

## **CAPITOLO TERZO**

### **PSICHIATRIA E PSICOLOGIA ALLE SOGLIE DEL TERZO MILLENNIO: RIFLESSIONI SULLA DIMENSIONE SPIRITUALE**

---

#### **B) RELAZIONE**

**DA ANNA O. AL SIG. Z.  
IL PARADIGMA BORDERLINE**

***FROM ANNA O. TO MR Z.  
THE BORDERLINE PARADIGMA***

**Maria Teresa Daniele\* e Mario Pinto\*\***

*\*Psichiatra Responsabile C.S.M. Albano – A.S.L. RM H*

*\*\*Psichiatra Coordinatore Responsabile D.S.M. Albano-Genzano A.S.L. RM*

---

**Riassunto**

Gli autori si interrogano su quanto il termine “borderline” indichi una condizione psicopatologica e quanto corrisponda ad una crisi esistenziale fondata sul nodo traumatico della separazione.

In questo senso da un lato è indicata la relazione con la madre come primo momento nel quale allo svezzamento viene formata la coppia schizoide borderline, dall’altro è indicata la trascendenza del sé come strada maestra che permette l’uscita dalla frammentazione dei bisogni.

**Parole chiave:** *Anna O., Signor Z., personalità schizoide, diffusione di identità, vuoto esistenziale, meccanismi di difesa arcaici*

**Abstract**

The Authors argue whether the term “borderline” points out a psychopathology condition and whether it corresponds to the existential crisis grounded on the traumatic moment of the separation.

In this sense, on one side the relationship with the mother is considered as the first moment in which during the couple schizoid borderline is formed, on the other, the transcendence of self is conceived as the ability that allows a way out from the fragmentation of the needs.

**Key words:** *Anna O., Mr Z., schizoide personality, diffusion of identity, empty existential, archaic mechanism of defence.*

## 1. Introduzione

Un soggetto il cui esame clinico non permette la collocazione in alcuna categoria diagnostica esprime, con i suoi comportamenti stravaganti, una diatesi psicopatologica che lo situa in una zona grigia che non è confine, ma camaleontica capacità di essere sano e pazzo allo stesso tempo.

In questo senso il borderline sembra poter scegliere la propria modalità di confronto con la realtà. Dobbiamo dunque porci un quesito che non riguarda solo “come funziona la psiche”, ma anche “perché rispetto a quell’avvenimento esistenziale il cosiddetto paziente sceglie di essere sano o malato”.

Riteniamo cioè che togliere la condizione “stato al limite” dalla storia dello sviluppo dell’individuo, facendone il risultato di un difettoso funzionamento della struttura psichica, significhi condannare il paziente all’inguaribilità.

Scopo della terapia è frustrare l’onnipotenza che permette al paziente di gestire la propria patologia in forme di sanità sceneggiata perché in realtà il borderline non sceglie se essere sano o malato, ma riesce a fingersi sano in costanza di status: se questo si modifica compare la crisi.

Quando il rapporto terapeutico non è più spinto evolutiva, ma necessità di oggetto analitico, si pone effettivamente il problema di definire meglio questa condizione paradigmatica sgranata in un nesso esistenziale che collega la sanità alla follia.

## 2. Riferimenti clinici

Poiché il termine “borderline” oggi viene usato nel senso ampio di spettro di disturbi o di organizzazione di personalità, si corre il rischio di sminuire la pregnanza diagnostica e far diventare questa categoria nosografica una specie di “terra di nessuno” alla quale affluiscono tutte quelle condizioni psichiatriche che per difetto non rientrano entro limiti tassonomicamente accettati.

Questo assunto di esordio è in linea con la constatazione che, quando un sapere medico non deriva dal rapporto clinico ma dal paradigma concettuale, i contenitori della scienza sul folle assumono la caratteristica di etichette rigide e statisticamente designate.

In un primo periodo si tentò di costruire un modello di gnosi ellittica mirata a cogliere il mistero dell’uomo quale negante la propria sanità mentale e come tale orientata per una ricerca potenzialmente senza fine.

---

Quando giudici e medici si assunsero l'onore e l'onere di attribuire al pazzo lo status di malato, distinguendolo da ogni altro marginale con il quale fino a quel momento era stato confuso, nacquero i paradigmi diagnostico differenziali che divennero espressione clinico sanitaria dello stato di diritto. Fu questo nuovo equilibrio socio-istituzionale a far emergere sottili problematiche medico-legali quali quelle attinenti alla delimitazione di responsabilità, normalità, perversione. La tassonomia psichiatrica era figlia di uno sforzo epocale tendente ad inquadrare e classificare la realtà, quindi anche la marginalità psichiatrica acquisiva il rango di variazione quantitativa, espressione di individualità quasi scherzo della natura. Contrapposta alla fiducia illuministica della pancomprensione, la scepri dubbia, nata dall'osservazione del marginale non integrabile, partorì la gnosi psicoanalitica il cui cardine era la conoscenza soggettiva.

Jung (1967) scrisse nel 1945 «il contenuto di una nevrosi non può essere stabilito per mezzo di uno o più esami; si manifesta solo nel trattamento. Paradossalmente quindi la vera diagnosi psicologica può essere formulata soltanto alla fine del trattamento». Il pensiero psicoanalitico ha prodotto uno slittamento dell'interesse scientifico dall'osservazione dei sintomi al racconto dei contenuti, dissolvendo la dottrina della malattia mentale come entità morbosa accuratamente distribuita all'interno di un quadro tassonomico. Sono così venute alla luce dell'osservazione scientifica le regole private della vita del singolo, quelle forme di pensiero individuale, accuratamente protette e tutelate dalla privacy, che non giungono mai ad essere norma generale. Così il pazzo è diventato individuo, la cosiddetta "vita loca" è diventata stile e le categorie diagnostiche si sono arricchite di una nuova entità "il borderline".

Il termine non include né la schizofrenia latente di Bleuler (1911) né la schizofrenia pseudonevrotica di Hock e Polatin (1949) e nemmeno la schizofrenia ambulatoriale di Zilboorg (1941). Si tratta di fenomeni psicopatologici, quelli border, che esistono in quanto esiste un rapporto diadico.

### **3. Conclusioni**

Il border è sempre partner di una coppia nella quale l'altro termine è uno schizoide. Da questa osservazione nasce l'immagine del cosiddetto "porcospino" che non può avvicinarsi per gli aculei e nemmeno vuole allontanarsi per timore di morire di freddo.

---

Il primo partner fu la madre, infatti, la lesione psichica è precoce: il bambino sviluppa e conserva un rapporto con la realtà, ma non ne realizza la vicenda esistenziale perché le immagini interne derivate dalle separazioni sono parziali e tendenzialmente piatte.

Questo accade perché la madre, il primo partner, non gli rese il significato profondo dello svezzamento. Non lasciò il seno, il bambino, favorito dall'inconscio materno accettante e stimolante per l'incontro con l'immagine interna dell'altro, il padre. Il bimbo fu costretto ad abbandonare un seno prevalentemente contenitore realizzando una separazione parziale la cui immagine piatta lo orienterà poi alla ricerca di piccoli oggetti anaclitici alla Bergeret o divisi in buoni e cattivi alla Kernberg.

Come afferma Callieri (1994) nel 1994 la multiforme realtà borderline è definita da tre assunti:

- 1) la sua verità è una verità nomade;
- 2) la sua fenomenica può essere definita "fenomenologia esistenziale dell'unico";
- 3) il suo discorso è "precognitivo", quindi precludente visioni alternative, visione e desiderio si comportano e si combinano in modo disarmonico e non uniforme.

Il nomadismo della verità border si snoda tra due casi clinici: quello di Anna O. e quello del sig. Z.

Il primo rappresenta la tensione fino a Berta Pappenheim e l'altro si pone tra la prima e la seconda analisi.

In merito ad Anna O. (21 aa) sappiamo che il partner non fu Freud, ma Breuer (38 aa). Alla fase di rapporto mediato dalla ipnosi ed alla abreazione ne seguì un'altra segnata dal parto immaginario di un figlio concepito con Breuer ed un successivo aggravamento che costrinse al ricovero d'urgenza ad Inzesdorf. Del ricovero abbiamo resoconti clinici nei quali è descritta una condizione psicopatologica gravissima a tinteggiatura nettamente psicotica.

Il ricovero durò alcuni mesi con ricadute. Poi Anna O. scomparve e ricomparve come Berta Pappenheim eroina dell'assistenza all'infanzia abbandonata a cui lo stato tedesco ha dedicato un francobollo nel 1954.

Apparentemente l'arco esistenziale di Anna O. è segnato da due momenti dei quali il primo è patologico, segnato dalla presenza di sintomi tipici di una condizione border: diffusione di identità, micropsicosi, meccanismi di difesa arcaici, angoscianti vissuti di vuoto esistenziale.

Il secondo momento definisce B.P. donna attiva e dedita al bene della comunità. Il passaggio dall'uno all'altro personaggio appare possibile in

---

virtù della scelta separativa operata da Anna: significativamente Breuer che fugge provoca l'esplosione della psicosi, ma permette anche il superamento della crisi. In fondo vogliamo dire che delle tre modalità di rapporto oggettuale il border ne ha a disposizione solo due: rapporto con l'oggetto parziale e rapporto con l'oggetto sparito.

Nel momento in cui le esaurisce, cambiando le circostanze ambientali, può ritrovare un rapporto con l'oggetto totale che indica una ritrovata sanità. In termini più strettamente clinici il rapporto con la realtà da superficiale e frammentato diventa pieno e vissuto. Per altri versi un percorso simile è quello seguito dal sig. Z.. Kohut afferma esplicitamente che la seconda analisi fu tale e ottenne risultati duraturi nella misura in cui cambiò l'atteggiamento del terapeuta: questi infatti non considerò più l'assetto narcisistico come un derivato pulsionale genetico e come tale non aggredibile, ma come elemento difensivo del quale tenere conto per arrivare a situazioni di transfert più maturo.

Concludendo si può affermare che l'incurabilità del border è uno dei tanti assunti ideologici.

Quando il paradigma storico scientifico cambia la fase dell'assistenza e della mediazione rispetto ad uno stile di vita o un'esistenza mancata viene superata da un'immagine di cura costituita dalla capacità di frustrare i bisogni. Così scopriamo, che come dice Freud, "se non riusciamo a curare è perché le nostre capacità tecniche sono inadeguate". Di certo la creatività, insita nelle condizioni psicopatologiche, può essere colta solamente nella misura in cui si è in grado di trascendere l'immediatezza dello stato psichiatrico.

In fondo il borderline, depositario di una "verità nomade", riesce a stabilizzarsi quando, come scrivono Cencini e Manenti (1997), si stacca dall'immediatezza assolutamente deterministica del bisogno sociale e ritrova la tendenza all'autotrascendenza.

Solo in questo caso, come Anna O. ed il sig. Z., supera l'attuale dato per segni statici con tutti i limiti connessi e può andare verso l'altro in modo realmente altruista dimenticando se stesso o attinge a significati e valori che danno verità alla vita.

### **Bibliografia**

BELLODI L., BATTAGLIA M., MIGONE P., "Disturbo borderline", in *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano 1994

---

CALLIERI B., “Il disturbo della personalità borderline e quello narcisistico”, in AA.VV., *Il processo terapeutico in psicoterapia*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 1994

CENCINI A., MANENTI A., *Psicologia e formazione*, Centro Editoriale Dehoniano, Bologna 1997

COLETTI D., *Psicodinamica umanistica*, Morcelliana, Brescia 1975

ELLEMBERGER H.F., *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1967

FAIRBAIRN W., *Studi psicanalitici della personalità*, Boringhieri, Torino 1970

FREEMAN L., *La storia di Anna O.*, Feltrinelli, Milano 1979

FREUD S., *Metapsicologia*, Boringhieri, Torino 1976

GABBARD G.O. (1990), *Psichiatria psicodinamica*, Cortina Editore, Milano 1992

JACOBSON E., *Il sé ed il mondo oggettuale*, Martinelli, Firenze 1974

JUNG C.G., *L'io e l'inconscio*, Boringhieri, Torino 1967

KERNBERG O.F., *Disturbi gravi della personalità*, Boringhieri, Torino 1988

KERNBERG O.F., *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino 1978

KOHUT H., *La cura psicoanalitica*, Boringhieri, Torino 1986

KOHUT H., *La guarigione del sé*, Boringhieri, Torino 1980

LAUGHLIN H.P., *Le nevrosi nella pratica clinica*, Giunti Barbera, Firenze 1967

MIGONE P., “La personalità borderline”, *Gnosis*, 1989, III, 6, 39-50

---

SEARLES H.F. (1986), *Il paziente borderline*, Boringhieri, Torino 1988