiscono alla sua credenza *“Sono una che non merita nemmeno l’amore dei suoi genitori”*, determinando altresì una spiccata sensibilità al senso di vuoto e un tema di vita abbandonico. Proprio a causa di questo vissuto, la paziente afferma di intrattenere diverse frequentazioni con i ragazzi. Inoltre, Marea, essendo nata da una relazione extra-coniugale, veniva etichettata dal nonno paterno e da alcuni membri della famiglia allargata paterna con appellativi come *“puttana”*, contribuendo così alla sua credenza che vi fosse qualcosa in sé di sbagliato.

Nell’ambiente familiare in cui è cresciuta Marea, si rintracciano alcuni aspetti di invalidazione emotiva (frustrazione dei bisogni di fiducia e sicurezza): da piccola infatti, ha provato a sopprimere le sue emozioni di tristezza (per la mancanza della figura paterna) una volta resasi conto che i suoi interrogativi su dove fosse il padre non facevano altro che incrementare uno stato di tristezza nella madre, la quale le raccontava che suo padre era morto (la paziente scopre che in realtà il padre è vivo quando deve intraprendere il viaggio per raggiungere l’Italia). Le bugie materne sul padre e la messa in discussione da parte di questi (una volta conosciuto) della sua paternità, comportano la credenza in Marea di non potersi fidare di nessuno (*“Mi hanno*

*confuso il cervello*”).

La madre viene descritta dalla paziente come una donna molto forte e combattiva, che ha affrontato molteplici difficoltà senza farsi soccombere dalle stesse: ciò ha determinato la credenza che si deve essere forti e che i dolori vanno nascosti, impedendo l'apprendimento di un adeguato lessico emozionale (“*Mamma è sempre stata brava a nascondere le sue emozioni*”).

Il viaggio intrapreso in solitudine e la deprivazione emotiva vissuta nel corso degli anni hanno determinato la credenza “*sono sola al mondo, devo contare solo su me stessa!*”.

Invece, gli episodi di bullismo hanno contribuito a incrementare la percezione di sé come quella diversa e sbagliata (Dimaggio & Semerari, 2003). Ogni volta che Marea provava a condividere con gli operatori della comunità i propri vissuti di sofferenza conseguenti a tali episodi di denigrazione, non riceveva l'affetto che ricercava: ciò le ha veicolato e confermato il messaggio che è sola e che nessuno può offrirle aiuto e accogliere la sua sofferenza.

L'auto-invalidazione che Marea mette in atto verso i propri stati interni di rabbia auto ed etero- diretta si traduce in una forte tendenza all'autocritica, alla colpevolizzazione e all'autosvalutazione (“*Forse sono io che ho qualcosa che non va, che sono sbagliata*”). Infatti, si può osservare come derivi dalla sua storia di vita (connotata da differenti episodi traumatici e da atteggiamenti di auto/invalidazione emotiva) una combinazione tra la credenza “paranoidea” (“*Gli altri sono malevoli e malfidati*”) e la credenza di fragilità dettata dalla sua condizione di solitudine (“*Io sono sola, incapace e debole, mentre gli altri sono forti e capaci*”).

## Il trattamento

Il trattamento terapeutico ha previsto delle sedute a cadenza settimanale con due incontri psicoeducativi effettuati con i genitori (e concordati con la paziente) sulla sua disregolazione emotiva e sul suo funzionamento psicologico.

In fase anamnestica sono stati somministrati dei questionari psicodiagnostici e nella fase preliminare è stato fatto firmare a Marea un consenso informato e consapevole riguardo all'impegno, definendo obiettivi realistici e condivisi.

Si è adottato il protocollo cognitivo-comportamentale di trattamento del Disturbo Borderline di Personalità, ossia la terapia dialettico-comportamentale, nota con l'acronimo DBT (Linehan, 1993). Inoltre, si è ritenuto opportuno utilizzare le indicazioni di trattamento del Disturbo Borderline di Personalità (DBP) della Terapia Metacognitiva Interpersonale (Dimaggio & Semerari, 2003) unitamente a tecniche cognitive standard (Beck et al., 1990) per le disfunzioni metacognitive riscontrate nella paziente.

Il modello di Linehan si fonda sul fatto che i pazienti DBP abbiano una disregolazione emotiva su base temperamentale e che siano cresciuti in un ambiente invalidante con conseguente acquisizione di un'autoinvalidazione. L'obiettivo della DBT è quello appunto, di ridurre la disregolazione emotiva e i comportamenti suicidari o parasuicidari attraverso appositi skills training.

Invece, il modello di Beck afferma che alla base del DBP vi sono tre credenze di base 1) il mondo è pericoloso e gli altri sono malevoli; 2) sono intrinsecamente inaccettabile (Pretzer, 1990) e 3) sono impotente e vulnerabile. Queste credenze implicano un senso di identità debole e stili cognitivi specifici, quali ipervigilanza e pensiero dicotomico. Arntz (2016) suggerisce come sia fondamentale considerare nel trattamento, in maniera combinata, le esperienze maladattive precoci e le credenze patogene del paziente, nonché la combinazione tra la credenza paranoidea (“gli altri sono malevoli”) e quella dipendente (“sono incapace e debole e gli altri sono forti e

capaci”).

Infine, il trattamento metacognitivo del Disturbo Borderline di Personalità pone il focus sui deficit di monitoraggio, differenziazione e di integrazione, frequenti in questi pazienti (Dimaggio & Semerari, 2003).

## Contratto e scopi del trattamento

Secondo il protocollo del trattamento di comprovata efficacia del Disturbo Borderline di Personalità della Linehan che tiene conto di scopi, credenze e comportamenti disfunzionali del borderline, la terapia è stata suddivisa in tre fasi: 1) diminuzione dei comportamenti parasuicidari, di quelli interferenti con la terapia e dei deficit comportamentali favorendo l'apprendimento di abilità comportamentali (tramite skills training DBT di mindfulness, regolazione delle emozioni e di tolleranza della sofferenza mentale/angoscia); 2) riduzione dello stress post-traumatico; 3) incremento del rispetto di sé e raggiungimento di obiettivi individuali (fase non attuata).

Inoltre, si è cercato, attraverso la terapia metacognitiva interpersonale di promuovere in Marea una maggiore consapevolezza dei propri stati mentali problematici caratteristici e ricorsivi, nonché una maggiore consapevolezza della relazione tra gli stati mentali, le disfunzioni metacognitive e i cicli interpersonali disfunzionali al fine di facilitare le abilità meta-rappresentative (monitoraggio dei propri stati interni; differenziazione sé/altro e integrazione) e modificare la percezione della sua storia in termini di forza e resilienza piuttosto che di debolezza, indegnità e vulnerabilità.

## Razionale e descrizione della terapia

L'obiettivo iniziale della terapia è stato innanzitutto la regolazione del setting attraverso la sottoscrizione di un contratto terapeutico, presentato alla paziente come impegno alla cura e definendo *insieme* gli impegni reciproci nella terapia: la paziente si impegnavo a non mettere in atto tali agiti, stilando una lista di persone da contattare durante le crisi. Di contro, si è comunicato a Marea che anche la terapeuta si sarebbe impegnata nella terapia. L'obiettivo era quello di ridurre la frequenza e l'intensità dei comportamenti disfunzionali (pensieri parasuicidari; gesti autolesivi, tagli).

Marea è apparsa inizialmente molto collaborativa, grazie anche alla sua motivazione intrinseca al trattamento. Preziosa è risultata essere la condivisione con la paziente del suo modello di funzionamento, ricostruito coinvolgendola attivamente e sottolineando più volte quanto fosse fondamentale il suo contributo. Si è condiviso con Marea la funzione calmante ed espatoria dei tagli mostrando come questi pattern comportamentali tendono a rinforzare la percezione di sé come vulnerabile/indegna e di conseguenza innescano lo stato di rabbia/ingiustizia subita comportando l'attivazione del ciclo auto- invalidante. Infatti, secondo Dimaggio e Semerari (2003), la rabbia è continuamente alimentata da un'ideazione centrata su torti subiti, reali o immaginari, con prevalenza di temi persecutori e tendenza ad atti aggressivi auto o etero-diretti e in cui il dialogo interno assume le sembianze di un tribunale dove i personaggi della scena mentale si accusano vicendevolmente e il cui verdetto tende a stabilire chi è intrinsecamente sbagliato.

La normalizzazione e la validazione emotive sono risultate essere fondamentali nel contrastare l'auto- invalidazione e l'invalidazione ricorsive: si è validato soprattutto il desiderio di Marea di lenire la propria sofferenza tramite abbuffate o agiti maladattivi, giudicati successivamente da se stessa come tentativi di problem-solving disfunzionali e come conferma della propria indegnità/vulnerabilità. Questi aspetti le impedivano l'accesso a stati mentali adattativi in grado di farla

sentire meno inadeguata e vulnerabile. Preziosa, dunque, è risultata essere la validazione costante, nel corso della terapia, del suo timore di apparire vulnerabile o della paura di esprimere i suoi stati interni, correlata alla credenza di non essere in grado di gestire le emozioni negative. Kernberg (1975), a riguardo, individua in questi pazienti uno stato caratterizzato da “autocritica, insicurezza e inferiorità” e sostiene che questa condizione rifletterebbe l’interiorizzazione di sé come persona sbagliata che è cresciuta in un ambiente invalidante. Inoltre, la strategia della validazione emotiva ha consentito di ridurre anche i comportamenti interferenti con la terapia (demotivazione, indisponibilità nell’affrontare alcune tematiche) poiché ha consentito di legittimare la sua sofferenza alla luce della sua storia di vita e di non assumere un atteggiamento giudicante delle sue risposte emotive. Tutti questi aspetti hanno determinato una riduzione in Marea del suo atteggiamento auto-invalidante. A riguardo, la tecnica dell’autosvelamento ha consentito di confrontare la paziente sulle implicazioni che il suo comportamento di resistenza nell’affrontare e condividere alcune tematiche (espressioni frequenti erano: “*Non so*”; “*Non mi va di parlare di questo*”) aveva sulla figura del terapeuta, esplicitando il senso di impotenza e il conseguente stato di tristezza che questi era solito provare.

Per incrementare la cooperazione alla terapia è stato utile adottare uno stile comunicativo caratterizzato da reciprocità comunicativa, responsività (manifestando interesse per le parole, desideri, bisogni, comportamenti e gli insight della paziente), accoglienza e autenticità; tutti elementi che hanno favorito un clima di calore e intimità nella relazione, nonché di validazione dei suoi bisogni. A riguardo la Linehan (1993) descrive l’invalidazione del sé come un pattern comportamentale che si organizza in una dimensione dialettica il cui polo opposto è il pattern della “vulnerabilità emozionale”.

Si è dunque condiviso con Marea che è possibile comprendere il significato e la natura dei suoi pensieri, delle sue azioni e delle regole tacite che sottintendono il suo comportamento: in questo modo è stato anche possibile ridurre il senso di responsabilità delle sue reazioni emotive e comportamentali. Inoltre, si è rinforzata la motivazione al cambiamento enfatizzando la natura egodistonica e la problematicità di tali comportamenti e restituendo alla paziente la possibilità di migliorare la sua qualità di vita mediante un incremento del suo senso di agency sul presente e futuro.

Nella fase successiva si è cercato, attraverso il ricorso alle tecniche standard di *dialogo socratico* e di *scoperta guidata*, con l’ausilio anche di piccoli “esperimenti comportamentali” o di metafore (ad es. le emozioni sono state paragonate a delle onde che vanno e vengono e che spesso, per impedire il loro fluire e refluire viene costruita una sorta di barriera) di ristrutturare le credenze di sé come indegna, del mondo come pericoloso, degli altri come malevoli e la credenza sulla natura permanente degli stati emotivi e quella secondo cui sarebbe incapace e al contempo intollerabile esperire emozioni negative. Ciò è stato possibile grazie anche a una psicoeducazione sulle funzioni (ad es. funzione comunicativa o di validazione) e sulla finestra di tolleranza delle emozioni, sulla loro natura transitoria e pertanto tollerabile (vs. strategia del controllo) e tramite un continuo intervento di validazione del fatto che è “normale” esperire emozioni negative.

Inoltre, sempre nella prima fase della terapia si è cercato di individuare modalità più adattive e funzionali di problem-solving come pattern comportamentali di risposta allo stress. Inizialmente è stato previsto, tra le tecniche impiegate secondo il modello della DBT della Linehan, un diario settimanale attraverso cui è stato possibile monitorare la comparsa del comportamento-problema (tagli) o l’uso di tabelle pro e contro di tali agiti (ad es. “i tagli lasciano cicatrici che possono danneggiare il corpo”; “possono rinforzare il senso di indegnità”; “posso farmi del male seriamente”) al fine di aumentare nella paziente l’attenzione consapevole.

Dopodiché sono state previste delle sessioni di Skills-training per permettere a Marea di acquisire modalità più funzionali di gestione dello stress attraverso i moduli della DBT sulla mindfulness, sulla regolazione emotiva e sulla tolleranza della sofferenza mentale/angoscia. A tal proposito, è stata assegnata alla ragazza una registrazione di pratica mindfulness con la voce della terapeuta da svolgere quotidianamente, oltre ad alcune pratiche svolte in seduta, al fine di favorire l'apprendimento delle abilità nucleari della mindfulness (osservare, descrivere e partecipare) e delle tre modalità con cui queste si manifestano (non giudizio, efficacia, essere presenti). Tra le strategie di regolazione emotiva sono state impiegate le tecniche dello STOP, del TIP o del rilassamento muscolare progressivo dove, tramite l'impiego di schede con piccole e semplici istruzioni, le nuove abilità sono state scomposte in passaggi di facile comprensione.

Ogni volta che Marea metteva in atto tali nuovi comportamenti, la si rinforzava con lodi al fine di potenziare le abilità acquisite restituendole la credenza che è possibile agire diversamente ed incrementando così il suo senso di agency. Mentre, tra le strategie adottate di tolleranza della sofferenza, sono state impiegate il fronteggiamento del momento attraverso la preghiera, il rilassamento o l'auto- incoraggiamento. Si è condiviso con la paziente che poteva telefonare alla terapeuta in situazioni di crisi ingestibili e prima di mettere in atto pattern comportamentali disfunzionali, qualora le skills condivise si fossero dimostrate inefficaci.

Infine, attraverso l'analisi dei comportamenti problema è stato possibile ricostruire ed individuare con la paziente i fattori che hanno contribuito alla risposta problematica. Infatti, la compilazione di queste catene comportamentali ha favorito momenti di insight sui trigger di tali comportamenti e sulle relazioni tra il comportamento e gli effetti negativi rinforzanti. In questo modo si è incrementata e rinforzata progressivamente in Marea la spinta al cambiamento. Le analisi comportamentali sono quindi diventate per Marea un momento di riflessione per comprendere quali strategie più funzionali, tra le varie skills apprese, potessero essere adottate per modulare le sue reazioni emotive. Analogamente, l'uso delle Diary-card come promemoria nei momenti di crisi ha permesso di rinforzare il ricorso alle skills apprese. Nella prima fase della terapia è stato fondamentale veicolare a Marea il messaggio che tali pattern maladattivi non costituiscono un argomento tabù di cui non si può discutere riducendo così le emozioni secondarie (ad es. profonda paura e rabbia) all'emozione primaria di tristezza e colpa. Questo lavoro è risultato propedeutico per la seconda fase della terapia, ossia la riduzione dello stress post-traumatico attraverso la rielaborazione narrativa della sua storia di vita. Il rivivere tali eventi traumatici attraverso la narrazione, ha permesso di consolidare il ricorso alle skills apprese riducendo così la "fobia" delle emozioni: si è osservata nel tempo una riduzione progressiva del ricorso ai tagli come strategia di regolazione emotiva.

Infatti, una volta ridotti sia i comportamenti disfunzionali che i comportamenti interferenti con la terapia e una volta assimilate sufficienti capacità ed abilità, si è deciso di accedere alle memorie traumatiche tramite narrazione delle stesse partendo anche da alcuni flashback. Si è condiviso con la paziente che la durata di questa fase narrativa e il momento della terapia (inizio, metà o fine) in cui doveva essere effettuata poteva essere concordata: ciò ha permesso di sviluppare la sensazione di controllo rispetto alla situazione, divenuta quindi meno terrificata e di registrare maggiori livelli di impegno e cooperazione. Importante a tal fine è stata la spiegazione (ribadita più volte) a Marea del razionale delle tecniche di narrazione, ovvero che sia le skills di tolleranza delle emozioni che la rielaborazione narrativa non hanno la finalità di modificare le sue emozioni bensì di ridurre la paura associata a queste manifestazioni emotive.

Spesso durante la narrazione, Marea tendeva a dissociarsi, a distarsi con altri pensieri o a introdurre altri argomenti (come tentativi di fuga ed evitamento); per cui il ricorso a tecniche di

grounding o alle abilità apprese della mindfulness (ad es. il contatto con il momento presente) è stato prezioso per poter gestire i sintomi dissociativi. Inoltre, anche le strategie di orientamento e definizione degli impegni (rinegoziazione del contratto), accompagnate da una costante validazione delle difficoltà esperite da

Marea nel corso della narrazione, sono state fondamentali per ottenere una sua maggiore disponibilità nel corso del racconto.

La rielaborazione narrativa associata a tecniche standard di *dialogo socratico* ha consentito in Marea una ristrutturazione cognitiva della sua storia, intesa come motivo di forza, orgoglio e fierezza. Infine, per favorire un atteggiamento di accettazione della sua storia di vita sono state anche impiegate tecniche e metafore dell'Acceptance and Commitment therapy (ACT), come quella del giardiniere che impara con il tempo ad "amare" l'erba che cresce imperterrita nel suo giardino.

Inoltre, è stato importante lavorare sulla difficoltà metacognitive di monitoraggio, differenziazione e integrazione di Marea. Innanzitutto, si è cercato di promuovere una maggiore capacità di monitoraggio tramite la compilazione di schede ABC sia in seduta che come homework al fine di incrementare la consapevolezza dei propri stati interni e la comprensione dei nessi situazioni - pensieri- emozioni/comportamenti. In questa fase, si è validata nella paziente la paura di apparire vulnerabile nell'esprimere i propri pensieri e sentimenti e si è spiegata la tendenza a confondere il timore di poter identificare le proprie emozioni con la credenza dell'incapacità a riconoscerle. Marea ha manifestato un atteggiamento altalenante nello svolgimento di questo homework.

Durante il percorso terapeutico, si è cercato di promuovere anche una maggiore capacità di differenziazione: lavorare su questo deficit, che è apparso secondario alla disregolazione emotiva, ha consentito di differenziare tra le sue paure e la realtà (paura di parlare delle sue emozioni vs. credenza di essere incapace nel riconoscerle). Per promuovere la differenziazione è stato dunque fondamentale il ricorso, in maniera integrata al concetto della "Mente Saggia", ossia la capacità di poter restare in contatto con il momento presente sospendendo il giudizio. Infatti, saper differenziare la propria interpretazione disfunzionale della realtà dalla realtà stessa, grazie anche alle skills della Mindfulness, basate sull'osservazione e descrizione senza giudizio, ha consentito alla paziente di comprendere quali eventi scatenano l'insorgenza delle sue credenze, assunte come dati di fatto e responsabili della sua sofferenza, consentendole di iniziare a interpretare diversamente i comportamenti degli altri. Tramite tecniche di ristrutturazione cognitiva, si è cercato anche di ridurre al contempo l'autopercezione di inutilità, vergogna e colpa (tipico del C-PTSD).

Saper differenziare è apparso fondamentale anche per ridurre i sentimenti di minaccia in Marea nel contesto sociale che si traducevano in stati di paura e tristezza. Innanzitutto, l'acquisizione delle abilità di monitoraggio ha permesso a Marea di essere consapevole delle proprie difficoltà interpersonali. La letteratura mostra come, in risposta al trauma interpersonale, le convinzioni negative su sé stessi si combinano con la valutazione negativa degli altri percepiti come pericolosi o inaffidabili (Freeman et al., 2022; Pugliese et al., 2024). L'apprendimento di skills sociali della DBT (ad es. saper fare una richiesta) è avvenuto in maniera combinata con il rinforzo delle capacità di monitoraggio e di differenziazione. Tale lavoro prolungato ha permesso a Marea di iniziare ad autovalidarsi, ad esercitare gradualmente una distanza critica dalle sue credenze, per iniziare ad avere una rappresentazione di sé maggiormente integrata. Si è combinato dunque, in maniera sempre più intensa, il lavoro sulla differenziazione con il rinforzo delle skills acquisite, al fine di far apprendere alla paziente stili di coping funzionali per ridurre la rabbia, la tristezza e allontanare la sofferenza. Tutto ciò ha consentito di raggiungere una buona differenziazione anche

sugli aspetti dissociativi, riducendone la frequenza e registrando anche una riduzione della durata della ruminazione: Marea ha acquisito la sensazione di avere un certo grado di controllo sui propri ricordi.

Rispetto invece, alle relazioni interpersonali, si è cercato di lavorare sulle difficoltà a livello sociale, caratterizzate da evitamento e distacco, strategie basate sulla paura della vicinanza e dell'intimità dell'altro. Fondamentale è stato altresì il potenziamento delle capacità di monitoraggio rispetto alle conseguenze indesiderate prodotte dall'evitamento relazionale, inserendo gradualmente l'apprendimento di nuove skills sociali della DBT. Marea ha tuttavia, mostrato maggiori difficoltà nelle relazioni sociali nel differenziare tra le sue interpretazioni e i dati oggettivi della realtà: ad es., la paziente appariva molto ancorata alla credenza *“mia madre vede sempre quello che faccio per controllarmi”*.

A tal riguardo, sono stati presi in esame anche punti di vista contrari (ad es. la madre si comporta così perché le vuole bene ed è preoccupata per lei) che hanno permesso di sottolineare che spesso non esiste una verità assoluta ma che questa dipende dalla prospettiva di osservazione di una determinata situazione (tecniche di auto-svelamento sono state utili a tal fine). Per promuovere una maggiore capacità di differenziazione sono stati analizzati anche i fattori che hanno determinato i suoi comportamenti e gli effetti di questi su altre persone.

Infine, rispetto al deficit di integrazione, si è cercato di collegare i diversi nuclei tematici, emersi dallo schema di funzionamento, alle narrazioni e ai vissuti condivisi in seduta. Si è ripreso più volte il ciclo di *“indegnità/vulnerabilità – vuoto – gestione disregolata – indegnità/vulnerabilità”* contrapponendolo al ciclo *“riconoscimento del problema – accettazione non giudicante – tentativi di padroneggiamento”*: secondo questo schema i tagli sono stati presentati non come indice del suo ridotto valore ma di un comportamento problema che va fronteggiato. Il lavoro e la promozione di abilità metacognitive di monitoraggio e di differenziazione hanno permesso gradualmente di registrare una rappresentazione più integrata del Sé.

## Risultati ottenuti dall'intervento terapeutico

Marea ha manifestato soprattutto inizialmente, un atteggiamento altalenante in termini di collaboratività e di fiducia nella relazione terapeutica, cercando di esercitare un controllo sulla relazione e sulle tematiche da affrontare e manifestando un atteggiamento di chiusura ed oppositività verso argomenti o ricordi del passato che potevano suscitare in lei emozioni negative.

Interventi di validazione emotiva e di autosvelamento circa gli stati di impotenza e disorientamento del terapeuta, ripetuti e prolungati nei diversi incontri e l'uso del *“noi universale”* hanno consentito di bypassare tale ostacolo e di motivarla al trattamento, favorendo conseguentemente l'instaurarsi di una buona alleanza terapeutica. Si è fatto dunque, presente a Marea che non esiste un paziente assolutamente forte e perfetto, che va bene così anche con tali agiti così come anche il terapeuta non è perfetto, ma entrambi possono essere dei buoni membri di un team. In questo modo la relazione è divenuta essa stessa terapia e, bilanciando tra la *“relazione come terapia”* e la *“terapia come relazione”*, è stato possibile far sperimentare a Marea un modello relazionale sano, improntato sull'autenticità e sulla possibilità di poter esprimere le proprie emozioni senza che ciò comportasse un suo rifiuto o abbandono. Inoltre, è stato utile riconoscere sin da subito il *“ciclo interpersonale problematico invalidante”* attivato in terapia ogni volta che le si chiedeva di ripetere alcuni argomenti. Secondo questo ciclo non è lei ad essere sbagliata bensì l'altro (ossia il terapeuta), accusato di non ascoltarla con conseguente suo rifiuto o interruzione della narrazione.

La non attuazione del ciclo da parte del terapeuta tramite accuse, ha permesso di non confermarle la credenza di essere lei quella *“sbagliata”* o non degna di attenzione; ma la terapeuta stessa,

riconoscendo realisticamente i propri limiti e mantenendo intatto il proprio valore personale, le ha rimandato che proprio perché interessata a quello che lei vive, desidera analizzare dettagliatamente e approfondire alcuni aspetti. Solo così è stato possibile, in seguito a sessioni di skills training, affrontare gradualmente tematiche e memorie dolorose.

Complessivamente, la psicoeducazione sulla natura e sulle funzioni delle emozioni, le continue validazioni degli stati interni di Marea e la ristrutturazione cognitiva delle sue credenze hanno contribuito a promuovere e a rinforzare nella paziente stessa un atteggiamento meta-riflessivo e non giudicante sul suo “*problema*”, innescando una nuova rappresentazione di sé come forte e resiliente. Durante il percorso terapeutico, si è potuto osservare in Marea un maggiore incoraggiamento al momento presente, una riduzione delle ruminazioni depressive, una sospensione discreta dell’atteggiamento giudicante delle sue reazioni emotive e cognitive, senza che ciò significava necessariamente approvarle.

Inoltre, grazie a una maggiore comprensione del suo funzionamento, Marea è riuscita a comprendere la disfunzionalità degli agiti autolesivi intesi anche come tentativi di controllo o di interruzione delle emozioni. Il miglioramento nella funzione di monitoraggio e l’acquisizione di nuove e adeguate capacità di modulazione delle proprie risposte emotive hanno determinato nella paziente: a) una riduzione dei gesti autolesivi (tagli) e della reattività emotiva; b) un non rinforzo della fuga e dell’evitamento, considerati fino ad allora risposte abituali per fronteggiare la situazione, nonché una riduzione del ricorso a queste tendenze riparative e autopunitive e c) un conseguente incremento della propria sensazione di maggiore controllo rispetto alla situazione e alle suddette risposte disadattive. Una volta ridotta la disregolazione emotiva si è potuto lavorare anche sul deficit di differenziazione tra rappresentazione e realtà segnalato da Fonagy e Target (1997) e che nei soggetti Borderline appare più una conseguenza della disregolazione emotiva, in quanto i soggetti borderline fuori dagli stati emotivi disregolati mantengono e riacquistano il giudizio di realtà. Dunque, favorire in Marea la differenziazione tra le sue fantasie e la realtà, le ha consentito di individuare ipotesi alternative agli eventi, riconoscendo come i propri correlati somatici possono essere talvolta confusi con dati oggettivi sulla realtà determinando cognizioni, spesso prese alla lettera e assunte come fatti.

Marea ha compreso come parlare del passato non significa necessariamente riviverlo nel presente o che l’essere arrabbiati non implica necessariamente che una situazione sia intollerabile. Ciò ha contribuito anche a ridurre la sua percezione malevola degli altri: difatti, ne è conseguito un miglioramento della capacità interpersonali rispetto all’abilità di chiedere aiuto. In altre occasioni, invece, Marea ha mostrato qualche difficoltà nell’allontanarsi dalle sue rigide interpretazioni assunte come dati di realtà.

Allo stato attuale si è concluso il lavoro di elaborazione delle memorie traumatiche con la narrazione della sua storia di vita (2° fase della terapia). A riguardo, alcuni autori (Schauer et al., 2014) considerano la narrazione degli eventi traumatici uno strumento terapeutico in quanto consente una ricostruzione coerente ed integrata della propria storia, poiché permette di mettere in relazione le emozioni, le cognizioni, le reazioni fisiologiche, comportamentali e sensoriali associati all’evento traumatico stesso. Questa operazione consente dunque, di indebolire la risposta emotiva associata alle memorie traumatiche. Si è associata la rielaborazione narrativa a tecniche standard di *dialogo socratico* con l’obiettivo di ristrutturare le credenze disfunzionali di Marea emerse nel corso della sua narrazione (Sé come sbagliata e vulnerabile; il mondo è pericoloso e gli altri sono malevoli) e tramite anche il ricorso a metafore o a storie dell’Acceptance and Commitment Therapy (come quella del giardiniere) si è continuato a promuovere nella paziente un atteggiamento di maggiore accettazione della sua storia. Si è osservato come la paziente abbia iniziato a considerare il suo “*essere qui nonostante gli eventi avversi*” come un indicatore della sua

forza, resistenza, orgoglio e fierezza anziché come indice di debolezza.

Gradualmente è stato possibile osservare, sia una riduzione dei sintomi post-traumatici, della stigmatizzazione, dell'autocolpevolizzazione e dell'auto-invalidazione che un incremento della sensazione di coerenza, di controllo, di integrazione e della propria dignità personale.

Infine, non è stato possibile effettuare la terza fase del trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline, che prevede la promozione di obiettivi individuali (ad es. incremento dell'autostima) in quanto avendo terminato il tirocinio di formazione e non volendo Marea proseguire il percorso psicoterapeutico con nessun altro professionista presso il Servizio Pubblico, la famiglia si era dichiarata impossibilitata a fronteggiare le spese di un percorso psicoterapeutico privato.

Si è tuttavia, effettuata una fase di valutazione post-trattamento, in cui è stato somministrato alla paziente il TSCC rilevando un profilo completamente nella norma; mentre dalla somministrazione del SAFA si sono ottenuti punteggi clinici nelle sottoscale: "Senso inadeguatezza, bassa autostima" (T=70) e "Accettazione- valutazione del proprio corpo" (T= 70) e un solo punteggio border nella sottoscala: "Ansia sociale" (T= 65). Questi dati evidenziano la persistenza di vissuti di inadeguatezza nell'immagine del Sé di Marea e supportano ulteriormente l'importanza dell'implementazione della terza fase del trattamento, che appunto non è stato possibile effettuare.

Questo, purtroppo ha limitato la possibilità di trarre conclusioni definitive sulla remissione completa o sul mantenimento a lungo termine dei risultati, in quanto l'intervento non ha raggiunto il suo goal finale pianificato.

Invece, dalla somministrazione post-trattamento alla coppia genitoriale della CBCL, emerge il profilo comportamentale di Marea indicato in **tabella 3**.

## Discussioni e conclusioni

Il presente lavoro illustra il funzionamento psicologico e la sofferenza di Marea, che dopo essere approdata da sola in Italia ha intrapreso un percorso psicoterapeutico nel tentativo di "trovare il suo posto nel mondo". Gli episodi traumatici cumulativi vissuti da Marea risultano essere dunque, ben esemplificativi delle molteplici esperienze stressanti e/o traumatiche che i minori stranieri non accompagnati (MSNA) devono affrontare nel corso del loro processo migratorio. Ciò consente di mettere il focus sui differenti fattori di rischio che, come nel caso di Marea, tendono ad incrementare la vulnerabilità alle esperienze stressanti e/o traumatiche, tra cui a) lo sradicamento traumatico dalla cultura di appartenenza e dalle figure di accudimento primarie; b) la solitudine esperita nel corso del viaggio che non consente di condividere con una figura di riferimento i propri vissuti emotivi relativi all'esperienza migratoria, con successive e comprensibili interferenze nella co-costruzione della memoria dell'evento e c) l'inserimento problematico nel nuovo tessuto sociale e relazionale. Dalla presentazione del caso si può comprendere come anche per la paziente l'emigrazione forzata dalla propria terra di origine abbia rappresentato di per sé un evento traumatico (Fazel et al., 2005), contribuendo significativamente, insieme all'esperienza migratoria o alle esperienze sfavorevoli infantili, allo sviluppo di una vera e propria psicopatologia. Inoltre, la separazione dalla propria famiglia è stata esperita da Marea in termini anche di sradicamento dalla propria cultura, la quale connota il senso di appartenenza e identità (German et al., 2004). A riguardo, difatti, la letteratura sostiene che lo stress da acculturazione nel paese di arrivo sembra configurarsi come fattore di rischio per lo sviluppo non solo di sintomi depressivi sintomi post-traumatici (Marshall et al., 2005) ma anche di sintomi ansiosi (Laban et al., 2004). Occorre anche aggiungere che Marea, come si evince dalla sua storia familiare, non ha potuto beneficiare degli effetti positivi di uno stile di attaccamento sicuro, che si configura come fattore protettivo in grado di moderare la relazione tra la

**Tabella 3.** Somministrazione Pre e Post-Trattamento della CBCL alla coppia genitoriale

SCALE DEI PROBLEMI	Punti T		
	Pre-Trattamento	Post-Trattamento	
Ansia / Depressione	78**	65*	*Punteggio nel range clinico borderline (67-70)
Ritiro / Depressione	70**	57	
Lamentele somatiche	70**	72**	**Punteggio clinicamente significativo (>70)
Problemi sociali	69*	73**	
Problemi di pensiero	70**	73**	
Problemi di attenzione	63	70*	
Comportamento delinquenziale	60	64	
Comportamento aggressivo	61	59	
INTERNALIZZAZIONE	74**	68**	*Punteggio nel range clinico borderline (60- 63)
ESTERNALIZZAZIONE	61*	62*	**Punteggio clinicamente significativo (>63)
TOTALE	70**	70**	
SCALE ORIENTATE AL DSM			*Punteggio nel range clinico borderline (65- 70)
Problemi affettivi	77**	74**	**Punteggio clinicamente significativo (>70)
Problemi d'Ansia	68*	72**	
Problemi Somatici	62	62	
Problemi di deficit di Att./Iperatt.	60	63	
Problemi Oppositivi/Provocatori	56	59	
Problemi di Condotta	51	59	
Rallentamento cognitivo	70**	73**	
Problemi Ossessivo/Compulsivi	70**	62	*Punteggio nel range clinico borderline (65- 70)
Problemi da Stress Post-Traumatico	70**	69*	**Punteggio clinicamente significativo (>70)
SCALE DELLE COMPETENZE			
Attività	35*	32*	*Punteggio nel range clinico borderline (30- 33)
Socialità	26**	37	**Punteggio clinicamente significativo (<30)
Scuola	43	39	
TOTALE	26**	28**	*Punteggio nel range clinico borderline (37- 40) **Punteggio clinicamente significativo (<37)

gravità del trauma e la manifestazione di comportamenti disfunzionali (Sriskandarajah et al., 2015). Riassumendo, si può concludere che l'intervento e la comprensione di questo caso sono stati resi possibili attraverso una concettualizzazione basata su una combinazione di tre differenti modelli di intervento che hanno permesso di inquadrare con maggiore chiarezza il profilo interno della paziente, quali la terapia dialettico-comportamentale di Linehan (DBT), le formulazioni di Beck e il Trattamento Metacognitivo Interpersonale del Disturbo Borderline di Personalità (TMI).

La combinazione di questi tre modelli di intervento, inseriti sempre all'interno di un'ottica dialettica tra spinta al cambiamento e accettazione della storia di vita, ha permesso alla terapeuta di lenire la sofferenza di Marea e di porre le basi per una buona prosecuzione del trattamento, il quale tuttavia non è stato possibile portare a termine per le ragioni precedentemente menzionate.

L'integrazione sinergica della DBT con la TMI si è dimostrata una risorsa preziosa nel corso dell'intero trattamento psicoterapeutico in quanto l'intervento sulle funzioni metacognitive ha accelerato l'adesione alle skills DBT e viceversa, consentendo dunque di lavorare sui diversi aspetti sintomatologici lamentati dalla paziente e rientranti in entrambe le categorie diagnostiche DBP e C-PTSD. Si è iniziato il trattamento dapprima con l'insegnamento delle capacità di monitoraggio della TMI che ha permesso a Marea di identificare e riconoscere tutte le situazioni di iperarousal e di comprendere le connessioni tra situazioni-cognizioni-conseguenze emotive e/o comportamentali. Marea ha potuto così riconoscere le situazioni in cui era a rischio la propria incolumità (ad es. atti autolesivi, abuso di sostanze) e successivamente ha potuto prevenirle anche ricorrendo a skills di regolazione emotiva e di tolleranza della sofferenza, insegnate in un secondo momento. Si è potuto così lavorare sulla disregolazione emotiva tramite le skills della DBT che hanno permesso di ridurre in primis l'evitamento correlato al rivivere intrusivo di ricordi traumatici (tipico del C-PTSD). L'identificazione dell'iperinvestimento sullo scopo di evitare sia l'abbandono che le emozioni negative ad ogni costo (tipico del DBP) come aspetti centrali della sua sofferenza e il riuscire a ricollegarli a eventi specifici della sua vulnerabilità storica hanno consentito a Marea successivamente di riconoscere le emozioni come tali, di differenziarle dalla realtà consentendole di poter parlare delle sue esperienze emotive e di collegarle ad eventi passati.

L'abilità di differenziazione promossa attraverso anche l'insegnamento propedeutico del concetto di "Mente Saggia" della DBT, che sospende ogni forma di giudizio e favorisce la connessione con il momento presente, dimostra come i due modelli teorici della DBT e della TMI si sono integrati in modo armonico. Il ricorso sempre più ridotto agli stili di coping disfunzionali, promosso dalla capacità di monitoraggio rispetto alle conseguenze indesiderate derivanti dalle strategie di coping fino ad allora impiegate e il miglioramento delle capacità di differenziazione, miglioravano a loro volta le capacità metacognitive e rinforzavano l'acquisizione dei nuovi stili di coping insegnati nelle diverse sessioni terapeutiche. Ciò ha permesso di registrare nella paziente conseguenti miglioramenti anche sulla capacità di integrazione in termini di rappresentazione del Sé e delle memorie traumatiche nella propria storia di vita. Ne è conseguita dunque una fusione sempre più solida tra i due modelli DBT e TMI, in cui spesso è stato complesso riconoscere dove terminava un modello di trattamento e iniziava l'altro. In sintesi, la DBT costituiva premessa fondamentale e rinforzo per l'acquisizione delle abilità della TMI e viceversa in un gioco sinergico indissolubile.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Arntz, A. (2016). Disturbo borderline di personalità. In A. T. Beck, D. D. Davis, & A. Freeman (Eds.), *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità* (trad. it. pp. 311–356). Raffaello Cortina. (Opera originale pubblicata nel

- 2004).
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (1993). *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità* (trad. it.). Mediserve. (Opera originale pubblicata nel 1990).
- Cianchetti, C., & Sannio-Fancello, G. (2001). *SAFA: Scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti. Manuale*. Organizzazioni Speciali.
- Cloitre, M., Garvert, D.W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), Article 25097. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- Cotugno, A., & Benedetto, A. M. (1995). *Il paziente borderline: Introduzione clinica alla "patologia marginale"*. FrancoAngeli
- Demazure, G., Gaultier, S., & Pinsault, N. (2018). Dealing with difference: A scoping review of psychotherapeutic interventions with unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(4), 447–466. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1083-y>
- Di Blasio, P., Piccolo, M., & Traficante, D. (2011). *TSCC – Trauma Symptom Checklist for Children: Valutazione delle conseguenze psicologiche di esperienze traumatiche* (Edizione italiana, adattamento dell'opera originale di J. Briere). Erickson.
- Dimaggio, G., & Semerari, A. (Eds.). (2003). *I disturbi di personalità: Modelli e trattamento*. Laterza.
- Edlund, M. J., Wang, J., Brown, K. G., Forman-Hoffman, V. L., Calvin, S. L., Hedden, S. L., & Bose, J. (2018). Which mental disorders are associated with the greatest impairment in functioning? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(11), 1265–1276. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1580-7>
- Ellis, A. (1962). *Ragione ed emozione in psicoterapia*. Astrolabio. (Opera originale pubblicata nel 1962).
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorders in 7000 refugees resettled in Western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71027-6)
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679–700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>
- Foschino Barbaro, M.G., & Mancini, F. (2017). *Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile*. FrancoAngeli.
- Foschino Barbaro, M. G. (Ed.). (2021). *Minori stranieri non accompagnati tra vulnerabilità e resilienza: Percorsi di accoglienza, presa in carico, tutela e cura*. FrancoAngeli.
- Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., & Bebbington, P. E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(4), 331–347. <https://doi.org/10.1348/014466502760387461>
- Frigerio, A., Cattaneo, C., Cataldo, M. G., Schiatti, E., Molteni, M., & Battaglia, M. (2006). Italian version of the Child Behavior Checklist 6–18 (CBCL/6-18): Reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(1), 50–58. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.1.50>
- Germán, M., Gonzales, N.A., & Dumka, L. (2004). Familism values as a protective factor for Mexican-origin adolescents exposed to deviant peers. *Journal of Early Adolescence*, 24(1), 16–42.
- Gerzi, S. (2005). Trauma, narcissism and the two attractors of trauma. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(4), 1033–1050.
- Gunderson, J. G. (2001). *La personalità borderline: Una guida clinica*. Raffaello Cortina. (Opera originale pubblicata nel 2001).
- Henkelmann, J.-R., de Best, S., Deckers, C., Jensen, K., Shahab, M., Elzinga, B., & Molendijk, M. (2020). Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 6(4), Article e68. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.54>
- Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N., & Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum-seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(7), 723–732. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01912.x>
- Kartal, D., Alkemade, N., & Kiroopoulos, L. (2019). Trauma and mental health in resettled refugees: Mediating effect of host language acquisition on posttraumatic stress disorder, depressive and anxiety symptoms. *Transcultural Psychiatry*, 56(1), 3–23. <https://doi.org/10.1177/1363461519860418>

- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Aronson.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & de Jong, J. T. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(11), 843–851. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000141745.14319.36>
- Linehan, M. M. (1993). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline di personalità: Il modello dialettico*. Raffaello Cortina. (Opera originale pubblicata nel 1993).
- Marshall, G. N., Schell, T. L., Elliot, M. N., Berthold, S. M., & Chun, C. A. (2005). Mental health of Cambodian refugees two decades after resettlement in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 571–579. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.571>
- Médecins Sans Frontières. (2020). *International activity report 2019*. <https://www.msf.org/international-activity-report-2019>
- Montano, A., & Borzi, R. (2019). *Manuale di intervento sul trauma: Comprendere, valutare e curare il PTSD semplice e complesso*. Erickson.
- Morina, N., Akhtar, A., Barth, J., & Schnyder, U. (2018). Psychiatric Disorders in Refugees and internally displaced persons after forced displacement: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 433. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00433>
- Pretzer, J. (1990). Borderline personality disorder. In A. T. Beck & A. Freeman (Eds.), *Cognitive therapy of personality disorders* (pp. 176–207). Guilford Press.
- Pugliese, E., Visco-Comandini, F., Papa, C., Ciringione, L., Cornacchia, L., Gino, F., & Mancini, F. (2024). Understanding trauma in IPV: Distinguishing complex PTSD, PTSD, and BPD in victims and offenders. *Brain Sciences*, 14(9), Article 856. <https://doi.org/10.3390/brainsci14090856>
- Schauer, M., & Neuner, F. (2010). The psychological impact of torture, mass violence, and trauma. In C. Figley (Ed.), *Treating psychological trauma and PTSD* (pp. 53–77). Routledge.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2014). *Terapia dell'esposizione narrativa: Un trattamento a breve termine per i disturbi da stress post-traumatico*. Giovanni Fioriti Editore.
- Schick, M., Zumwald, A., Knöpfli, B., Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., Müller, J., & Morina, N. (2016). Challenging future, challenging past: The relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), Article 28057. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.28057>
- Selby, E. A., Anestis, M. D., & Joiner, T.E., Jr. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour Research and Therapy*, 46(5), 593–611. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.002>
- Siriwardhana, C., Ali, S. S., Roberts, B., & Stewart, R. (2014). A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Conflict and Health*, 8(1), Article 13. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-8-13>
- Sriskandarajah V., Neuner, F., & Catani, C. (2015). Parental care protects traumatized Sri Lankan children from internalizing behavior problems. *BMC Psychiatry*, 15(1), Article 203. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0592-0>
- UNHCR Italia, UNICEF Italia, & OIM. (2019). *A un bivio: La transizione all'età adulta dei minori stranieri non accompagnati in Italia*. [https://www.unhcr.org/it/wp-content/uploads/sites/97/2020/09/Report-UNHCR\\_UNICEF\\_OIM-A-un-bivio.pdf](https://www.unhcr.org/it/wp-content/uploads/sites/97/2020/09/Report-UNHCR_UNICEF_OIM-A-un-bivio.pdf)
- Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo: Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Raffaello Cortina.
- Vercillo, E., & Guerra, M. (2019). *Clinica del trauma nei rifugiati*. Mimesis
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press.
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. <https://icd.who.int/>