

La patologia borderline in psicoanalisi secondo una prospettiva relazionale

SOMMARIO

In psicoanalisi, diverse sono le concezioni della patologia borderline che si sono susseguite nel tempo e che tuttora si confrontano in letteratura. In questo articolo, l'A. concentra l'attenzione sul disturbo borderline inteso in senso stretto, come entità distinguibile dalle altre patologie gravi di personalità, al fine di coglierne la dimensione psicopatologica nucleare e di studiarne il significato da un punto di vista relazionale.

Sulla base delle evidenze empiriche derivate dagli studi sulla popolazione effettuati con la SWAP-200, viene ipotizzato che sia la *disregolazione emotiva* a rappresentare il disturbo di base che caratterizza la patologia borderline e da cui dipendono gli altri fenomeni come l'impulsività, i disturbi dell'identità e i disturbi cognitivi.

È ampiamente riconosciuto che i processi di mentalizzazione e coscienza riflessiva sono fortemente coinvolti nello sviluppo delle capacità di regolazione emotiva, e che loro difetti o inibizioni sono alla base di grande parte della patologia grave. Secondo la prospettiva relazionale il Soggetto organizza attivamente il proprio sviluppo grazie alle risorse rese disponibili dalle transazioni con l'ambiente, e i diversi disturbi di personalità potrebbero corrispondere a modalità strutturate di organizzare l'esperienza, il senso di sé e la propria identità, ai fini della migliore regolazione possibile.

Secondo l'A. il disturbo borderline, in quanto patologia da disregolazione, potrebbe rappresentare l'espressione paradigmatica del fallimento di tali sviluppi, in assenza di processi di riorganizzazione difensiva del senso di sé.

SUMMARY

Borderline psychopathology in psychoanalysis from a relational perspective

In the history of psychoanalysis, and nowadays, we can find many different theories about borderline pathology. In this paper, the Author focuses his attention on the borderline disorder considering it as a specific pathology, which is different from other severe personality disorders, and he tries to outline its core psychopathologic dimension and meaning from a relational point of view.

On the basis of empirical evidences produced by epidemiological studies with SWAP-200, the Author maintains that emotional dysregulation is the basic disorder in borderline pathology and the cause of other typical phenomena as impulsivity, and identity and cognitive disorders.

We all know that mentalization and reflective processes are deeply involved in the development of the capacity for emotional regulation, and their defaults or inhibitions are the origin of most serious pathologies. According to a relational perspective, the Subject is active in organizing his own development thanks to resources deriving from his transactions with the environment.

The Author maintains that different personality disorders might be considered as structured modalities of organizing personal experience, the sense of the self and identity, in order to let the Subject reach his/her best available regulation. According to the Author, the borderline disorder, meant as a

¹ Medico, psicologo clinico e psicoanalista SIPRe e IFPS. Direttore della Scuola di specializzazione in Psicoterapia ad indirizzo "Psicoanalisi della Relazione" di Roma. E-mail: m.fontana.09@alice.it

dysregulation pathology, might represent the paradigmatic outcome of such developmental failures and of the lack of defensive re-organizing processes of the sense of the self.

Le problematiche psicopatologiche e cliniche relative alla patologia borderline continuano ad attirare l'attenzione dei ricercatori e dei clinici sia in ambito psicoterapeutico sia psichiatrico, anche se sono passati settanta anni dalla prima formulazione del termine ad opera di Adolph Stern (1938). Studi empirici, dibattiti scientifici e controversie fra i vari orientamenti si susseguono nell'ambiente degli addetti ai lavori.

I motivi di tanto interesse vengono, in genere, ascritti all'elevata incidenza e ai notevoli costi individuali e sociali di questa forma di disagio psichico. Ma è possibile che ci sia un fattore ancora più importante che, insieme agli altri, faccia convergere in misura così consistente lo sguardo dei vari attori proprio su questa patologia. Mi riferisco alla natura sfuggente e difficilmente inquadrabile della sindrome, che ne rende sfumati i confini diagnostici e non favorisce la messa a fuoco di un principio organizzatore di spiegazione su cui si possa trovare un accordo generale.

La mia opinione è che proprio questa difficoltà di natura clinica, ma soprattutto concettuale, rappresenti uno stimolo molto forte per la riflessione e la ricerca, in quanto la tensione verso una spiegazione sempre più soddisfacente di tale patologia potrebbe migliorare la qualità della teoria psicopatologica generale. Può esserne una riprova il fatto che un'autorità nel campo come Otto Kernberg (1984) abbia utilizzato il concetto di borderline come uno degli elementi fondamentali della sua sistematizzazione dei disturbi di personalità.

In questo articolo vorrei esplorare le problematiche legate alla patologia borderline dal punto di vista della psicoanalisi relazionale, un orientamento che finora non si è molto occupato della psicopatologia di specifici quadri sindromici. L'intento è di verificare se uno sforzo in questa direzione possa costituire uno stimolo positivo anche per questo ambito teorico, creando i presupposti per una più approfondita comprensione della patologia di personalità nelle sue diverse forme e articolazioni cliniche.

La prospettiva relazionale

La prospettiva relazionale in psicoanalisi non è rappresentata da un movimento unitario e compatto, una "scuola" nel senso tradizionale del termine.¹ Ciò che accomuna le idee dei vari autori che si riconoscono in questo orientamento è il presupposto epistemico di stampo costruttivista in base al quale la psicoanalisi, al pari delle altre scienze, non può rispecchiare in modo oggettivo la realtà di cui si interessa (ad es., il mondo interno del paziente) ma solo *costruire* interpretazioni della realtà, sulla base dei propri principi e delle proprie formulazioni teoriche (De Robertis, 2001). Sul piano clinico, tale presupposto si declina nel concetto di *mutualità o influenza reciproca* tra paziente e analista (Aron, 1996), in base al quale, sia la relazione che si va dispiegando nel processo analitico, sia qualunque forma di comprensione di ciò che avviene all'interno di essa, sono considerate *co-costruzioni* alle quali partecipano entrambi i soggetti coinvolti.

Questo principio esclude la possibilità di immaginare un analista in grado di scoprire presunte verità esistenti nella mente del paziente, che prescindano dalla propria partecipazione e dal proprio modo di organizzare i dati dell'esperienza. Non stupisce, quindi, che gli autori dell'orientamento relazionale non si siano ancora molto interessati di questioni legate alla psicopatologia e alla diagnosi: l'interesse verso la dimensione relazionale della mente può aver fatto recedere sullo sfondo quello sull'organizzazione di personalità connessa ai diversi quadri sindromici. In quanto espressione di specifiche modalità relazionali che si costruiscono e si mantengono nelle interazioni sociali, viene a volte considerato pericoloso interessarsi ad essi in quanto tali (Mitchell, 2001): il rischio paventato è quello di cadere nella

oggettivazione della mente del paziente e di dare definizioni aprioristiche e rigide alle persone, come se il loro mondo interiore avesse un'esistenza scollegata dal campo intersoggettivo. Sono gli autori tradizionalmente legati al modello pulsionale e del conflitto intrapsichico che, ovviamente, hanno fornito i maggiori contributi nell'ambito della psicopatologia psicodinamica. Dalla loro prospettiva, che considera motivazioni e conflitti interni alla mente del soggetto come principio sovraordinato di spiegazione, risulta naturale effettuare il collegamento fra ipotizzati assetti interni e determinate costellazioni di sintomi e tratti patologici di personalità.

Tuttavia, anche nell'ambito relazionale non mancano i presupposti teorici per guardare all'organizzazione psicologica dell'individuo come entità dotata di una sua autonomia. Il costruttivismo della psicoanalisi relazionale non nega l'esistenza del mondo interno del paziente, della sua storia e dei suoi principi organizzativi. Lo stesso concetto di *matrice relazionale* formulato da Mitchell (1988), pur superando la storica contrapposizione fra *intrapsichico* e *interpersonale*, comprende anche il ruolo attivo del soggetto nella continua ri-creazione del suo mondo interiore (si vedano anche Albasi, 2004; Altman e coll., 2002).

Non mancano neppure esempi di teorizzazioni riguardanti specifici stili di personalità: si veda, ad esempio, la trattazione sulla personalità narcisistica svolta da Mitchell nella parte IV del suddetto testo; come pure, in Italia, un articolo di Minolli sul disturbo borderline (1993a).

Il termine *borderline* non sempre ha avuto un significato univoco. Credo che sia indispensabile precisare a quale accezione del termine si vuole fare riferimento, in modo da creare i presupposti per un ragionamento che sia chiaro e ben fondato. Un breve sguardo alle posizioni in campo può risultare utile.

Diverse concezioni della patologia borderline

Dicevo, all'inizio, della natura difficilmente inquadrabile della sindrome borderline. Nella storia della psichiatria e della psicologia clinica si sono susseguite varie concezioni del disturbo, a partire da una sua generica collocazione come patologia di confine tra psicosi e nevrosi.

Attualmente prevale la definizione fornita dai criteri diagnostici del DSM-IV-TR (APA, 2000). Ma, come tutte le diagnosi dell'Asse II, la sindrome borderline presenta numerosi problemi le cui conseguenze si riflettono anche nella eccessiva comorbidità con altri disturbi di personalità e nella grande variabilità dei quadri clinici che possono rientrarvi: in sostanza, troppe diagnosi per uno stesso paziente e pazienti troppo diversi per una stessa diagnosi. Di conseguenza non si realizza l'obiettivo di cogliere il possibile nucleo clinico-psicopatologico del disturbo borderline.

Su un altro versante, in ambito psicoanalitico, il termine "borderline" viene tendenzialmente usato come un concetto teorico, che fa riferimento ad un livello intermedio di funzionamento dell'io o di organizzazione profonda della personalità. Non è applicato ad uno specifico set di sintomi o tratti di personalità valutabili tramite osservazione del comportamento, ma rientra in una teoria che considera le manifestazioni cliniche come espressione manifesta di una determinata organizzazione del mondo interno del soggetto.

In questo caso il funzionamento borderline viene esplicitamente riferito a tale mondo interno e, quindi, molti e differenziati possono essere i disturbi di personalità che lo esprimono.

Un esempio classico è rappresentato dalla posizione di Kernberg: la sua *organizzazione borderline di personalità* può dar luogo a tutti e sette i disturbi di personalità compresi nei *clusters* A e B dell'Asse II del DSM, più qualcun altro non previsto dal manuale diagnostico (Kernberg e Kaligor, 2005). Com'è noto, l'elemento che caratterizza questo livello di organizzazione della personalità è il meccanismo di difesa primitivo della *scissione*, che impedisce attivamente l'integrazione delle *relazioni oggettuali interiorizzate* e, di conseguenza, del senso di identità dell'io.

In questo articolo intendo discostarmi da tale tendenza, diffusa in psicoanalisi, e partire dalla considerazione clinico-descrittiva di quella specifica organizzazione di sintomi e tratti psicopatologici del

carattere, che connotano il disturbo borderline come entità distinguibile da altre patologie gravi di personalità. Se, come sembra, è effettivamente rappresentata nella popolazione questa forma di patologia di personalità, quali sono le sue dimensioni psicopatologiche specifiche e come possono essere comprese in un'ottica relazionale?

Verso una concezione più definita della personalità borderline

I criteri del DSM considerano tutte le dimensioni psicopatologiche che risultano importanti in base alle recenti ricerche empiriche e che concernono l'instabilità emotiva, comportamentale, relazionale e i disturbi dell'identità.

Tuttavia, l'intera classificazione dell'Asse II presenta limiti consistenti, che sono stati evidenziati da più parti (si veda, ad esempio, Livesley, 1995, e Westen e Shedler, 1999a). Il vizio di fondo più importante è che i criteri diagnostici che definiscono i singoli disturbi sono stati scelti attraverso ricerche empiriche prevalentemente svolte sul modo di operare degli psichiatri, piuttosto che sulla popolazione. Questo ha rappresentato un importante passo in avanti rispetto alla situazione precedente al 1980, anno di pubblicazione del DSM-III (APA, 1980), quando in psichiatria vi era una diffusa confusione sul significato dei termini; ad esempio, per il borderline è stata molto utile la distinzione dallo spettro schizofrenico, vista la tendenza ad associare il termine alle forme lievi di questa psicosi. Acquisiti tali sviluppi, si sente ora l'esigenza di definire le caratteristiche dei disturbi di personalità, e la loro distribuzione, così come essi sono effettivamente rappresentati "in natura".

Da tempo sono attivi dei gruppi di ricerca impegnati in questo compito, seppure con presupposti e metodologie differenti. Di particolare interesse, per una definizione della personalità borderline più aderente alla esperienza clinica, sono le ricerche condotte da Shedler e Westen per mezzo della SWAP-200: una procedura di valutazione degli stili di personalità e dei relativi disturbi che ha acquisito un vasto credito nella comunità scientifica e tra i clinici. SWAP è l'acronimo di *Shedler-Westen Assessment Procedure*, e 200 è il numero di item che la compongono (Westen, Shedler e Lingardi, 2003).

Rimando al testo di riferimento per la descrizione dettagliata del metodo e per un giudizio sulla sua attendibilità e validità. Per chiarezza espositiva, accenno solo che non si tratta di un test o di un questionario, ma di una procedura guidata per formulare diagnosi di personalità basata sul tradizionale contesto clinico.

Infatti, i duecento *item* corrispondono ad altrettante frasi in grado di descrivere tutti gli aspetti del funzionamento psicologico degli individui; frasi che vengono messe a disposizione del clinico, il quale dovrà ordinarle gerarchicamente in base alla loro adeguatezza rispetto al paziente preso in esame (seguendo alcune regole volte a garantire l'attendibilità del metodo). Si produce in questo modo una descrizione composita del funzionamento psicologico del singolo paziente che è frutto della esperienza e della sensibilità del clinico e, al contempo, rispettosa delle esigenze della ricerca empirica.

Gli studi condotti con questo strumento hanno permesso di identificare undici distinti stili di personalità effettivamente presenti nella popolazione, e di riclassificare in modo corrispondente i relativi disturbi, descrivendoli in modo molto più approfondito e articolato dell'Asse II. Le conseguenze nella comprensione della patologia borderline sono notevoli. Non vi è, infatti, alcuno stile di personalità che gli autori hanno deciso di chiamare con questo nome; il motivo è che il profilo diagnostico che scaturisce dai criteri per il BPD non è risultato corrispondere a nessuno dei raggruppamenti identificati con questa ricerca.

Ciò non significa che la patologia borderline non esista e sia solo un'invenzione della mente dei clinici. La maggior parte dei pazienti diagnosticati come borderline in base ai criteri dell'Asse II sono rientrati infatti in uno stile chiamato *Stile di personalità disforico: con disregolazione emotiva*.

Si tratta di un risultato di enorme importanza, perché mette in primo piano solo una delle diverse dimensioni psicopatologiche abitualmente considerate in questo ambito, l'instabilità emotiva, lasciando in

secondo piano le altre (l'instabilità comportamentale, relazionale e i disturbi dell'identità).

Va inoltre considerato che un numero ridotto ma significativo di pazienti che possono ricevere una diagnosi di BPD è risultata rientrare in altre due tipologie di personalità diverse identificate con la SWAP, ognuna con una propria coerenza interna e chiaramente distinguibile dalle altre. Si tratta dello *Stile di personalità istrionico* e dello *Stile di personalità dipendente-masochista*. Come dire che il DSM-IV induce in errore, perché considera borderline anche pazienti che, in realtà, appartengono ad altre categorie e che dovrebbero ricevere una diagnosi diversa.

In altre parole, da queste ricerche il disturbo borderline non risulta presente in natura così come viene descritto nel DSM. Quello che risulta è invece uno stile di personalità le cui caratteristiche ruotano intorno ad un stato di emotività intensa e incontrollabile, vissuta con estremo disagio e sofferenza a causa del suo impatto destabilizzante, che porta alla ricerca di soluzioni estreme per trovare sollievo.

In questo senso, sembra che l'impulsività e la dipendenza avvinghiante tipiche di questi soggetti siano conseguenti all'emotività disregolata, rappresentando tentativi disperati di controllare il dolore e, nel contempo, di esprimerlo agli altri per ricavare un controllo dall'esterno.

L'inefficienza della definizione fornita dal DSM è confermata dal fatto che abbraccia anche tipologie di pazienti che risultano appartenere all'ambito istrionico e dipendente.

Per quanto riguarda i pazienti istrionici è vero che anch'essi sono caratterizzati da un'emotività estremamente intensa e labile, ma il profilo delineato dalla SWAP-200 conferma quanto risaputo da tutti i clinici esperti e cioè che si tratta di una emotività drammatizzata percepita come egosintonica, essendo associata alla seduttività, alla suggestionabilità e allo stile cognitivo impressionistico, già evidenziati da Shapiro molti anni fa a proposito della personalità isterica (1965).

Rispetto al Disturbo Dipendente di Personalità del DSM, lo *Stile di personalità disforico: dipendente-masochista* appare più grave, in quanto connotato da comportamenti di sottomissione e passività tali da condurre fino ad un atteggiamento supino di fronte ad abusi fisici o emotivi, pur di evitare il rifiuto o l'abbandono; lo stato emotivo è quindi caratterizzato da angosciosi sentimenti di inadeguatezza, paura della solitudine, rabbia negata e inespressa e difficoltà a ritrovare la calma nei momenti di stress. Le angosce abbandoniche e i problemi relazionali di questi pazienti spiegano perché i criteri dell'Asse II per il BPD arrivino a comprendere, in parte, anche questa categoria. Ma qui prevalgono strategie comportamentali finalizzate alla prossimità con le figure significative, a differenza dei pazienti emotivamente disregolati, che vivono uno stato caotico dal quale cercano di sfuggire con modalità diverse e, nel complesso, disorganizzate.

Questi primi risultati, per quanto da considerare provvisori, hanno già ottenuto varie conferme (ad es., Zittel Conklin e Westen, 2005). Ecco alcuni degli item più descrittivi di questo stile di funzionamento, secondo la SWAP-200:

"Tende a cadere in spirali emotive senza controllo che conducono a estrema ansia, tristezza, rabbia, eccitazione, ecc."

"Lotta contro veri e propri desideri suicidi".

"È incapace di calmarsi o confortarsi da solo/a quando è stressato/a; ha bisogno di un'altra persona che lo/la aiuti a regolare i suoi affetti".

"Tende a sentire che la vita non ha significato".

Alcune di queste affermazioni si adattano anche ad altri stili di personalità; la prima, ad esempio, allo stile istrionico, e la terza al dipendente-masochista. Ma nel disturbo disforico con disregolazione emotiva hanno una posizione gerarchica significativamente più alta e, quindi, caratterizzante.

Si coglie dunque uno stile unitario di funzionamento che ruota intorno all'instabilità emotiva, dove gli

altri fattori importanti evidenziati dai vari studi possono rivestire un ruolo consequenziale.

L'impulsività, ad esempio, è così frequente da essere spesso considerata in ambito clinico e ospedaliero come indicatore specifico per la diagnosi, in quanto i comportamenti automutilanti e i tentativi di suicidio ricorrenti a scopo manipolatorio sono quelli che spesso portano questi pazienti all'attenzione dei clinici. Ma, come si accennava prima, questo tratto può essere considerato funzionale alla gestione del dolore, come strategia estrema per alleviare la tensione e sollecitare sostegno esterno (Linehan e Koerner, 1993; Zanarini, 1993).

Anche il disturbo dell'identità viene da taluni considerato un fattore di importanza primaria. Tuttavia, una ricerca empirica condotta proprio su una popolazione di pazienti borderline (Wilkinson-Ryan e Westen, 2000) ha evidenziato che la patologia dell'identità ha una natura multifattoriale, essendo distribuita su quattro dimensioni distinguibili tra loro. Una di esse è la mancanza di coinvolgimento nei valori, nei compiti e nelle relazioni a lungo termine. Sebbene riscontrabile nei pazienti borderline, questa dimensione risulta la meno specifica e gli autori fanno rilevare quanto ciò sia significativo, vista l'enfasi con cui tradizionalmente viene sottolineata la superficialità e l'instabilità delle relazioni interpersonali, così come la variabilità e transitorietà di obiettivi e valori personali. Per quanto rappresenti un elemento centrale del disturbo dell'identità e talvolta sia particolarmente intensa nei pazienti borderline, essa non possiede potere discriminante rispetto ad altre forme di patologia. La dimensione più caratterizzante è invece risultata quella denominata "*painful incoherence*", cioè il senso soggettivo e angoscioso della mancanza di coerenza di sé; un aspetto che, ancora una volta, sembra fortemente connesso con la disregolazione affettiva.²

L'identificazione di una caratteristica specifica della patologia borderline, fondata su basi empiriche e che può dare senso unitario alla multiformità del quadro sindromico, può essere di particolare utilità per una migliore comprensione sul piano psicopatologico. Vediamo ora un modo con cui la prospettiva relazionale della psicoanalisi può confrontarsi con questo disturbo, alla luce di tali acquisizioni.

La psicoanalisi relazionale di fronte alla patologia borderline

Se, da un punto di vista psicopatologico, la disregolazione emotiva può essere considerata il cuore del disturbo borderline, in senso più generale il tema della regolazione suscita di per sé grande interesse in psicoanalisi, soprattutto da quando gli sviluppi della ricerca infantile hanno dato nuovo impulso alle idee e alla prassi clinica.

La nuova visione del bambino che si è andata sviluppando a partire dagli anni '80, basata sullo studio della relazione madre-bambino piuttosto che sulle deduzioni tratte dai resoconti clinici o dall'osservazione della patologia, ha infatti posto all'attenzione degli psicoanalisti l'importanza della regolazione interattiva negli scambi fra l'infante e il suo *caregiver*, già nelle prime fasi di vita (in contrasto con quanto si era sempre pensato a proposito di iniziali chiusure autistiche del bambino rispetto agli stimoli esterni e a proposito di stati di simbiosi psicologica con la madre). Tale regolazione reciproca risulta strettamente connessa con le capacità di autoregolazione del singolo, e ciò è di particolare rilievo per lo sviluppo psicofisico del bambino all'interno del sistema relazionale in cui si trova inserito.

Questo filone di ricerche ha avuto inizio con gli studi del gruppo di Sander già dalla seconda metà degli anni '50 (Sander, 1962) per poi affermarsi anche grazie ai lavori di altri autori divenuti molto noti alla maggioranza degli psicoterapeuti (oltre allo stesso Sander [1975, 2002] si pensi, per ricordarne solo alcuni, a Joseph Lichtenberg [1983, 1989], Daniel Stern [1985] e Edward Tronick [1998]).

La vasta risonanza di queste ricerche in psicoanalisi è riscontrabile non solo nel campo delle teorie dello sviluppo e della psicopatologia evolutiva, ma anche nello studio del processo analitico, laddove la regolazione del campo intersoggettivo creato da analista e paziente viene considerata uno dei più importanti fattori di avanzamento terapeutico (Beebe e Lachmann, 2002; Daniel Stern, 2004).

Tutto ciò ha permesso di ridefinire i presupposti con i quali in psicoanalisi tradizionalmente si guardava

alla vita psichica del soggetto e al suo sviluppo, introducendo quello che è stato chiamato il *paradigma del sistema diadico* (Rodini, 2004). Anche se tale prospettiva viene ormai condivisa più o meno esplicitamente dalla maggioranza degli psicoanalisti, è ovvio che sia caratteristico dell'orientamento relazionale trovare in questo paradigma e, nei dati empirici che lo sostengono, un solido fondamento nel sostenere la propria visione della mente, della patologia e dell'intervento terapeutico. D'altro canto, se ci si chiede quali siano gli autori che, dall'ambito della ricerca infantile più avanzata, stanno fornendo apporti significativi alla comprensione e al trattamento della patologia borderline, il pensiero corre a Fonagy e Target e ai loro collaboratori; un gruppo di ricerca a cui non può essere attribuita una posizione teorica di tipo propriamente relazionale. Inoltre, anche in questo caso c'è da tenere presente che, come la maggior parte degli psicoanalisti, essi intendono la patologia borderline in senso ampio, comprendendo tutti i disturbi gravi di personalità caratterizzati da una forte instabilità in diverse aree di funzionamento. Ciononostante, il loro contributo risulta ugualmente prezioso per noi sia perché considera la disorganizzazione del pensiero e dell'affettività nei contesti di attaccamento come l'elemento comune alla base delle differenti manifestazioni cliniche di tipo borderline, sia perché lo fa nel contesto di una teoria dello sviluppo psichico fortemente incentrata sui processi di *regolazione affettiva* e di *mentalizzazione*; una linea di pensiero assai proficua e pertinente agli argomenti sviluppati in questa sede.

Il difetto di mentalizzazione nella disregolazione affettiva

È davvero consistente la mole di studi e di pubblicazioni sulla patologia borderline che da diversi anni sta provenendo dal gruppo di Fonagy (ad es., Fonagy, 1991; Fonagy e coll., 1995, 2002; Fonagy e Target, 2000, 2003). Com'è noto, essi si basano sulla teoria dell'attaccamento, ponendosi in una linea di continuità con il lavoro iniziato da Bowlby, e caratterizzandosi per questo rispetto alla gran parte degli autori di area psicoanalitica. Va ricordato, infatti, che la teoria dell'attaccamento ha inizialmente trovato maggiore accoglienza presso discipline diverse dalla psicoanalisi.

Fonagy e Target considerano l'attaccamento come un sistema che ha la funzione evolutiva di fornire al bambino l'ambiente affettivo adeguato per lo sviluppo della *mentalizzazione* (o "funzione riflessiva", come viene chiamata nelle loro ricerche empiriche). Con tale costrutto questi autori si collocano nel contesto di quella tradizione psicoanalitica che parla di simbolizzazione per riferirsi alla capacità di creare rappresentazioni mentali generalizzate a partire dalle percezioni; tradizione a cui appartiene, ad esempio, anche Bion (1962), che usava il concetto di "funzione alfa" per descrivere la capacità di rendere pensabili le esperienze di eventi interiori percepiti, inizialmente, come concreti (gli "elementi beta"). In psicoanalisi, tuttavia, il termine "simbolizzazione" è troppo carico di significati e rischia di produrre ambiguità ed equivoci. Per questo, Fonagy e Target preferiscono utilizzare il concetto di mentalizzazione, per intendere la capacità di formare una rappresentazione di secondo ordine degli stati mentali; rappresentazione di livello superiore rispetto alla sperimentazione diretta degli stessi (si tratta della *rappresentazione mentale* di uno *stato mentale*). Questo implica la possibilità di rapportarsi con gli eventi mentali considerandoli come tali, cioè distinti dalle azioni che essi generano: la consapevolezza che l'esperienza è sempre soggettiva e, quindi, mediata dalla propria mente.

Lo sviluppo della mentalizzazione permette quindi di ragionare sui propri e gli altrui comportamenti in termini di stati mentali, cioè come motivati da pensieri, desideri, affetti, credenze, intenzioni, e così via. In tal modo, le emozioni negative possono essere meglio tollerate senza che diventino soverchianti e gli scambi interpersonali possono essere concepiti come espressione di stati intenzionali soggettivi non necessariamente condivisibili. Ciò aiuta a non subire l'eventuale effetto psicologicamente traumatico delle azioni altrui perché il poterle considerare come la conseguenza di uno stato mentale (ad esempio, una falsa credenza o un desiderio personale), invece che di una realtà oggettiva, permette di distanziarsene e di relativizzarle, senza costringere ad una visione ineluttabilmente minacciosa del mondo o, peggio, ad una

visione negativa di sé per salvare l'oggetto.

Per Fonagy e Target la mentalizzazione non è un processo di tipo esclusivamente cognitivo, perché riguarda la comprensione *esperienziale* dei propri stati mentali, inclusi i significati soggettivi delle emozioni e dei sentimenti. Il suo sviluppo dipende dalle modalità e dal tono affettivo con cui le figure di attaccamento istintivamente reagiscono agli stati emotivi del bambino. Le manifestazioni emotive che rispecchiano quelle del bambino, infatti, vengono da questi percepite ed associate ai suoi stati interni,³ inizialmente sperimentati a livello solo corporeo. In questo modo, progressivamente, il bambino può imparare ad accorgersi di essi, a formarsi una rappresentazione mentale degli stessi e a riconoscerli quando riemergono; processo che è alla base delle capacità di regolazione affettiva e di controllo degli impulsi. Inoltre, laddove il *caregiver* riflette l'emozione del bambino in modo non solo accurato, ma anche non eccessivamente realistico (ad esempio, esagerando il tono di voce o l'espressione del volto), gli comunica implicitamente di esserne consapevole ma anche di sapervi far fronte senza esserne travolto. Tutto ciò ha un effetto tranquillizzante nei confronti delle emozioni negative del bambino, perché segnala che l'affetto è stato compreso e accolto, ma anche che non viene vissuto realmente dall'adulto (almeno, non nello stesso modo del bambino); il messaggio è che può essere trattato come uno stato mentale soggettivo che non comporta, di per sé, conseguenze reali.

Anche se non sempre, in condizioni di attaccamento sicuro ciò si verifica abitualmente, e in modo inconsapevole, grazie alla capacità riflessiva dell'adulto, che gli permette di formarsi una rappresentazione mentale dello stato interno del bambino (rappresentazione che quest'ultimo è poi in grado di interiorizzare incrementando, così, le proprie capacità di regolazione emotiva).

Al contrario, tanto più è compromessa la funzione riflessiva del *caregiver* tanto più è difficile che questi possa rispecchiare adeguatamente lo stato mentale del bambino. La conseguenza è una limitazione più o meno grave dello sviluppo della mentalizzazione nel bambino. Quando l'adulto viene schiacciato dai propri sentimenti dolorosi, la sua risposta emotiva sarà eccessivamente realistica e anche il bambino rimarrà schiacciato dal proprio stato affettivo. A questi mancherà, quindi, la tranquillità sufficiente per formarsi una rappresentazione secondaria del proprio stato interno, perdendo un'occasione per riconoscerlo e classificarlo come tale. Inoltre, cosa altrettanto grave, non gli sarà possibile distinguere il vissuto dalla realtà, con il rischio di permanere in uno stato di *equivalenza psichica*, laddove ciò che si prova corrisponde al vero, in quanto riflesso e amplificato dal *caregiver*.

Queste lacune nei processi originari di mentalizzazione diventano particolarmente pesanti in condizioni di abuso e trascuratezza grave, limitando le potenzialità di regolazione affettiva: rimane infatti difficile considerare il comportamento dell'altro come motivato da uno stato mentale, e la propria condizione emotiva come una produzione della propria mente.

Ma, oltre a ciò, emergerà un massiccio uso difensivo di questi difetti di base, come strategia primitiva per attenuare l'impatto dei successivi traumi che incorreranno nel corso del tempo. Un intero ambito di funzionamento psichico verrà attivamente inibito per impedire il dolore legato al significato dell'esperienza. Come afferma lo stesso Fonagy, in tali casi "diventa doloroso ... pensare ai propri desideri, se ciò include la necessità di dover pensare anche al desiderio fin troppo reale che ha il genitore di fargli del male" (1991, p. 49). L'inibizione difensiva della capacità di pensare ai propri stati interni rende fortemente vulnerabili all'emergenza delle emozioni e impedisce l'accesso ad un'intera modalità di funzionamento mentale, predisponendo alla disregolazione in condizioni di *stress*. Condizioni che si verificano tipicamente nelle relazioni affettivamente cariche.

In base alla teoria della mentalizzazione il soggetto borderline è, quindi, una persona che va incontro alla disorganizzazione mentale e comportamentale, perché incapace di rappresentarsi mentalmente gli stati affettivi, i pensieri, i desideri, le credenze, le intenzioni (e così via) sia in se stesso sia negli altri. Per questo, vive l'insorgenza di emozioni negative che si verifica nei contesti intersoggettivi come l'invasione di

sensazioni estranee e non simbolizzabili, di cui non può che restare vittima.

Elementi problematici della teoria della mentalizzazione

Questo contributo, incentrato sulla teoria della mentalizzazione, dà uno spunto notevole alla comprensione della patologia borderline, soprattutto se si considera la disregolazione emotiva come dimensione nucleare di tale disturbo. Comunque, nel proseguire con l'intento di confrontarci con questa patologia dal punto di vista della psicoanalisi relazionale, bisogna tenere presente che la posizione di Fonagy e collaboratori non si colloca pienamente in questo ambito teorico. Vediamo, in sintesi, perché.

Innanzitutto è lo stesso Fonagy ad affermare esplicitamente di appartenere alla tradizione psicoanalitica delle Relazioni Oggettuali e della Psicologia del Sé, e di sentirsi vicino ad autori come Winnicott, Bion e Kohut.

La teoria della mentalizzazione prevede che il bambino, all'origine, sia istintivamente portato ad esprimere i propri stati affettivi, ma non sia in grado di riconoscerli e, tanto meno, di autoregolarli. È la madre ad essere istintivamente portata a coglierli e rispecchiarli. L'autoregolazione sarebbe quindi conseguente alla co-regolazione, perché la rappresentazione secondaria degli stati affettivi del bambino si realizzerebbe per "*internalizzazione della funzione di regolazione affettiva materna*" (Fonagy e coll., 2002, p. 141, corsivo aggiunto).

Gli autori specificano ulteriormente la loro posizione affermando che la teoria "del bio-feedback sociale serve a chiarire il meccanismo psicologico sottostante almeno ad alcuni dei processi evolutivi discussi, per esempio, nel modello di Winnicott della funzione dell'*holding* materno (...), nel modello di Kohut del rispecchiamento materno (...) o nel modello di Bion del contenimento materno (...)". Si collocano, quindi, chiaramente, nel solco di quella tradizione che attribuisce "una forte enfasi sul *ruolo causale* svolto nello sviluppo psichico del paziente dalla abilità e dalla propensione, biologicamente determinate, della madre di leggere, modulare e rispecchiare i comportamenti espressivi dello stato del bambino" (Ibid., p. 142, corsivo aggiunto).

A differenza di questa posizione, la psicoanalisi relazionale non può essere assimilata ai filoni teorici delle Relazioni Oggettuali e della Psicologia del Sé. Mitchell parlava di questi approcci riferendoli a quello che chiamava "modello dell'arresto evolutivo" e teneva a sottolineare la propria distanza da esso (1988, p. 120). In effetti, una visione costruttivista e sistemica dello sviluppo e della psicopatologia, propria dell'orientamento relazionale, non consente, a mio avviso, di ammettere che l'oggetto esterno abbia un ruolo causale così determinante.⁴

In secondo luogo, per Fonagy e coll. l'intersoggettività non è data all'inizio, ma è una conquista evolutiva che procede con lo sviluppo della mentalizzazione e che può essere raggiunta solo successivamente alla formazione di rappresentazioni secondarie di stati mentali (a sua volta, conseguente al rispecchiamento affettivo e, quindi, all'intervento regolativo della madre).

Tuttavia, in ambito relazionale è molto seguito quel filone di ricerche sull'infanzia che è portato avanti dal Boston Change Process Study Group di cui fanno parte, tra gli altri, Louis Sander, Daniel Stern, Edward Tronick e Karlen Lyons-Ruth, e che sembra andare in una direzione diversa. Naturalmente, bisognerebbe trovare un accordo su che cosa si intende con il termine *intersoggettività*, ma sembra innegabile che da questo settore di ricerca emerga un bambino maggiormente attivo nella relazione con l'ambiente e nella costruzione del proprio modo di essere.

Sander (2002) afferma che ogni sistema vivente è in grado di auto-organizzarsi in modo separato e autonomo (è il concetto della "attività primaria" di Von Bertalanffy), anche se ha bisogno di un ambiente sociale per poterlo fare.

Stern (2004) parla di menti mutualmente sensibili fin dalla nascita.

Tronick (1998) sostiene che gli stati mentali di ciascun individuo, bambino compreso, evolvono verso condizioni di maggiore complessità e coerenza grazie a quella che chiama "espansione diadica degli stati di coscienza": un processo comunicativo mutualmente microregolatorio all'interno del sistema diadico.

Infine, su un piano più strettamente filosofico, Fonagy e coll. (1995, pp. 83-84) fanno anche riferimento a Hegel (1807) e al suo concetto di *autocoscienza* per sostenere la loro tesi secondo cui il nucleo del Sé del bambino, e la capacità di regolare i propri stati interni, è il frutto dell'interiorizzazione dell'immagine del genitore che pensa al bambino come soggetto intenzionale.

Fra gli analisti che si occupano di autoriflessività, capacità riflessiva e altre nozioni analoghe a quella di mentalizzazione, è comune questo riferimento al concetto hegeliano di autocoscienza; ed è comune anche questa interpretazione secondo la quale lo sviluppo dell'autocoscienza sarebbe basato sul riconoscimento da parte dell'altro.

Ciononostante, questa lettura del pensiero di Hegel può essere il risultato di un fraintendimento. Minolli (2000), e Minolli e Tricoli nello *Psychoanalytic Quarterly* del 2004 hanno ipotizzato che essa sia dovuta al fatto che Hegel è stato introdotto in psicoanalisi da Lacan il quale, a sua volta, aveva seguito le lezioni sulla *Fenomenologia dello spirito* tenute a Parigi da Kojève, a partire dal 1933. Citando anche quanto scrive il filosofo Olivieri (1972), questi autori sostengono che la consistenza che Kojève attribuisce all'altro come essenziale al riconoscimento di sé è assente in Hegel, anche se questa è l'interpretazione che spesso ne viene data in psicoanalisi.

L'autocoscienza è una proprietà emergente del soggetto e il desiderio di riconoscimento è solo un momento del suo processo di affermazione, legato al bisogno umano di entrare in relazione; ma la coscienza di sé procede con l'assunzione anche, e soprattutto, del proprio investimento sull'oggetto. Altrimenti, come affermano Minolli e Tricoli (2004), "dare al riconoscimento, e quindi all'altro, un potere strutturante il sé rende il sé alienato ed estraniato da sé, visto che dipenderebbe di fatto dall'altro o dal riconoscimento dell'altro".

In effetti, l'assunto secondo cui l'acquisizione dell'autocoscienza dipende da se stessi, valorizza la dimensione relazionale. Infatti, così come nel modello freudiano l'oggetto assume un ruolo del tutto secondario rispetto alla pulsione, in modo analogo, in un'ottica di dipendenza dal riconoscimento esterno, l'oggetto esisterebbe in funzione dei bisogni del soggetto e ne verrebbe negata l'esistenza in quanto altro uguale a sé.

Le precisazioni appena fatte non sminuiscono l'importanza dell'apporto di Fonagy alla comprensione della patologia borderline. Il ruolo centrale assegnato a modalità difensive che inibiscono le capacità di simbolizzazione e mentalizzazione, e cioè il funzionamento psichico stesso (oltre ai tradizionali meccanismi di difesa che riguardano specifici contenuti mentali ed esperienze emotive), collocano questi contributi all'interno di una tendenza che da più parti si va affermando ormai da tempo.⁶

Proverò adesso a sviluppare questa proficua linea di pensiero in un modo che, spero, possa risultare più aderente ad una visione genuinamente relazionale dello sviluppo e della psicopatologia.

Una prospettiva relazionale per la patologia borderline

Nel perseguire questo scopo, mi avvarrò ancora dell'apporto di Minolli e Tricoli (2004) che, insieme ad altri colleghi in Italia, propongono una prospettiva denominata "Psicoanalisi della Relazione".

All'interno del pluralismo di voci che è proprio del movimento relazionale, un aspetto che caratterizza le idee di questo gruppo⁷ è rappresentato dall'attenzione particolare rivolta al soggetto, inteso come sistema dotato di una sua coerenza e organizzazione, che si sviluppa nella relazione con l'altro. Si tratta di una connotazione rilevante perché, solitamente, l'interesse degli autori relazionali si concentra sullo studio del

sistema bipersonale (bambino-genitore, paziente-analista, ecc.), lasciando un po' sullo sfondo il soggetto così come si va organizzando in quanto tale e che rappresenta, a tutti gli effetti, anch'esso un sistema (Fontana, 2006). Probabilmente ciò è in parte dovuto al bisogno di superare l'approccio monopersonale che ha contraddistinto il modello pulsionale e, per certi versi, anche quello delle Relazioni Oggettuali e della Psicologia del Sé.

Tuttavia, una forte considerazione del mondo soggettivo del singolo individuo, partecipante all'interazione, non fa correre il rischio di uscire da un'ottica relazionale. Oltre a tutte le acquisizioni ottenute grazie a quella parte della ricerca infantile che sostiene il ruolo centrale delle capacità auto-organizzative del bambino nel contesto relazionale (si vedano, ad esempio, i già citati lavori di Sander e Tronick), vi è un insieme di apporti provenienti da altre discipline della mente, non direttamente connesse con la psicoanalisi, che va in questa direzione.

Ad esempio Varela (1997, 2001), nell'ambito dei suoi studi condotti da un punto di vista neurofenomenologico, conferma che la coscienza è un fenomeno situabile nel ciclo interattivo tra organismo e ambiente; ma ribadisce anche che l'*azione* che la fa emergere non può che appartenere al sistema biologico, cioè al singolo individuo e ai suoi processi auto-organizzativi.

Ancor più chiaramente, Cesare Maffei (2002) illustra in modo esemplare quanto un modello veramente interazionista dello sviluppo della personalità non possa prescindere da una visione dell'uomo come entità auto-organizzante. Nel processo di interazione fra risorse interne ed esterne, che trasforma la realtà preesistente in nuove realtà, è l'organismo stesso ad essere considerato l'organizzatore attivo del proprio sviluppo. Diversamente, bisognerebbe prevedere che lo sviluppo si organizzi spontaneamente in base alla libera interazione tra fattori evolutivi; ciò vorrebbe dire che due classi di variabili indipendenti, interne all'organismo e ambientali, interagendo fra di loro siano in grado di dar luogo alla "variabile dipendente" *sviluppo*. Tuttavia, questo corrisponde ad una concezione che continua a vedere organismo e ambiente come entità separate fra loro: si reificano fattori interni ed esterni come se fossero realtà effettivamente esistenti indipendentemente l'una dall'altra, dalla cui combinazione deriverebbe la realtà concreta dello sviluppo. Si scivolerebbe in un interazionismo solo apparente, di superficie, che invece di cogliere le transazioni che avvengono nel sistema individuo-ambiente, si limita a ripartire fattori di sviluppo tra interno ed esterno, come se fossero, appunto, realtà concepibili indipendentemente l'una dall'altra.⁸

Inoltre, l'individuo risulterebbe passivo rispetto a fonti di organizzazione estrinseca, essendo in questo caso anche le risorse interne da considerare come *esterne* allo sviluppo in sé, in quanto realtà precostituite pronte a combinarsi con presunte risorse ambientali. In un'ottica relazionale non possono esistere risorse al di fuori dell'interazione: è solo nell'interazione dinamica tra individuo e ambiente, considerati come appartenenti ad un unico sistema, che si formano risorse, come pure limiti, per lo sviluppo.

In modo coerente con questa prospettiva che pone l'individuo al centro dei processi evolutivi, già da diversi anni Minolli parla di *Soggetto* per riferirsi all'essere umano, e alla sua dimensione psichica, come sistema unitario che si costituisce e prende forma all'interno della relazione, auto-organizzandosi (Minolli, 1993b). L'uso del termine *Soggetto* o, anche, *Io-soggetto* (Minolli, 2004a, 2004b, 2005, 2006; Minolli, Coin, 2006; Minolli, Coin, 2007; Tricoli, 2001) piuttosto che di *Sé*, più familiare in ambito psicoanalitico, è stato scelto per evitare il rischio di reificare un concetto che serve ad esprimere l'aspetto di "organizzazione" del sistema umano (Minolli, Tricoli, 2004).

Come conseguenza di questa impostazione teorica, quel campo di capacità psichiche, cui i vari autori fanno riferimento quando usano termini come *mentalizzazione*, *capacità riflessiva*, *autoriflessività*, *coscienza riflessiva*, *autocoscienza* e così via, va quindi visto come una proprietà del Soggetto e come frutto dei suoi processi di auto-organizzazione, seppure all'interno delle transazioni che si svolgono nel sistema relazionale di cui fa parte.

Inoltre, in quanto organizzatore attivo del proprio sviluppo, è possibile ipotizzare che il Soggetto si doti

di modalità organizzative del proprio costituendo modo di essere, che siano strutturate e tendenzialmente stabili, anche se soggette a trasformazione, ristrutturazione e riorganizzazione durante l'intero ciclo di vita.

Naturalmente, finché ci si muove all'interno di concetti come *struttura*, *organizzazione* o *coscienza riflessiva*, si rimane in un ambito molto generale, che riguarda proprietà comuni ad ogni essere umano, a loro volta implicate nel funzionamento globale della persona, non solo a livello psichico. Se la riflessione si sposta nel campo della psicopatologia, o anche solo del disagio, si può ritenere probabile che difetti o inibizioni difensive di queste capacità siano sempre implicate in qualche misura. Visto che la capacità di essere coscienti di sé, dei propri stati mentali e del proprio modo soggettivo di sperimentare e rapportarsi con il mondo è fortemente coinvolta nei processi di autoregolazione e regolazione interattiva, è chiaro che essa debba essere profondamente limitata in tutte quelle patologie gravi di personalità caratterizzate da instabilità nei vari ambiti di funzionamento. Infatti, Fonagy riferisce espressamente il *deficit* difensivo di mentalizzazione ai fenomeni borderline in senso lato (regressioni drammatiche, dipendenza intensa alternata a rotture nei confronti del terapeuta, forte labilità emotiva, agiti transferali, manifestazioni psicotiche transitorie, e così via); fenomeni che emergono nella relazione con pazienti la cui diagnosi è riconducibile a quadri clinici anche molto diversi fra loro.

Dove ci può portare, invece, la considerazione della effettiva esistenza di uno specifico stile di personalità caratterizzato da disregolazione emotiva, alla luce del modello interazionista dello sviluppo? In altre parole, quale significato psicopatologico può avere la patologia borderline in senso stretto, all'interno del più vasto gruppo dei disturbi di personalità?

In un articolo sulla patologia borderline, Minolli (1993a) parla di *strategie* inconsce per riferirsi ad un particolare tipo di strutture psichiche del Soggetto finalizzate al mantenimento di un rigido equilibrio, corrispondente all'arresto dell'autocoscienza di fronte a determinati ambiti di esperienza; e ne identifica una (vedremo tra breve quale) come possibile spiegazione della fenomenologia di questo disturbo.

Seguendo Hegel, Minolli (2007) vede l'autocoscienza come una qualità che caratterizza globalmente l'essere umano, una presenza a se stessi ad un livello non solo mentale, e in questo c'è una differenza concettuale rispetto alla mentalizzazione di Fonagy. Viene comunque considerata anche qui l'eventualità che il Soggetto si astenga dalla possibilità di dare un significato personale all'esperienza e, soprattutto, di coglierne la natura soggettiva (laddove questo comporti un dolore troppo elevato). Sono le condizioni in cui è più facile non "pensare" l'esperienza, coglierla ad un livello solo oggettivo e, quindi, svuotata dei suoi significati relazionali e della dimensione psichica.

Le strategie di cui si parla sono inconsce nella loro funzione, che è quella di salvaguardare questo *status quo*. Fra le diverse modalità strutturate di funzionamento soggettuale, sono pensate come le più rigide forme di mantenimento della chiusura al rapporto con se stessi e con gli altri. Hanno l'obiettivo di stabilizzare il sistema su livelli di funzionamento ai quali sono precluse le *chance* di potersi riconoscere come agente attivo nella costruzione del proprio mondo rappresentazionale, almeno in quegli ambiti relazionali intrisi di maggiore sofferenza.

Con le dovute cautele rispetto al sempre presente rischio di reificazione, il ricorso ad un concetto come quello di strategia è una logica implicazione della visione unitaria del Soggetto, in quanto è riferito all'assetto globale del sistema e ad una concezione olistica del suo funzionamento che è finalizzato al massimo grado di coerenza possibile (Sander, 2002). Rispetto a nozioni più tradizionali, come quelle di meccanismo di difesa, esso ha lo scopo di rendere conto dell'orientamento generale del Soggetto e delle sue modalità ricorsive, piuttosto che di determinati *pattern* di interazione più o meno occasionali; semmai, è più vicino a concetti come quello di difesa caratteriale (Reich, 1933) o di struttura della soggettività (Stolorow e Atwood, 1992), fatte salve le differenze teoriche di fondo. D'altro canto, il termine "strategia" è usato abbastanza spesso da vari autori (ad esempio, Liotti, 1999 e 2001, Zanarini, 1993) proprio per intendere modalità generali di funzionamento che, seppur disfunzionali, sono finalizzate all'adattamento: è

proprio l'aspetto di "finalizzazione" che vuole essere evidenziato con questo termine, in riferimento al Soggetto inteso come sistema unitario auto-organizzantesi.

Tenendo presente gli sviluppi delle conoscenze sulla disorganizzazione mentale dei pazienti con gravi disturbi di personalità raggiunti grazie al lavoro di Fonagy, l'uso del concetto di strategia può aiutare a capire i diversi possibili modi in cui si può esprimere il disagio a questo livello. Può, in altre parole, fare nuova luce sulla questione della effettiva presenza "in natura" (come dicono Westen e coll., 2003) di diversi stili di personalità disturbati, anche se similmente instabili sul piano emotivo, comportamentale e relazionale.

La strategia prevalente che, secondo Minolli, è adottata in modo inconscio dal paziente borderline è quella della dipendenza, o affidamento passivo: una modalità rigidamente strutturata di organizzare l'esperienza secondo linee che seguono contenuti esterni al Soggetto, in modo da mantenere una distanza dai possibili significati personali e dalla eventualità di cogliersi riflessivamente come essere pensante. Alla luce di altre riflessioni fatte qui, si potrebbe aggiungere che tale strategia difensiva abbia la funzione primaria di salvaguardare il Soggetto dal dolore troppo grande e dalla disregolazione eccessiva a cui lo affaccerebbe l'attivazione della coscienza riflessiva nelle relazioni significative. Come sostiene Fonagy, infatti, la capacità di mentalizzare le emozioni è un fattore protettivo nei confronti dei traumi, ma è anche vero che vi possono essere ambiti di significato che espongono il soggetto a stati di maggiore disregolazione: il significato può essere più angosciante di un adattamento passivo agli eventi percepiti.

La dipendenza, come strategia inconscia, si rende evidente nelle relazioni intense e avvinghianti, che facilmente falliscono esitando nella rabbia esplosiva e in atti autolesivi che, a loro volta, riattivano l'accudimento da parte degli altri. È una posizione coerente con quella da sempre sostenuta da Gunderson (Gunderson e Kolb, 1978; Gunderson, 2001), che vede nella intolleranza alla solitudine il fattore sovraordinato di spiegazione del quadro clinico. Ma questa ipotesi è stata formulata nel 1993 ed è basata sui dati del tempo, in riferimento al profilo diagnostico emergente dai criteri del manuale diagnostico dell'APA (all'epoca, il DSM-III-R); le evidenze a sostegno della disregolazione emotiva come *core dimension* della personalità borderline non erano ancora disponibili. Un esempio clinico può aiutare a capire quanto questa impostazione possa risultare ora inadeguata, con il rischio di indurre in errore.

Anna è una donna di 32 anni che arriva all'attenzione degli operatori del Dipartimento di Salute Mentale in occasione di un ricovero per tentato suicidio: si era procurata una serie di tagli, anche longitudinali, su entrambe le braccia in seguito ad un litigio con il compagno. Questi, come già era accaduto varie volte, aveva minacciato di cacciarla di casa con il figlio più grande, avuto a venti anni da una precedente relazione. In anamnesi erano presenti altri episodi del genere, insieme a manifestazioni ricorrenti di rabbia esplosiva. Un evento che impressiona particolarmente lo *staff* di cura risale a un anno prima quando, apostrofata in modo osceno nel traffico dall'autista di un furgone, Anna si era lanciata contro di lui con la propria utilitaria, fratturandosi un polso e distruggendo la propria auto, ma provocando solo lievi danni all'altro mezzo. Nonostante sia affettivamente ed economicamente dipendente dal convivente, ha frequenti rapporti sessuali con altri uomini, a volte in assenza di precauzioni igieniche. Non ha un'occupazione stabile e si dedica costantemente ai figli, di 6 e 12 anni, anche se più volte li ha lasciati a scuola senza andarli a prendere all'uscita, perché "presa dalla frenesia delle mille cose da fare nella giornata". Una volta ha fatto scendere a forza il figlio più piccolo dall'auto, perché furiosa con lui che non riusciva a capire che Jack Sparrow (il pirata del ciclo di film della Walt Disney) non è un personaggio molto buono, visto che pensa prima di tutto ai propri interessi (il bambino era poi stato riaccompagnato a casa da un negoziante del quartiere, che lo aveva visto vagare da solo per la strada). Sulla base di questi elementi e dello stato caotico nel quale si trovava al momento del ricovero, gli psichiatri fanno una diagnosi iniziale di Disturbo Borderline di Personalità, che non verrà più riconsiderata in seguito.

Come dicevo, questo caso si presta bene ad esemplificare quanto viene proposto in questo lavoro. La situazione di Anna sembra compatibile, in effetti, con i criteri del DSM-IV per il disturbo borderline, ma ciò non basta a far emergere che cosa è prevalente nella personalità di questa donna. Certamente si tratta di un quadro caratterizzato da forte instabilità. I fenomeni borderline cui si riferisce Fonagy e la tradizione psicoanalitica sono presenti ed è assai prevedibile che compariranno nella relazione psicoterapeutica. Anche l'episodio dell'abbandono del piccolo per strada dimostra quanto per questa donna sia difficile rappresentarsi gli stati mentali, non riuscendo a concepire il sistema di credenze e affetti di un bambino di sei anni (oltre che, probabilmente, il proprio stato emotivo elicitato dal personaggio "egoista" di Jack Sparrow). È anche verosimile un attaccamento disorganizzato, avendo avuto un padre alcolista e violento (morto poi di cancro cirrosi quando lei aveva tredici anni) e una madre anche più violenta sul piano fisico. Tuttavia, dai successivi colloqui e poi in psicoterapia, emerge una dimensione di personalità che non era stata notata all'inizio.

Anna non è sposata perché l'uomo con cui vive da otto anni non vuole un legame vincolante, però ha avuto con lui il secondo figlio per assecondarlo nelle sue richieste di non essere da meno rispetto al padre del primogenito. Lavorava come ausiliaria in una scuola statale con un contratto a tempo indeterminato, ma ha dato le dimissioni, a suo dire contro voglia e sempre per assecondare il compagno e le richieste di occuparsi del figlio piccolo.

Da allora è completamente nelle sue mani per la sussistenza propria e del figlio maggiore ed è continuamente sottoposta ad umiliazioni sul proprio ruolo, con le frequenti minacce di essere cacciata di casa. Ma il compagno soffre di disturbi d'ansia e durante le crisi lei lo accudisce come una mamma per calmarlo. Per addormentare i bambini, per molti anni ha continuato a tenerli attaccati al seno tutte le sere (lo fa ancora con il più piccolo), con un vissuto di sfruttamento molto forte. Come lavoro, fa saltuariamente le pulizie nelle case di qualche conoscente, ma a volte si ferma più del dovuto senza farsi pagare per questo.

Se si tiene conto della riclassificazione dei disturbi di personalità operata da Westen, piuttosto che nel profilo denominato "disforico: con disregolazione emotiva", questa donna sembra rientrare maggiormente in quello "dipendente-masochista", anche se non vi coincide in modo perfetto, vista l'espressività della rabbia. L'insieme di modalità relazionali che appare dalla storia di Anna mostra una forte tendenza a farsi sfruttare e a sottomettersi al volere altrui assumendo il ruolo di vittima, compensata dagli atteggiamenti di protesta e dagli scoppi d'ira. Tendenza che permette di vedere in modo coerente i diversi tratti del suo comportamento e di dare senso e ai suoi scoppi emotivi. Per quanto emotivamente instabile ed impulsiva, Anna sembra aver trovato un suo stile di rapporto con se stessa e con gli altri, basato su strategie strutturate che, sebbene assai disfunzionali, le permettono almeno di aderire ad un sistema di significati personali che funzioni da riferimento, preservandola, per la maggior parte del suo tempo, dal caos e dall'angoscia senza nome.

Un quadro di questo genere somiglia a quello che Nancy McWilliams (1994) chiama *personalità masochistica autodistruttiva*. Non si tratta di piacere per il dolore, ma di un modo estremo per mantenere la vicinanza con l'altro. Citando Reik, la McWilliams fa presente quanto l'*acting out* masochistico possa avere una funzione comunicativa e di regolazione affettiva all'interno del rapporto (ad esempio, "Guarda quanto soffro!" o "Guarda che cosa mi fai fare!").

La componente "dipendenza", che è molto evidente a livello comportamentale, può quindi essere concettualizzata anche come strategia inconscia, adottata a livello generale dal soggetto e che comprende i diversi meccanismi di difesa eventualmente impiegati: porta Anna ad affidarsi passivamente al volere dell'altro e ad annullarsi in esso, tenendola lontana dall'esperienza di riconoscersi nei propri desideri e bisogni soggettivi. Per esempio, ma è solo un'ipotesi espressa a titolo esemplificativo, potrebbe essere l'unico modo che ha trovato per sopravvivere conservando un legame con una figura paterna vulnerabile e

aggressiva.

Il concetto di strategia inconscia, in quanto espressione di inibizioni o blocchi a livello di coscienza riflessiva, va collegato a quello di *identità*.

Non mi riferisco qui al modo in cui tale concetto viene inteso da Erikson o Kernberg, ma all'identità in quanto processo di riconoscimento di sé nello spazio e nel tempo, così come ci si va scoprendo grazie alla propria capacità riflessiva (Minolli, 2004a, 2006). Quindi, una *presenza a se stesso* del soggetto, che si attua in modo processuale nel corso dell'intero ciclo di vita. "Una presenza che non ha necessariamente contenuti razionali o verbali, ma che, pur essendo collegata alla riflessività, si pone come riconoscimento esperienziale di sé" (Minolli, 2006, p. 173).

Si tratta di un riconoscimento mai pieno, sempre sofferto e soggetto alle limitazioni imposte dalla umana capacità di sopportare il disagio. Se tale presenza del soggetto a se stesso è anche espressione della sua capacità riflessiva, laddove questa risulterà inibita nella sua attuazione si creeranno dimensioni di "non presenza", aree buie, escluse dalla sfera psichica. Non si tratta di rimozione o dissociazione di contenuti mentali specifici, ma di un vuoto di significati su di sé in relazione con il mondo in ambiti più o meno ampi di esperienza. Di fronte a un tale vuoto, al mancato riconoscimento di sé in determinate aree della propria esistenza, è possibile che il soggetto si riorganizzi strutturando una identità vicariante, di copertura, che gli restituisca una percezione di sé la quale, per quanto illusoria, funzioni da riferimento interiore.

È a questo livello che le strategie inconscie possono essere pensate come modalità autoregolative, funzionali al mantenimento di una tale identità, fondata sulla mancata presenza del soggetto a se stesso. Ad esempio, è possibile immaginare che la dipendenza, come modalità relazionale e come strategia inconscia, consenta ad Anna di stabilizzarsi attorno ad un insieme di convinzioni profonde e ad un senso di sé incentrato su una identità definibile come "vittima-carnefice". La dimensione di "vittima", a lei più familiare, avrebbe un ruolo protettivo nei confronti di quella di "carnefice", a cui la affaccerebbe il contatto con i propri desideri. Ma entrambe, nei loro aspetti consci e inconsci, si collocherebbero sullo stesso piano, in quanto espressione di una chiusura o irrigidimento di fronte a una possibile evoluzione del proprio sistema di significati nelle transazioni con l'ambiente.

Va comunque ricordato che stiamo qui parlando di disturbo disforico di tipo *dipendente-masochista* e non di patologia borderline. È solo accontentandosi dei criteri dell'Asse II che è possibile diagnosticare come borderline Anna, ma sappiamo quanto ciò sia fondato su un artefatto procedurale piuttosto che su evidenze empiriche.

Mario si presenta al primo colloquio con un'autodiagnosi di disturbo da attacchi di panico. È disperato e terrorizzato, e chiede aiuto per trovare sollievo in una vita fatta di angoscia. Ventotto anni, da quattordici entra ed esce da casa dei genitori, con un rapporto molto conflittuale col padre alcolista e violento, e una madre che sembra assente dai suoi pensieri. Ha fatto uso abbondante di stupefacenti e alcolici di ogni tipo fino all'età di ventisei anni quando, alla comparsa di un primo attacco di panico dopo una dose di cocaina, si è spaventato e ha deciso di troncare il suo rapporto con le sostanze. Così ha fatto, apparentemente senza grossi problemi di astinenza, ma continuando a soffrire quasi giornalmente di gravi sintomi da lui ricondotti a crisi di panico. In realtà, dall'anamnesi anche remota la psicoterapeuta deduce la presenza di un gravissimo stato di ansia generalizzata, nonché transitori e frequenti sintomi dissociativi e sviluppi paranoidi (che quando compaiono lo rendono violento e pericoloso per gli altri e per se stesso).

Nel tempo, vari psichiatri gli hanno prescritto neurolettici e antidepressivi che, anche a dosaggi bassi, hanno sempre scatenato gravi effetti collaterali che Mario non ha sopportato, inducendolo a smettere. Fa solo un uso smodato e disordinato di ansiolitici. Con le donne ha continui rapporti burrascosi e di estrema dipendenza affettiva che durano pochi mesi. Molte crisi emotive sono scatenate da situazioni conflittuali in tali relazioni che, comunque, sono contraddistinte da interruzioni e da rapporti sessuali occasionali con

altre ragazze. Vive di espedienti, in parte sovvenzionato dalla famiglia, in parte lavorando saltuariamente presso il negozio del padre o grazie ad aiuti fortuiti.

In questo caso il nucleo dei problemi psicopatologici sembra effettivamente consistere nella disregolazione emotiva, vissuta con un disagio ed una sofferenza tali da spingere il soggetto a cercare qualunque mezzo per trovare sollievo; dall'uso di sostanze all'appoggio sull'altro. È chiaro che anche qui vi è una forte componente di dipendenza, ma si tratta di qualcosa di diverso dall'affidamento passivo di Anna, sia sul piano fenomenico, sia su quello dei processi inconsci: è una dipendenza dalla presenza fisica di qualcuno a cui legarsi in modo avvinghiante e disperato per cercare una regolazione eteroindotta, ma che spesso porta a ulteriore disregolazione (proprio come sembra accadere nella dipendenza da sostanze). Ma, soprattutto, è lo stato emotivo incontrollabile a prevalere su un qualunque stile generale di funzionamento basato su strategie o principi organizzativi strutturati.

In base alla prospettiva relazionale qui proposta, a partire da una concezione dell'individuo come sistema auto-organizzante viene ipotizzato che strategie autoregolatrici inconsce possano avere la funzione di sostenere un'identità rigida e di copertura; lungi dall'essere espressione di una presenza del soggetto a se stesso tale identità avrebbe una funzione difensiva che stabilizza il sistema su una posizione di chiusura e di ritiro rispetto a diverse possibili linee evolutive (compreso il ricorso alle sue capacità di mentalizzazione e alla coscienza riflessiva).

Seppur nel disagio e in una condizione di relativo caos, con le sue strategie di tipo dipendente Anna pare aver trovato dei principi organizzativi abbastanza stabili in cui ritrovarsi che, da un lato, la preservano da livelli di maggiore disorganizzazione (dando un qualche senso alla sua esistenza) e, dall'altro, la trattengono in uno stato di rigidità che le preclude altre strade rispetto alle soluzioni storicamente adottate.

Mario, che rientra pienamente nella descrizione del disturbo disforico con disregolazione emotiva, non sembra invece ruotare attorno ad un tema esistenziale, o ad un insieme circoscritto di temi sufficientemente definito. Le sue strategie variano con l'occasione e, anche se non si escludono del tutto aree di coerenza, vive in uno stato di perenne discontrollo emotivo, come è proprio della disregolazione dei borderline.

Se dall'esame di casi specifici (che è legittimo utilizzare solo a titolo esemplificativo e non per dimostrare alcunché) ci si sposta ad un livello più generale, è possibile trarre delle conclusioni che possono risultare chiarificanti in ordine al senso che può avere la patologia borderline rispetto agli altri disturbi di personalità.

La regolazione emotiva è un fattore di importanza cruciale nello sviluppo di ciascun individuo. All'interno del sistema di mutua regolazione *bambino-caregiver* ciascun soggetto organizza attivamente il proprio sviluppo e ricerca continuamente modalità di regolazione ottimale di sé e dei propri stati interni, anche coinvolgendo l'altro. È verosimile che nel corso degli anni il bambino, e poi l'adolescente, vada strutturando principi organizzativi tendenzialmente stabili, anche se soggetti a continua evoluzione e trasformazione. Un bambino che è stato troppo spesso preda di *arousal* emotivi fuori controllo (nel primo anno di vita la condizione paradigmatica è quella dell'attaccamento disorganizzato) avrà a che fare con maggiori difficoltà: come è stato ampiamente trattato qui, la mentalizzazione è potenzialmente protettiva e favorisce lo sviluppo, ma può essere attivamente inibita per proteggersi da ulteriore disregolazione. Con tali condizioni iniziali è più facile che il soggetto vada organizzandosi su principi disfunzionali, ma percepiti come i più sicuri in base all'esperienza. In molti casi la ricerca di sollievo e di una qualche tranquillità emotiva può spingere verso soluzioni che restituiscano un minimo di coerenza, e il costituirsi di una identità vicariante e difensiva può essere una di queste.

Abbiamo visto l'esempio di una persona dipendente e masochista, ma si possono considerare anche altri

stili di funzionamento. Un paziente con un disturbo istrionico, che insieme al dipendente è quello che più spesso viene confuso con il disturbo borderline (secondo quanto rilevato da Westen e coll.), può essersi organizzato intorno a un senso di fragilità e impotenza, e l'intensità e la labilità emotiva potrebbero essere strategicamente giocate, contemporaneamente, a suo sostegno e compensazione.

Si potrebbero fare anche altri esempi, ma la questione è che, tendenzialmente, la persona ricerca e costruisce un senso di sé (che comprende anche un sistema di significati personale), spesso misconosciuto e negato nella sua natura soggettiva ma, comunque, con funzioni autoregolative e di protezione dal discontrollo emotivo. Probabilmente, tanto più è misconosciuto e tanto maggiore sarà la sua rigidità e, quindi, la sua ricaduta in termini di psicopatologia. Ma lo stesso ragionamento deve anche portarci a considerare l'eventualità che non sempre ciò si verifichi, e che molti soggetti con gravi limitazioni nelle loro capacità riflessive non trovino soluzioni identitarie definite e strategie stabili di autoregolazione. Il disturbo disforico con disregolazione emotiva potrebbe rappresentare la manifestazione clinica di tale condizione: prevalgono modalità estreme per controllare ed esprimere il dolore (Zanarini, 1993) e un angoscioso senso di mancanza di coerenza del sé, che è la particolare forma che assume il disturbo dell'identità in questi soggetti (la "painful incoherence", rilevata da Wilkinson-Ryan e Westen nel loro lavoro del 2000).⁹

Per quanto riguarda le diverse forme che può assumere la patologia grave di personalità nella popolazione, la strada non è predeterminata. Non è possibile correlare causalmente gli stati precedenti con le vie dello sviluppo. In altre parole, non si può collegare un determinato stile o disturbo di personalità con lo stato originario: un disturbo borderline con disregolazione emotiva, o dipendente masochista, o istrionico, o antisociale psicopatico, o qualunque altro con, ad esempio, un tipo specifico di interazioni con la figura di accudimento all'interno dell'attaccamento disorganizzato. Una questione del genere è fuori luogo in un'ottica sistemica e relazionale: i sistemi dinamici complessi sono sensibili alle condizioni iniziali, ma non lineari e auto-organizzanti.

Conclusioni

Considerata l'importanza che ha la regolazione emotiva per la psicoanalisi relazionale, l'evidenza di uno specifico disturbo caratterizzato proprio da disregolazione non può che suscitare particolare interesse, al di là di questa specifica forma di disagio. All'inizio di questo lavoro avevo manifestato l'intenzione di verificare le ricadute, sul modello psicopatologico generale, di una migliore comprensione della patologia borderline. In effetti, la patologia borderline come disturbo da disregolazione può essere raffrontata con le altre patologie di personalità che, per implicazione diretta, esprimono una qualche forma di regolazione.

Nancy McWilliams, che è nota per la sua passione nel "tradurre in parole le idee che molti condividono ma che pochi hanno espresso" (McWilliams, 2004, p. 50), sostiene che tutti gli psicoanalisti fanno dipendere il modo particolare con cui le persone possono star male dallo stile difensivo adottato (McWilliams, 1994), e questo a prescindere dal livello di gravità della patologia. Credo che ciò sia profondamente vero, al di là delle differenze di linguaggio tra le diverse correnti psicoanalitiche.

Anche il senso generale di quanto proposto qui da un punto di vista relazionale rientra in questo modo di vedere la psicopatologia della personalità. Attribuire un ruolo fondamentale all'identità a cui un individuo si lega per vincolare il senso della sua esistenza significa considerarne la dimensione difensiva. Dimensione che sarà tanto più pesante quanto più espressione di una compensazione e di una copertura del vuoto lasciato dall'inibizione della coscienza riflessiva e, più in generale, della capacità del soggetto di essere presente a se stesso.

I diversi disturbi di personalità identificati dall'esperienza clinica e dagli studi empirici possono essere considerati come prototipi di organizzazione difensiva, espressione di una infelice ricerca di coerenza da parte del soggetto di fronte alla perdita del senso di sé e all'angoscia senza nome: tentativi strutturati di

autoregolazione per proteggersi dalla disregolazione.

Portando alle estreme conseguenze questo ragionamento, si potrebbe sostenere che la patologia borderline, in quanto incentrata proprio sulla disregolazione emotiva, sia espressione del completo fallimento di tali tentativi. Una mancanza di qualunque forma di organizzazione difensiva che sia basata su una rigida identità retta da strategie inconsce e volta all'autoregolazione. Ma, per quanto tale eventualità non sia da escludere in assoluto, non è questo che si vuole intendere qui. Sarebbe esagerato affermare che in questi pazienti manchi del tutto un qualche riferimento identitario. Piuttosto, ciò che è evidente è che prevale il discontrollo emotivo e l'angoscia: i sistemi di significato che si vanno strutturando riguardo a sé in relazione al mondo non arrivano ad offrire una forma di regolazione che sia stabile nel tempo. Una delle ricadute maggiori è quindi l'affermarsi di modalità estreme per ricercare sollievo, ma che sono spesso causa di ulteriore disagio.

Un'ultima considerazione riguarda la gravità di questo disturbo. L'ipotesi che rappresenti la manifestazione clinica della insufficienza dei processi regolativi del soggetto non implica che esso sia più grave (o meno grave) di altri. Nelle pagine precedenti ho accennato al disturbo disforico dipendente masochista e al disturbo istrionico, perché clinicamente più vicini al disturbo con disregolazione emotiva, ma i paragoni possono essere fatti con qualunque altro. Se prendiamo come esempio il disturbo paranoide che, nella sua forma più tipica, è forse il massimo della strutturazione rigida dell'identità, non possiamo certo dire che sia di per sé meno grave del borderline. Lo stesso può dirsi per ogni altro.

Non è il tipo di soluzioni adottate che incide sul livello di sofferenza, ma il grado di chiusura del soggetto al riconoscimento di sé e delle proprie modalità organizzative. Nel rapporto tra "essere" e "divenire", un attestarsi sulla prima dimensione a discapito della seconda.

NOTE

¹ Per una storia delle origini e dei successivi sviluppi della prospettiva relazionale negli USA si veda Aron (1996).

² Gli altri due sub-fattori identificati sono la "contraddittorietà" (una egosintonica mancanza di coerenza nel comportamento) e l'"assorbimento di ruolo" (la tendenza a identificarsi e a definirsi secondo singole etichette).

³ In base alla teoria del biofeedback sociale di Gergely e Watson (1996).

⁴ Naturalmente, anche nell'ambito relazionale non tutti sono d'accordo con tali considerazioni. Ad esempio, Aron (1998) è uno di quegli autori che seguono molto da vicino la teoria di Fonagy.

⁵ Alexandre Kojève, che non era un filosofo, si era interessato ad Hegel da un punto di vista umanistico e sociologico.

⁶ Oltre alla stessa "funzione alfa" di Bion, si possono ricordare le concezioni di inconscio come "significante designificato" (Laplanche, 1998) o come "esperienza non formulata" (Donnel Stern, 1997), nonché il concetto di "Modello Operativo Interno Dissociato" (MOID) di Albasi (2006).

⁷ Si vedano anche Brizzolara, (1990), Coin (2006), De Robertis (2001, 2005), De Robertis e coll. (1998), Fontana (2006), Palamara e Porcedda (1992), Tricoli (2001), Vanni (1993), Zito (2006).

⁸ Come fa notare Maffei, è vero che i limiti attuali nella metodologia della ricerca sperimentale impongono di identificare variabili ripartite in ambiti separati (ad esempio, determinanti genetiche e ambientali), da sottoporre ad analisi statistica; ma sarebbe scorretto trasporre tale metodologia in una concezione teorica: "Ciò perché un'ipotesi di ricerca verrebbe invece assolutizzata in un costrutto teorico secondo cui natura e ambiente, ovvero natura e cultura, esisterebbero «davvero» e in maniera aprioristica." (Maffei, 2002, p. 15)

⁹ Anche Liotti (2001, pp. 108-109), seguendo un percorso teorico diverso da quello qui considerato, arriva

alla conclusione che il disturbo borderline (insieme alla patologia dissociativa grave) rappresenti la forma prototipica della disorganizzazione della conoscenza di sé, situabile al polo opposto rispetto ad altri disturbi caratterizzati dalla estrema rigidità dei principi organizzatori inconsci.

BIBLIOGRAFIA

- Albasi C. (2004) *Per una psicopatologia psicoanalitica relazionale: considerazioni sulle ipotesi eziopatologiche in psicoanalisi* www.psychomedia.it/psich-asti/recenti/albasi1.htm
- Albasi C. (2006) *Attaccamenti traumatici. I Modelli Operativi Interni Dissociati* Utet, Torino.
- Altman N., Briggs R., Frankel J., Gensler D., Pantone P. (2002) *Psicoterapia relazionale con i bambini* trad. it., Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini Editore, 2005.
- American Psychiatric Association (1980) *DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* 3ª ed., trad. it., Masson, Milano, 1983.
- American Psychiatric Association (2000) *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* 4ª ed., trad. it., Masson, Milano, 2002.
- Aron L. (1996) *Menti che si incontrano* trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2004.
- Aron L. (1998) *Il corpo clinico e la mente riflessiva* in L. Aron, F. Sommer Anderson (a cura di) *Il corpo nella prospettiva relazionale* trad. it., La Biblioteca, Bari-Roma, 2004.
- Beebe B., Lachmann F. (2002) *Infant research e trattamento degli adulti: un modello sistemico-diadico delle interazioni* trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003.
- Brizzolara P. (1990) *La difesa: dal soggetto all'apparato psichico* Ricerca Psicoanalitica, I, 1: 39-48.
- Bion W.R. (1962) *Apprendere dall'esperienza* trad. it., Armando, Roma, 1972.
- Coin R. (2006) *L'illusione della realtà e la realtà dell'illusione* Ricerca psicoanalitica, XVII, 2: 183-191.
- De Robertis D. (2001) *Epistemologia e psicoanalisi* Ricerca psicoanalitica, XII, 1: 61-84.
- De Robertis D. (2005) *Le logiche dei Sistemi Complessi: un potenziale per la teoria e la clinica psicoanalitica* Ricerca psicoanalitica, XVI, 3: 319-330.
- De Robertis D., Galardi D., Fontana M., Tricoli M. L. (1998) *Il corpo come realtà mentalizzata del Sé* Ricerca Psicoanalitica, IX, 1: 7-29.
- Fonagy P. (1991) *Pensare sul pensiero: osservazioni cliniche e teoriche sul trattamento di un paziente borderline* in P. Fonagy, M. Target, (2001) *Attaccamento e funzione riflessiva* trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L., Target M. (2002) *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé* trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.
- Fonagy P., Steele M., Steele H., Leigh T., Kennedy R., Mattoon C., Target M. (1995) *Attaccamento, Sé riflessivo e disturbi borderline* in P. Fonagy, M. Target (2001) *Attaccamento e funzione riflessiva* trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Fonagy P., Target M. (2000) *Giocare con la realtà. III. Il persistere di una realtà psichica duale nei pazienti borderline* in P. Fonagy, M. Target, (2001) *Attaccamento e funzione riflessiva* trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Fonagy P., Target M. (2003) *Psicopatologia evolutiva* trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.
- Fontana, M. (2006) *Discussione della relazione di Michael Ermann "Le tue parole colpiscono la mia mente. Modelli della memoria e tecnica psicoanalitica"*, XIV International Forum of Psychoanalysis, Roma, 23-27 maggio.
- Gergely G., Watson J. (1996) *The social biofeedback model of parent affect-mirroring* Int. J. of Psychoan., 77: 1181-1212.
- Gunderson J.G. (2001) *La personalità borderline* trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003.
- Gunderson J.G., Kolb, J.E. (1978) *Discriminating features of borderline patients* Am. J. of Psychiatry, 135: 792-796.
- Hegel G. (1807) *Fenomenologia dello spirito* trad. it., Rusconi, Milano, 1995.
- Kernberg O. (1984) *Disturbi gravi della personalità* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Kernberg O., Kaligor E. (2005) *Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità* in J. F. Clarkin, M. J. Lenzenweger (a cura di) *I disturbi di personalità. Le principali teorie. Seconda edizione* trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.
- Laplanche J. (1998) *Narratività ed ermeneutica* trad. it., Ricerca psicoanalitica, 2000, XI, 1: 7-12.
- Linehan M.M. e Koerner K. (1993) *Una teoria comportamentale del disturbo borderline di personalità* in J. Pari (a cura di) *Il disturbo borderline di personalità. Etiologia e trattamento* trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.
- Lichtenberg J.D. (1983) *La psicoanalisi e l'osservazione del bambino* trad. it., Astrolabio, Roma, 1988.
- Lichtenberg J.D. (1989) *Psicoanalisi e sistemi motivazionali* trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.
- Liotti G. (1999) *Il nucleo del disturbo borderline di personalità: un'ipotesi integrativa* www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/liotti-1.htm

- Liotti G. (2001) *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista* Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Livesley W.J. (1995) (a cura di) *The DSM-IV personality disorders* Guilford, New York.
- Maffei C. (2002) *Personalità e sviluppo* in C. Maffei, M. Battaglia, A. Fossati *Personalità, sviluppo e psicopatologia* Laterza, Roma-Bari.
- McWilliams N. (1994) *La diagnosi psicoanalitica* trad. it., Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1999.
- McWilliams N. (2004) *Psicoterapia psicoanalitica* trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.
- Minolli M. (1993a) *Diagnosi e borderline* in *Studi di psicoterapia psicoanalitica* Centro Diffusione Psicologia, Genova.
- Minolli M. (1993b) *La genesi del soggetto* in *Studi di psicoterapia psicoanalitica* Centro Diffusione Psicologia, Genova.
- Minolli M. (2000) "Terzo" e autocoscienza *Ricerca psicoanalitica*, XI, 3: 227-246.
- Minolli M. (2004a) *Identity and relational psychoanalysis* *International Forum of Psychoanalysis*, 13 (4): 237-245.
- Minolli M. (2004b) *Per un Io-soggetto fatto di legami* *Ricerca psicoanalitica*, XV, 3: 317-329.
- Minolli M. (2005) *Per un Io-soggetto come sistema* *Ricerca psicoanalitica*, XVI, 3: 355-374.
- Minolli M. (2006) *L'identità come presenza a se stessi* *Ricerca psicoanalitica*, XVII, 2: 163-82.
- Minolli M. (2007) *L'autocoscienza o presenza a se stessi come ricerca della realtà e cardine della cura* *Ricerca psicoanalitica*, XVIII, 2: 187-202.
- Minolli M., Coin R. (2006) *Per una psicoanalisi della relazione* *Psicot. Sc. Um.*, XL, 3: 641-652.
- Minolli M., Coin R. (2007) *Amarsi, amando* Edizioni Borla, Roma.
- Minolli M., Tricoli M. L. (2004) *Solving the problems of duality: the third and self-consciousness* *Psychoanalytic Quarterly*, 73 (1): 137-166.
- Mitchell S. (1988) *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
- Mitchell S. (2001) *Intervista con...* AA.VV., *Ricerca Psicoanalitica*, XII, 1: 32.
- Olivieri M. (1972) *Coscienza ed autocoscienza in Hegel* Cedam, Padova.
- Palamara G., Porcedda S. (1992) *Narcisismo fisiologico e narcisismo patologico* *Ricerca Psicoanalitica*, III, 1: 39-48.
- Reich W. (1933) *Analisi del carattere* trad. it., Sugar, Milano, 1973.
- Rodini C. (2004) *Infant Research e nuove prospettive su teoria e tecnica della psicoterapia e della psicoanalisi* *Ricerca psicoanalitica*, XV, 1: 91-122.
- Sander L.W. (1962) *Issues in early mother-child interaction* *J. of the Am. Academy of Child Psychiatry*, 1: 141-166.
- Sander L.W. (1975) *Infant and caretaking environment: Investigation and conceptualization of adaptive behaviour in a system of increasing complexity* in E.J. Anthony (a cura di) *Explorations in Child Psychiatry* Plenum, New York: 29-166.
- Sander L.W. (2002) *Pensare diversamente. Per una concettualizzazione dei processi di base dei sistemi viventi. La specificità del riconoscimento* trad. it., *Ricerca psicoanalitica*, 2005, XVI, 3: 267-300.
- Shapiro D. (1965) *Stili nevrotici* trad. it., Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1969.
- Stern A. (1938) *Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses* *Psychoanal. Q.*, 7: 467-489.
- Stern D. N. (1985) *Il mondo interpersonale del bambino* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Stern D. N. (2004) *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana* trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.
- Stern D. (1997) *L'esperienza non formulata. Dalla dissociazione all'immaginazione in psicoanalisi* trad. it., Edizioni del Cerro, Pisa, 2007.
- Stolorow R. D., Atwood G. E. (1992) *I contesti dell'essere* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- Tricoli M. L. (2001) *Dal controtransfert alla self-disclosure: la scoperta della soggettività dell'analista* *Ricerca psicoanalitica*, XII, 3: 229-245.
- Tronick E. Z. (1998) *Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change* *Infant Mental Health Journal*, 19 (3): 290-299.
- Vanni F. (1993) *Verifica di alcune ipotesi metapsicologiche freudiane alla luce dei risultati sperimentali* *Ricerca Psicoanalitica*, IV, 2: 141-162.
- Varela F. J. (1997) *Neurofenomenologia. Una soluzione metodologica al "problema difficile"* *Pluriverso*, Biblioteca delle idee per la civiltà contemporanea, 3 - www.oikos.org/varelaneurofenomenologia.htm
- Varela F. J. (2001) *Conversazione con Sergio Benevenuto* *Enciclopedia multimediale delle scienze filosofiche*, Rai Educational - www.emsf.rai.it/interviste/interviste.asp?d=452
- Westen D., Shedler J. e Lingardi V. (2003) *La valutazione della personalità con la SWAP-200* Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Wilkinson-Ryan T., Westen D. (2000) *Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation* *Am. J. of Psychiatry*, 157, 4: 528-541.
- Zanarini M. C. (1993) *Il disturbo borderline di personalità come disturbo dello spettro degli impulsi* in J. Paris (a cura di) *Il disturbo borderline di personalità. Etiologia e trattamento* trad. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.

- Zito S. (2006) *Tra soggettività e interazione: l'analisi della relazione secondo il modello SIPRe* III Convegno Nazionale OPIfer, Firenze, 10-12 novembre.
- Zittel Conklin C., Westen D. (2005) *Borderline personality disorder in clinical practice* Am. J. of Psychiatry, 162, 5: 867-875.