

Disturbi borderline secondo la concezione individualpsicologica. Possibilità e limiti della terapia nei bambini e negli adolescenti*

FRITZ POUSTKA, GERD LEHMKUHL

Summary – BORDERLINE-DISTURBANCES AS SEEN BY INDIVIDUAL PSYCHOLOGY. POSSIBILITIES AND LIMITS OF THE THERAPY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS. First a short summary is given of the different conceptions and diagnostic criteria of borderline-disturbances in adults, and these concepts are then applied to mental peculiarities in children and adolescents. The characteristic symptoms in children and adolescents are discussed with reference to investigations by Asperger, Wing and Wolff. Several case histories are designed to illustrate the psychodynamics of borderline-disturbances as seen by Individual Psychology. This is followed by reflections regarding the therapeutic approach, which are above all concerned with improving the sense of reality and strengthening social and emotional contacts.

I. Premessa

In questo lavoro intendiamo esporre dapprima sommariamente le opinioni e i criteri diagnostici relativi al disturbo borderline nell'adulto e, successivamente, applicare tali criteri alle peculiarità psichiche dell'età infantile e dell'adolescenza. I sintomi caratteristici nei bambini e negli adolescenti vengono valutati tenendo conto delle ricerche effettuate da Asperger, Wing e Wolff. Un'ampia casistica illustrerà il punto di vista individualpsicologico sulla psicodinamica del disturbo borderline. Seguono riflessioni sulle modalità della procedura terapeutica riguardanti un miglioramento del senso di realtà, nonché un rafforzamento dei contatti sociali ed emotivi.

La disputa sulla sindrome borderline ebbe inizio negli anni trenta e si rinfocolò negli anni sessanta e settanta a opera della psichiatria e della psicoanalisi americane, che la ripresero in esame. A questo proposito il concetto di "borderline" fu oggetto di controverse discussioni e venne applicato a un gruppo di pazienti i cui disturbi non potevano essere attribuiti né a una patologia nevrotica né a una psicopatologia e neppure alle tradizionali forme di disturbo della personalità [54].

* Questo articolo è apparso sulla rivista tedesca *Z. f. Individualpsychol.*, 10 Jg., 1985. Si ringrazia l'Editore e l'Autore per avere permesso la traduzione (N.d.R.).

I tentativi di descrivere una sindrome a sé si possono ricondurre a tre linee di sviluppo e a tre livelli di descrizione, in parte indipendenti tra loro:

1. la letteratura psicoanalitica;
2. le descrizioni empirico-descrittive prevalentemente derivate dalla psichiatria americana dell'età adulta;
3. i recenti studi della psichiatria infantile condotti con particolare attenzione verso la "psicopatologia autistica" di Asperger.

In seguito venne considerata, a fondamento del concetto-borderline, la schizofrenia latente secondo Bleuler [5], che l'aveva distinta con l'aggettivo "latente" dalla *dementia praecox* in senso kraepeliniano [28], a causa del decorso favorevole e della buona prognosi. Secondo l'odierna concezione, la struttura di base del borderline corrisponde al quadro psicopatologico del tipo schizoide descritto da Kretschmer [29], all'interno del quale i molti aspetti contrastanti che vi si riscontrano sono indice di un problema di collocazione uniforme e sistematica del quadro clinico. Questa mancanza di uniformità si riflette anche nei successivi tentativi della psicopatologia clinica, a orientamento evolutivo, che non è stata in grado di indicare alcuna spiegazione sufficiente ed esauriente per la comprensione della dinamica e della sintomatologia. I tentativi di Freud di attribuire questo quadro patologico alle nevrosi, grazie alla loro grande affinità, naufragò a causa della scarsa risposta terapeutica, che invece prevedeva. Egli lo qualificò come disturbo narcisistico e gli attribuì una concausa organica. Soltanto con la psicologia dell'Io, che stava acquistando crescente significato grazie ad Hartmann, e attraverso le ripercussioni che ebbe nello studio di Kohut [26, 27] e Kernberg [22, 23, 24] sul narcisismo, fu possibile elaborare dei concetti che raccogliessero in un'ottica unitaria fattori sintomatologici, psicodinamici e psicostrutturali.

II. Sintomatologia

Schmiedeberg [48, 49] descrisse un gruppo di suoi pazienti con tratti varianti dalla nevrosi alla psicosi e aventi queste caratteristiche: carente sensibilità, fenomeni di depersonalizzazione, carattere asociale, instabilità, paura, enorme intolleranza alla frustrazione. Per sua esperienza in questo tipo di disturbo della personalità si rendeva necessaria una presenza del terapeuta molto più attiva di quanto non fosse quella in uso nella terapia analitica classica, cosicché la riflessione teorica sulla sindrome borderline portò anche ad un cambiamento nella condotta terapeutica. Modestin [41], Saß e Koehler [47], Wöller e Huppertz [54] così come Lohmer [35] tentarono di enucleare i vari criteri diagnostici e gli elementi caratterizzanti del borderline, in base a valutazioni di diagnosi differenziale, rilevando così la necessità di un'ulteriore convalida di questi elementi.

Sul piano fenomenologico, la letteratura è concorde sui seguenti sintomi: affetti-

vità violenta e non integrata (soprattutto depressione, paura e rabbia), rapidi cambiamenti di umore, scarsa iniziativa, rapporti oggettuali intensi, ma instabili, contrasto tra funzioni sociali apparentemente buone e gravi regressioni in occasioni di crisi e stress, disturbi del rendimento a scuola e sul lavoro, comportamento autodistruttivo, disturbi dell'alimentazione, abuso di alcool e droghe, nonché transitori episodi psicotici. A questo riguardo è bene precisare che non tutte le suddette sfere sono egualmente disturbate, tuttavia è tipico il riscontro cumulativo di questi disturbi [6, 11, 35].

III. *Psicodinamica*

Le riflessioni psicodinamiche prendono l'avvio «da una predominanza di meccanismi di difesa primitivi (scissione, idealizzazione, svalutazione e annullamento, controllo onnipotente, rinnegamento), dalla messa in atto di conflitti e da un disturbo di fondo dell'identità, in contrasto, di tanto in tanto, con un nucleo conflittuale nevrotico» (35). Soprattutto il concetto di scissione assume un'importanza centrale nella psicodinamica borderline [21, 36, 37, 10]: dal punto di vista psicoanalitico, Kernberg [20] qualificò la scissione come una normale situazione evolutiva iniziale del lattante, costituita da una insoddisfacente integrazione dei primi oggetti e che, persistendo, conduce a una incapacità di vivere e di integrare in una relazione sentimenti positivi e negativi e, di conseguenza, di accettare se stessi e gli altri in una naturale globalità [41]. La scarsa autoidentità, che si sviluppa in conseguenza, porta a una carente concezione di sé e a una inadeguata integrazione dei fenomeni fisici e psichici [8].

I pazienti borderline cercano di sfuggire al senso di isolamento attraverso relazioni precipitose, dalle quali si ritraggono immediatamente per paura di non riuscire più a differenziarsi. La manifestazione più esplicita del disturbo di comunicazione si riscontra nel rapporto genitori/figli. Secondo Masterson [36], anche la madre del paziente borderline presenta marcata difficoltà di relazione: «A causa del suo stesso problema di separazione, instaura una relazione simbiotica con suo figlio e reagisce ritraendo la sua disponibilità emotiva nei confronti del figlio, quando questi, secondo il normale sviluppo, cerca di separarsi. Il bambino risponde con una fissazione, presentando paura della dipendenza e della separazione» (41). L'adolescente vive la separazione come un abbandono malevolo e reagisce con depressione e con comportamenti agiti. Nel quadro del disturbo borderline, Rudolf [46] evidenzia soprattutto i seguenti punti chiave, in base ai quali è possibile spiegare e dedurre l'esperienza soggettiva dei pazienti:

1. vivono l'esperienza della propria identità disturbata, della dissoluzione dei propri limiti e di conseguenza dell'incapacità di instaurare relazioni e di mantenerle, non hanno esperienza di un centro individuale e sociale, in grado di fornir loro sicurezza e stima di sé;

2. hanno difficoltà nel prendere le distanze dagli altri: «non so fin dove si estende il limite di validità dell'altro, fino a che punto gli altri mi possono influenzare, possono leggere i miei pensieri, fino a che punto mi devo difendere» [46];
3. sono limitati nelle possibilità di relazione: «Come posso capire gli altri, se io stesso non so esattamente chi sono? Non è più sicuro mantenere interiormente le distanze, stare ad osservare con circospezione, anche al prezzo di una solitudine personale?» [46].

IV. *Struttura di personalità*

Come rileva Lohmer [35], manca un accordo comune sulla struttura del paziente borderline. Esiste l'opinione che si possa trattare di una struttura di personalità a carattere narcisistico, isterico e antisociale [11], come pure di una forma di organizzazione di personalità ai limiti tra nevrosi e psicosi [7, 24]. Kohut, a questo proposito, sosteneva che il disturbo borderline si differenziava in modo sostanziale dal disturbo narcisistico di personalità e anche Lohmer distingueva tra una personalità borderline e una struttura caratteriale di tipo narcisistico: mentre nel borderline si ha una scissione tra le rappresentazioni "buone e cattive" del Sé e dell'oggetto, nella struttura caratteriale di tipo narcisistico esiste una fusione della «rappresentazione oggettiva onnipotente e del Sé grandioso» (36). Queste differenze tra borderline e narcisismo si riflettono anche nel transfert: nel trattamento dei pazienti narcisisti si evidenzia soprattutto un transfert idealizzante o a specchio, nei disturbi borderline, in corrispondenza della situazione relazionale appena attivata, si giunge a un transfert "distanziante" oppure "aggrappato".

V. *Approcci empirici*

Gunderson e Singer [11] hanno tratto da numerose descrizioni cliniche il seguente modello sintomatologico tipico [54]:

1. intensa affettività, soprattutto nella forma di ostilità e depressione;
2. forte impulsività o scarso controllo degli impulsi;
3. comportamento sociale superficialmente adeguato;
4. brevi episodi psicotici con fenomeni di depersonalizzazione e derealizzazione;
5. relazioni interpersonali instabili, con fenomeni depressivi e di collera in situazioni di separazione;
6. pensiero normale in test strutturati e pensiero bizzarro o associativo in test non strutturati.

Da questi criteri clinici, ben definibili a livello descrittivo, Gunderson e Kolb [12] hanno elaborato un'ampia intervista semistruutturata di 123 domande che è servita loro a differenziare bene i pazienti borderline dai depressi e dagli schizo-

frenici. Nel successivo decorso della malattia, dopo cinque anni, nei pazienti borderline si riscontrava in modo evidente una migliore integrazione sociale, ma non professionale, rispetto agli schizofrenici. Kestenbaum osservò, invece, in uno studio catamnastico, relativo a un arco di tempo di quattordici-trent'anni, che i disturbi borderline, diagnosticati in età infantile, portavano, in età adulta, a diagnosi molto diverse quali la nevrosi fobica, la schizofrenia, la psicosi manico-depressiva e altri disturbi della personalità. Spitzer e Endicott [51], basandosi su criteri diagnostici differenti, distinsero l'unità nosologica del borderline in personalità schizotipica e disturbo instabile della personalità. Essendo ambedue gli ordinamenti diagnostici attendibili, furono entrambi assunti nella classificazione DSM-III.

VI. *Sintomatologia nei bambini e negli adolescenti*

La sintomatologia dei disturbi borderline nei bambini e negli adolescenti verrà descritta in relazione alle ricerche effettuate da Asperger [4], Wing [53], Geleerd [9] e anche Wolff e Barlow [56]. Le anomalie riguardano le sfere del comportamento relazionale, della comunicazione, dell'adattamento sociale e delle prestazioni cognitive, come il linguaggio e la capacità di concentrazione.

VI. 1. *Disturbi del comportamento relazionale.* Le quotidiane regole del contatto sociale non vengono percepite oppure vengono negate o prese troppo alla lettera oppure trasgredite di continuo. La relazione di questi bambini con l'ambiente è perciò sostanzialmente disturbata. È quasi assente la comprensione emotiva della situazione sociale. Solitamente questi bambini non trovano compagni o coetanei con cui giocare. Il permanere di queste difficoltà porta, specialmente nella scuola, a una pressione del gruppo, tale da rendere insopportabile la situazione a tutti gli interessati. I bambini appaiono estremamente egocentrici, assecondano desideri, interessi e impulsi spontanei, senza curarsi di ordini e divieti.

VI. 2. *Disturbi della comunicazione.* Sono disturbati sia il linguaggio che la comunicazione non verbale, come la mimica, la gestualità, lo sguardo. Non vengono quasi neppure rilevati i messaggi non verbali degli altri, come per esempio le sfumature del linguaggio. La mimica e la gestualità del soggetto sono monotone, uniformi; il linguaggio è poco modulato e, di solito, specialmente nei bambini più piccoli, è molto strano, o nasale o anche stridulo e cantilenante.

VI. 3. *Disturbi dell'adattamento sociale e della sessualità.* Anche l'adattamento sociale è seriamente disturbato ed è molto ridotta l'immedesimazione nei sentimenti altrui. Le emozioni vengono affrontate senza comprensione o addirittura respinte; sia la vita delle pulsioni sia quella dei sentimenti sono perciò compromesse, in quanto difficilmente è presente un istintivo adattamento alla situazione.

ne. Lo sviluppo sessuale è caratterizzato da un lato da freddezza e disinteresse e dall'altro da rappresentazioni esibizionistiche ed eccentriche, su cui è difficile intervenire. Molti di questi bambini e adolescenti mostrano avversione verso determinate sensazioni tattili, per esempio verso alcuni materiali oppure quando essi stessi vengono toccati. Anche in uno scambio di carezze essi reagiscono in modo altrettanto complicato e mancano della sensazione della distanza personale. Sembra che non sappiano stare allo scherzo, se però sono di umore allegro, questo diventa esagerato, distorto, sproporzionato; d'altra parte, le capacità creative verbali portano a giochi di parole e anche a intelligenti motti di spirito acutamente formulati. A causa della paura dei cambiamenti, i bambini mostrano pure acute reazioni di nostalgia e difficoltà a separarsi da quelle persone di riferimento, con le quali, però, normalmente intrattengono un rapporto caratterizzato da contrasti continui. Possono intervenire, inoltre, movimenti stereotipati e si può giungere, talvolta, a fissarsi su rappresentazioni immaginarie di mondi fantastici.

VI. 4. *Disturbo del linguaggio e disturbo intellettivo.* La padronanza della sintassi e del linguaggio sono per lo più normali. Compaiono, però, ritardi nello sviluppo. Il contenuto del discorso è alterato, spesso con lunghe dissertazioni e ricchezza di dettagli su particolari temi, che rivestono un interesse particolare per il paziente, spesso con stereotipie e perseverazioni. Asperger parla di una particolare "intelligenza autistica", che si rivela attraverso la sua accentuata meccanizzabilità e attraverso la produzione di un linguaggio spontaneo, spesso di effetto insolito. L'espressione di questa intelligenza può spesso comprendere il perseguimento di teorie un po' strane, che possono anche trovare la loro ripercussione in seguito, nell'ambito di una occupazione professionale, in cose eccentriche e bizzarre. Negli individui dotati di una buona intelligenza, ciò può anche condurre all'autonomizzazione in professioni altamente specializzate, mentre nei meno intelligenti risultano abitudini stereotipe, da automa. Anche l'attenzione e la concentrazione sono disturbate, ma non per un impulsivo cedimento non filtrato di fronte allo stimolo esterno, come nella sindrome ipercinetica, ma a causa del fatto che questi pazienti perseguono del tutto indisturbati e senza essere fuorviati i loro problemi o i tentativi di risolverli.

VI. 5. *Costanza della sintomatologia.* Questi tratti strutturali sono inconfondibili a partire dal secondo anno di vita e persistono nel successivo sviluppo. Le difficoltà del bambino piccolo nell'imparare a fare le semplici cose della vita pratica, con le difficoltà nell'adeguamento sociale, derivano dallo stesso disturbo che porta a turbe dell'apprendimento e del comportamento nella scuola, che più tardi causano problemi sul lavoro, dando anche luogo, nell'età adulta, a conflitti di coppia e sociali. Siccome gli interessati sono consci di queste difficoltà, ne derivano talvolta gravi ripiegamenti depressivi e scoraggiamenti; il rigido attenersi alle abitudini può aumentare, sotto stress, fino all'insorgere di azioni e di paure costrittive. Wolff e Chick [56] hanno potuto verificare un'ampia stabilità del

quadro clinico in ventidue giovani con personalità borderline, su di un arco camnestico di dieci anni; da ciò gli Autori hanno dedotto la necessità di una realistica valutazione della prognosi, in quanto la maggior parte dei pazienti sono portatori di considerevoli deficit emotivi e sociali anche in età adulta. In relazione a ciò, se è vero che le difficoltà dei pazienti borderline sono aggravate da avvenimenti esterni, è anche vero che non viene attribuito a essi alcun significato eziologico primario. Wing si riferisce in particolare alla necessità di un intenso lavoro con i genitori, in modo che possano affrontare le stranezze comportamentali del bambino e le possano accettare.

VII. *L'approccio individualpsicologico al borderline*

Nel capitolo che segue si vuole tentare di comprendere dal punto di vista individualpsicologico la sintomatologia prima descritta nel suo decorso per poterne trarre riflessioni terapeutiche. Secondo Adler, l'origine della nevrosi va sempre ricercata nel primo o nel secondo anno di vita. In questo periodo prende corpo l'atteggiamento del bambino verso l'ambiente che lo circonda. Adler descrive come si forma la personalità che sarà permeata dai fattori costituzionali e dalle esperienze fatte dal bambino, dalle sue finalità e dalle sue condizioni sociali. Da ciò si deduce che i bambini con disturbi borderline, le cui difficoltà relazionali si possono far risalire ai primi anni di vita, sviluppano fin dall'inizio un anomalo concetto di sé, rivelando in tal modo che la naturale e armonica comunione funzionale tra madre e figlio o non esisteva realmente oppure che il necessario processo di distacco era fallito o, ancora, che questa situazione armoniosa si era conclusa con un'esperienza negativa [30]. Da qui prende l'avvio una precoce identità instabile dell'Io* e un'insicurezza che non permette l'instaurarsi di una realistica relazione con l'ambiente. Questo conduce o a una sproporzionata superstimolazione di sé (il Sé grandioso) oppure a un forte sentimento di inferiorità. Segnali corrispondenti si riscontrano già nelle prime relazioni sociali; il rapporto con la madre, come pure i contatti con gli altri membri della famiglia, sono caratterizzati da una forte ambivalenza tra un'accentuata vicinanza o lontananza. Questa non riuscita distinzione del proprio Io dall'ambiente caratterizza il successivo modo di pensare, sentire e agire, la sfera conscia e inconscia dello stile

* Francesco Parenti, fondatore della Scuola Adleriana in Italia, ha sempre negato per il linguaggio individualpsicologico l'uso del termine *Io*, anche se, in chiave adleriana, il vocabolo assume un significato radicalmente differenziato da quello psicoanalitico, poiché include una intenzionalità finalistica in grado di utilizzare dinamismi sia consci che inconsci: «Apparentare la Psicologia Individuale con la psicologia dell'Io significa tradire Adler o almeno utilizzare solo parzialmente la sua dottrina, rendendola inadeguata all'analisi e al recupero delle forme più radicate di nevrosi» (PARENTI, F. (1986), Un impegno: mantenere e aggiornare il carattere analitico della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25) [N.d.D.].

di vita e dello sviluppo dell'Io; porta inoltre allo scoraggiamento e ai sintomi nevrotici, nonché a un rafforzato egocentrismo e alla paura di non venire riconosciuti e di non essere stimati. Questa paura rappresenta perciò uno stato d'animo di fondo e si associa alla tendenza a ritrarsi, a comportamenti che mirano alla rassicurazione e a esplosioni di aggressività. Dipendenza, paura e scarsa stima di sé vengono rafforzati da un atteggiamento educativo spesso mutevole della madre, che oscilla sovente tra grande disponibilità (vizi) e rifiuto.

Künkel [30] vede l'inizio dell'egocentrismo in queste prime esperienze negative del bambino, che gli trasmettono l'esperienza della propria incapacità e gli mostrano che non potrà mai prevedere, essendone sicuro, la reazione di sua madre. Questo evolversi dell'insicurezza di sé viene rafforzato dall'esistenza di un egocentrismo materno, che non permette al figlio di crearsi una propria immagine e di elaborare un'adeguata soluzione dei problemi. Un disturbo delle elementari funzioni dell'Io, che trovano la loro espressione nello stile di vita, unitamente con un elevato ideale dell'Io, e un marcato senso di inferiorità, rendono impossibile lo svilupparsi dei bisogni di vicinanza, legame, protezione e fiducia. Il bambino non riesce a distinguersi a sufficienza e a trovare il suo posto nella comunità per poter instaurare soddisfacenti relazioni interpersonali. Proprio nella comunicazione con gli altri si manifesta in modo più evidente l'impedimento nevrotico [45], con paura dei contatti, associata a ricerca di rassicurazione, ripiegamento ed egocentrismo, ma anche smania di mettersi in luce per compensare il proprio vissuto di inferiorità. Dietro idee di grandezza (Sé grandioso), che rappresentano una delle più forti affermazioni della superiorità fittizia, si nasconde il tentativo di compensare il vissuto di inadeguatezza [1, 2].

Masterson [37] fa osservare che i familiari degli adolescenti borderline non capiscono che i primi sintomi del disturbo, come i comportamenti agiti o il ritrarsi in se stessi, sono delle crescenti richieste disperate d'aiuto e, pertanto, reagiscono alternativamente con le concessioni o con le punizioni [52]. Questo modello comportamentale delle persone prossime di riferimento non è che una ripetizione della primitiva unione madre/figlio, nella quale era impossibile un distacco o una distinzione del bambino, come altrettanto impossibile risultava orientarsi in modo più attivo verso l'ambiente sociale. Queste alterne reazioni, vissute già molto precocemente, come l'essere viziati o trascurati, mettono in difficoltà il bambino nella sua impresa di salvaguardare la sicurezza, la stima di sé e il rapporto sociale.

VIII. *Casi clinici*

VIII. 1. Secondo le dichiarazioni dei genitori, Holger, di sei anni, era sempre stato un bambino tranquillo, introverso, con reazioni di grande sensibilità ai rumori.

Holger percepisce ogni piccolo cambiamento, di cui si occupa in continuazione e che viene immagazzinato nella sua straordinaria memoria. In reparto Holger corre incessantemente avanti e indietro con le braccia alzate, rigidamente flesse, ripetendo continuamente le stesse frasi: «Tu sei scemo, che brontoli, vai a finire in collegio, sei cattivo...», etc. Trascina il comodino avanti e indietro, accende e spegne la luce, spaventa gli altri bambini con comportamenti coercitivi e scoppi di risa, urla improvvise e immotivate. Di fronte a cambiamenti esterni, Holger ha reazioni di paura che peraltro possono anche essere scatenate dai suoi stessi pensieri. Allora comincia a tremare, si contrae convulsamente, si rannicchia e scalcia, se qualcuno si avvicina. Non esegue gli ordini o fa esattamente il contrario, mentre parla ininterrottamente tra sé e insulta se stesso con modi di dire stereotipati.

VIII. 2. Thomas venne curato per la prima volta in psichiatria infantile all'età di nove anni. Tre anni più tardi nuovo ricovero, poiché lamentava delle forti paure e si metteva a urlare se si sentiva toccato o provocato da altri bambini. Credeva che la sua anima fosse mutata e che nel suo cervello qualcosa non funzionasse. Non essendo in grado di instaurare contatti con gli altri pazienti o con il personale, Thomas si immerse nella lettura di libri di scienze naturali e si immedesimò nel mondo degli anfibi. In questo mondo egli attuava una convivenza non conflittuale e fondò persino un parlamento di lucertole. Di fronte a ogni nuovo paziente o collaboratore, la sua reazione iniziale era molto ansiosa. Per lui era diventato importante capire fino a che punto la persona in questione fosse pericolosa oppure utile. A causa della sua affettività immatura e disturbata, Thomas aveva delle improvvise esplosioni di aggressività in occasione di rifiuti o di offese, durante le quali scappava urlando, rovinava le sue cose, talvolta sentiva di dover devastare la sua stanza o buttava i vestiti dalla finestra. Il padre così descrisse il comportamento di Thomas durante una vacanza, trascorsa insieme al mare: «Nei primi 14 giorni Thomas aveva la mania di non farsi toccare da nessuno e se, per sbaglio, questo succedeva, si metteva a urlare a squarciagola che doveva morire. Un giorno, non avendo capito come funzionassero le porte dell'armadio nella piscina coperta, Thomas si mise a urlare come un pazzo, più tardi poi in piscina, prese a leccare l'acqua salata come un cane. Quando capitò che il fratello, distrattamente, gli gettasse della sabbia addosso, Thomas, colto da un attacco d'ira, gettò nella sabbia il gelato appena comprato e poi si mise a saltare con le scarpe nell'acqua fredda del mare (12 gradi), urlando tanto che tutti stavano a guardarlo. Thomas si leccava come un cane, dicendo di dover guarire da ferite che noi non vedevamo e urlava: "Non ne posso più, voglio morire". Alla domanda se gli uccelli puzzassero, suo fratello gli rispose di sì, allora Thomas, colto da rabbia, volle gettargli la tazza in faccia, cosa che riuscimmo a evitare all'ultimo momento. Nel supermercato si metteva a gridare come un pazzo, guando mentre tutti i clienti ci guardavano spaventati. Al ristorante urlò al fratello piccolo dandogli del maiale invertito e pungendolo con la forchetta mentre

lo inseguiva, mettendosi anche questa volta al centro dell'attenzione degli altri clienti».

VIII. 3. Hans, di sedici anni, giunse in clinica con la diagnosi di ebefrenia, dopo che negli ultimi tempi aveva avuto dei mutamenti molto strani di comportamento. Il paziente si era sempre più chiuso in se stesso, sia al di fuori che all'interno della famiglia; manifestava speciali desideri nel mangiare, con abitudini alimentari molto monotone: beveva soltanto acqua bollita e filtrata oppure the preparato in modo speciale. Si lamentava dei più svariati disturbi somatici, di cui non si trovava nessuna causa organica, non si lavava più, mostrava forte paura e senso di insicurezza, emotivamente teneva le distanze ed era controllato, parlava in modo monotono e bizzarro e il suo umore era chiaramente depresso. L'insegnante riferiva che fin dall'inizio il ragazzo aveva avuto difficoltà a integrarsi nella classe, era spesso assente, deconcentrato, sempre più frequentemente dimenticava i libri di scuola e il compito da fare a casa ed era sempre meno interessato agli intrattenimenti comuni della classe. Quando Hans si accorse di essere rifiutato dai compagni di classe, cercò di attirare l'attenzione attraverso altre cose, per esempio scarabocchiando i vetri delle finestre della scuola o facendosi tagliare i capelli cortissimi. Egli stesso descriveva i suoi disturbi psicosomatici in una specie di diario: «Non soltanto nel pensare alle zone colpite si ha la sensazione di pressione, di palpazione, ma anche nello scambio spirituale interiore, che si basa sull'innervazione eccessiva (tremore del corpo). Una frequente volontà si aggiunge: riesce o no? Paura di non capirci niente! Negare questa frase vuota? Gioia dopo essersi alzati (buona corrente di pensieri). Nota: dopo queste frasi si percepisce una buona disposizione. Dopo la pastiglia si nota un'interiore elevazione della corrente dei pensieri. Nell'ambito del parlare e del pensare palpando sulla parte sinistra, medio frontale, si ha la sensazione di un senso di gioia, che accompagna il tremore del corpo. Strofinando con Diasporal (pomata per l'eczema) si ha la sensazione di una palpazione spugnosa su entrambe le parti occipitali, ma non alla fessura. Umore interiore calmo, buona concentrazione con un "tuttavia non raggiunto". In viaggio per Magonza, buona facoltà di coordinamento, prima di ciò deconcentrazione con dolore sulla parte parietale sinistra. I fatti riscontrati il 3/6 sono stati annotati il 4/6: ciò è stato accompagnato da pensieri e ricordi a blocchi. Anche il 2/6 è comparso questo segno. Ci si è svegliati con una spugna, soltanto durante la colazione, fiocchi d'avena, cacao, pane senza lievito, mirtilli, si nota un risvegliarsi. Pressione alla zona occipitale».

In un colloquio con il medico curante lesse una lettera, nella quale voleva comunicare le sue difficoltà: «È mia intenzione raccontarle qualcosa che mi capita [che colpisce il mio corpo, *N.d.T.*]. Non c'è mai abbastanza tempo per questo, il filo dei miei pensieri si spezza, la mia esperienza passa troppo spesso nell'aldilà... È come un pascolo, essere tagliato via, trasf... trasformato a..., fare trasformare, come se niente di naturale volesse svilupparsi, maturare, ciò che nelle ma-

ni degli altri, mentalmente incluse anche le mie [mani, *N.d.T.*], come quarto prodotto si sottomette muto al Super-Io. La mia atmosfera domestica... nella mia atmosfera domestica si esprime il silenzio (il non parlare), come sensazione seguente non si deve fare niente contro questo, poiché fa lo stesso, no! Allora è autinganno anche a quello che per primo si è impossessato di questo, e questo è ognuno, qualcuno su base tattica, qualcuno su base difensiva. Un qualcuno cerca ora di nascondere il suo non volere con rischi diretti, di corrispondere al suo non adeguato al fatto, ma in modo giusto, affinché si presenti comunque come uno che vuole. È da prendere in considerazione anche quello che adopera le sue arti, per suggerire al suo prossimo l'essere inquieto, che in questo (geme)... (pausa)... si manifesta con gesto gioioso, di farlo di più, in questo bisogna considerare, che questo liberare ormai si diffonde come preoccupazioni sia fisiche che psichiche. Si diffonde, si impossessa delle sue ambivalenze, non chiarisce questo, quello che è non volere e potere. Bisogna farsi la prima idea che questo si può trasformare in allegria, ai miei... (pausa) ... è penoso (cosa intendi? chiede Potstka) ... si.... (bisbiglia fra sé) stato... il mio stato nascosto, un nocciolo, che io inseguo da sempre, che io non conosco è da portare, è da domandare, se e come io possa affrontare questo rapporto e perché. E beh questo non potere del mio nocciolo, è perché io mi comporto così, (è perché, *N.d.T.*), io non posso dominare la mia ambivalenza... di coloro e di loro non sanno da dove la mia direzione, il mio fare, il mio agire, e una volta libera esso non può, esso non mi può sopraffare, non può influenzare la mia volontà, in modo contrario se io bruciato*, se io messo al bando*, io nascosto* gli apro la strada*, mi gettano indietro nella mia situazione. Sembra come se si sostituisse un sinonimo nella storia in cui si tratta del pescatore e del suo demone, ciò non è così; io non mi sono identificato con il fatto e non c'è da stupirsi che frammenti di fatti reali vengano usati nella mia situazione che non mi possono soddisfare completamente. Questi in alcune situazioni vengono respinti come mia immaginazione (Einbindung=Einbildung, «immaginazione», *N.d.T.*), non vengono ascoltati e questo non solo nei fatti, nelle osservazioni, nella... (balbetta) ... negli argomenti utili, pensieri psichici, la sua provvidenza un gioco di scambio, tra rigido sottofondo e debole... espr... espressione del non volere e del volere, quello che io da un secondo e da un minuto all'altro posso cambiare, e per adesso basta».

VIII. 4. Bernd, un ginnasiale di 17 anni, ci fu presentato a causa di difficoltà scolastiche e disturbi nei contatti. Era già stato costretto a diversi cambi di scuola, senza che tuttavia si fossero verificati dei cambiamenti. In collegio era evidente che Bernd non era in grado di avvicinare gli altri, perseguiva soltanto i propri interessi e si rinchiodava, in modo quasi coercitivo, in determinate occupazioni come il gioco degli scacchi o la musica classica. Se in queste occasioni veniva di-

* In tedesco sono associazioni ideative per assonanza [*N.d.T.*].

sturbato, reagiva con violenza fino ad avere esplosioni di aggressività. Gli insegnanti si lamentavano che Bernd riuscisse perfettamente in alcune materie, come la fisica e la matematica, mentre in altre non riuscisse affatto senza neppure applicarsi. Quasi non prendeva parte alle attività dei compagni e, se questo accadeva, spesso nascevano dei litigi perché Bernd si metteva a cantare un brano di musica classica ad alta voce, mentre gli altri stavano ascoltando musica pop o volevano conversare. Secondo la madre, Bernd era stato fin dall'inizio un bambino difficile, con un comportamento molto egocentrico, chiuso in se stesso, anche rispetto ai genitori. Perciò la madre non era stata in grado di instaurare alcuna relazione con il figlio e l'evidente ritardo nello sviluppo del linguaggio portò, durante l'asilo, a disturbi nei contatti. Il perpetrarsi di queste difficoltà rese Bernd soprattutto incapace di attenersi alle regole di casa.

VIII. 5. Già all'asilo Stefan, ora quindicenne, colpiva per la sua smodata ansia di dominio, la costante agitazione motoria e un'introversione autistica; a quel tempo la maestra d'asilo si era messa in contatto con i genitori, trovando strano che il bambino disegnasse trapani in continuazione. I genitori avevano perciò portato Stefan dallo psicologo di zona, che tuttavia non riscontrò nulla di anormale. Tra i cinque e i sei anni si era interessato soltanto di automobili e sapeva tutte le marche a memoria. Per un breve periodo poi indossò soltanto calze rosse e si infuriava se doveva mettere calze di un altro colore. In un periodo successivo giocava soltanto con gli orologi digitali, su cui si erano concentrati i suoi interessi e poi per un certo tempo si occupò di vocabolari e di libri sulle balene. Infine i suoi interessi si spostarono sul calcio, sapeva tutti i risultati delle partite e si ricordava anche i nomi dei giocatori che avevano segnato. Come riferivano i suoi genitori, Stefan viveva in un mondo di fantasia, senza instaurare alcun contatto con i suoi coetanei, non aveva mai visite di amici. L'anno scorso, rivolgendosi a se stesso, si chiamava Frankenstein. I film dell'orrore avevano acquistato per lui enorme interesse: si ricordava esattamente in che data e a che ora erano andati in onda alla televisione determinati film negli ultimi due anni. Nessuno poteva entrare in camera sua, vi si chiudeva dentro anche per giorni e spesso urlava. Se disturbato nelle sue occupazioni stereotipate, era colto da esplosioni di rabbia.

VIII. 6. Tania fu ricoverata in reparto a quindici anni dopo che, secondo la madre, la situazione in casa era diventata insopportabile. Tania non indossava più biancheria pulita da mesi, doveva essere costretta a lavarsi e a fare la doccia, non si curava più neanche i capelli, che si erano completamente infeltriti. Questi comportamenti erano cominciati già molti anni prima ed erano aumentati negli ultimi tempi. Durante le mestruazioni, Tania si trascurava molto, non usava assorbenti e lasciava colare il sangue nei pantaloni, venendo così sempre rifiutata a causa del suo aspetto trasandato. Aveva frequentato la Real Schule con risultati abbastanza buoni, ma i suoi interessi la distraevano da un lavoro regolare: accumulava rifiuti in camera sua, raccoglieva cioè cartocci di latte, bucce di frutta o

avanzi di cibo. Inoltre aveva una scrittura bizzarra, un modo di comportarsi coercitivo, un linguaggio veloce e non chiaro, con frequenti neologismi. Nonostante il tentativo di integrazione nel gruppo del reparto, Tania rimase largamente una *outsider*, non essendo in grado di instaurare un contatto conforme alla sua età con gli altri ragazzi.

VIII. 7. Il diciassettenne Klaus ci fu presentato dopo che il suo umore aveva subito dei cambiamenti. Si era sempre più ripiegato in se stesso, non partecipava più a nessuna attività comune e aveva un effetto depressivo sui genitori. In famiglia era molto introverso, genitori e fratelli non potevano più entrare nella sua stanza, aveva anche svitato la maniglia della porta, che portava con sé. Aveva chiuso le finestre con delle spesse coperte e non prendeva più parte alle attività di famiglia. Al di fuori di essa manifestava timidezza, scarsa fiducia in se stesso e non aveva amicizie. Secondo quanto riferiva la sua insegnante, i compagni di classe ridevano di lui. Voleva girare un film, che avrebbe poi dovuto essere proiettato, ne aveva scritto il copione e l'aveva già mostrato all'insegnante, che lo aveva giudicato buono. L'argomento era la solitudine. Klaus aveva sviluppato un particolare interesse per le scienze naturali, soprattutto per la chimica, volendo penetrare i segreti del mondo. Considerava i compagni di classe dei superficiali con cui non era possibile parlare di argomenti seri. Negli ultimi tempi si era comprato dei soldatini, con cui giocava delle battaglie immaginarie. In questo gioco per lui era importante rendere giustizia a tutte le armate, in modo che nessuno lo potesse rimproverare di averne trattata una in modo ingiusto.

VIII. 8. Peter, di diciassette anni, si lamentava di temere molto i suoi compagni di scuola, dai quali diceva di essere molestato e picchiato, al punto che aveva paura di uscire di casa. Peter si occupava molto di se stesso, aveva cominciato a leggere Freud e si considerava un nevrotico coatto; aveva grosse difficoltà nell'esprimersi e nel comunicare i suoi problemi; il suo modo di parlare era così fievole e poco chiaro che doveva quasi sempre ripetere due volte ciò che voleva dire. Secondo quanto riferivano i suoi insegnanti, anche in classe era molto isolato, si allontanava dal suo ambiente e si sentiva estraneo a esso.

Aveva paura che determinate situazioni ed esperienze scatenassero in lui umori e sentimenti negativi: tali sentimenti lo coglievano, per esempio, quando, andando a una festiciola di classe, si rendeva conto di non essere allegro come gli altri. Aveva molte difficoltà a fornire delle interpretazioni connesse in modo logico e rifiutava temi come la sessualità e la religione, che gli potevano far nascere dei dubbi. Aveva elaborato una teoria sull'ulteriore sviluppo del commercio mondiale della frutta e del latte.

IX. *Riflessioni terapeutiche*

Che conseguenze terapeutiche si possono trarre sulla base di questa serie di sintomi? I bambini, nonostante una buona intelligenza (tutti possedevano un QI superiore a 100) avevano una limitata resa scolastica ed erano poco inseribili in un contesto sociale. Rudolf [45] sottolinea la necessità di una terapia di svariati anni che, a suo parere, è in grado di procedere oltre il rapporto con il conflitto, verso mètte di apprendimento sociale, in cui, attraverso un'adeguata strutturazione del *setting*, devono essere evitate le regressioni. Tutti gli sforzi psicoterapeutici hanno, a questo proposito, lo scopo di consolidare i limiti dell'autonomia personale, di rafforzare la fiducia nelle proprie percezioni e nelle capacità espressive e, soprattutto, di promuovere molteplici contatti emotivi con gli altri. Hoffmann [19] parla di esperienze positive, quando si porta il paziente stesso a fornire risposte e mètte terapeutiche del tutto pratiche: «Dove vuole arrivare entro la prossima settimana?». Pazienti con un marcato disturbo dell'Io richiedono una particolare impostazione del processo terapeutico. Siccome il paziente, anche se incitato emotivamente, non raggiunge con il suo atteggiamento esitante nessuna soluzione realistica nei confronti dei problemi della vita, se ne deduce che, piuttosto, devono essere evitate situazioni scoraggianti e gravose, devono essere rafforzate e agevolate esperienze produttive e che bisogna, inoltre, perseguire un procedimento terapeuticamente più attivo, conferendo alla terapia una più marcata strutturazione. Scopo primario dovrebbe essere un miglioramento delle capacità funzionali dell'Io. Ciò esclude, inizialmente, una produzione di materiale regressivo, inconscio. Kernberg [23], a questo proposito, ha introdotto nella terapia dei "parametri" per modificare il procedimento psicoanalitico standard a seconda delle particolari necessità dei pazienti con un Io disturbato. Questi parametri tecnici sono definiti da alcune misure attive prese dal terapeuta: indirizzare le comunicazioni di contenuto del paziente verso un miglioramento del rapporto con la realtà; fornire esaurienti informazioni sul tipo di malattia, sul *setting* terapeutico e sulle connessioni psicodinamiche; interrompere le pause di silenzio, etc.

In questo contesto, Arfsten e Hoffmann [3] consideravano la situazione nei gruppi di reparto come un campo per la messa in scena del conflitto, in quanto unità dinamica in cui si fronteggiano gruppi di pazienti e gruppi di terapeuti. Qui il punto chiave per contrastare la regressione del paziente sta nel complesso processo terapeutico globale del reparto e per questo vengono condotti diversi tipi di lavori di gruppo. In questo terreno sociale i pazienti possono, più facilmente che altrove, ridurre i loro disturbi e i loro deficit nelle relazioni sociali, accumulare nuove esperienze e superare situazioni a cui non sono abituati. In definitiva, la cura dei giovani pazienti borderline richiede un procedimento maggiormente strutturato, che possa includere i diversi campi della vita sociale, alternando la terapia singola con quella di gruppo. Siccome spesso vi sono capacità e interessi individuali, i pazienti tentano, in questo contesto, di compensare i loro vissuti di

incapacità e, nel fare ciò, esprimono sia il rapporto distorto con l'ambiente sia il tentativo di porsi al centro dell'interesse attraverso i loro deficit. Sotto il profilo terapeutico, questo significa che occorre stimolare altre aree di interesse e, in parte, includere procedimenti "di esercizio" come il gioco delle parti, in modo da avvicinare il paziente a nuove esperienze che possano mutare il suo schema irrigidito. Ci sembra particolarmente importante, specialmente per quegli adolescenti che fino a quel momento hanno soprattutto ricevuto messaggi negativi di risposta, la comunicazione di esperienze di successo, poiché soltanto allora potrà essere ripristinato un migliore rapporto con la propria persona e con gli altri, nonché la fiducia nelle proprie percezioni e nelle proprie capacità espressive. Da noi, per esempio, i pazienti seguono l'insegnamento scolastico all'interno della clinica per evitare pretese e scoraggiamenti eccessivi da parte di una scuola esterna e si esige da loro, fino al punto in cui ciò è possibile, una buona collaborazione. Spesso, durante la terapia, trovano espressione la paura, le furie e la rabbia, relative a precedenti delusioni e ferite, offrendo così l'occasione per rielaborare le vecchie costellazioni e gli schemi di relazione. Anche se questo rappresenta un punto particolarmente critico per la terapia, attraverso di esso è più facile trovare un accesso emotivo al paziente, in quanto egli riesce ora a entrare in contatto con i suoi affetti, gli impulsi, le esplosioni di aggressività, con la sua ricerca di rassicurazioni e con il suo egocentrismo.

X. Rapporto terapeutico

Per Rudolf [45] il lavoro terapeutico consiste nel far vedere al paziente le diverse parti di sé, per cui è necessario, per l'evoluzione del paziente, un trattamento di lunga durata. Di importanza decisiva è lasciare al paziente spazio di manovra sufficiente per l'avvicinarsi e il ritrarsi, rispettando la sua personalità in ogni situazione. Hoffmann [19] sottolinea diverse e mutevoli opportunità di traslazione nell'ambito del reparto e la possibilità che queste divergenti sensazioni e rappresentazioni di sé vengano verbalizzate e agite con persone diverse. Si dovrebbero, a questo proposito, porre delle limitazioni al comportamento agito dal paziente [41] e ciò richiede al terapeuta un comportamento attivo e non la neutralità [44, 37]. Innanzitutto, nella fase iniziale della terapia è indicato un atteggiamento orientato verso il reale. Il terapeuta deve qui essere presente come "persona reale" e mantenere di conseguenza un atteggiamento di sostegno: «Ciò giunge fino al punto, che il terapeuta si rallegra con il paziente per le prestazioni reali e prende parte alle sconfitte e alle delusioni» (39). Quando è possibile instaurare questo atteggiamento empatico, si può applicare la "confrontazione", come tecnica terapeutica prioritaria, con lo scopo di rielaborare i conflitti che prima erano stati soltanto agiti. Il rivivere antiche delusioni porta a reazioni depressive e alla rielaborazione del lutto per la perdita immagine di

sé idealizzata. Rudolf [45] sottolinea come prioritari tre compiti del processo terapeutico, che diventano attuabili solo se il terapeuta rappresenta una realtà affidabile, ai fini di un migliore orientamento del paziente:

1. la rinuncia al raggiungimento dell'ideale di sé narcisisticamente elevato;
2. il vivere le esperienze sentimentali con gli altri, dolorosamente deludenti, che vi sono sottese;
3. il tentativo di costruire nuove relazioni emotive con gli altri e con il terapeuta.

Rohde-Dachser [43] tratta diffusamente le tipiche reazioni di controtransfert del terapeuta, che tra l'altro possono essere permeate di paura, adeguamento e delusione nei confronti del paziente, ma anche consistere in un vissuto di impotenza e di rancore. Seidel [50] parla di «incoraggiante incontro con il deficit»; al paziente dovrebbe diventare possibile accettare le mancanze vissute e dar loro un nuovo aspetto. Secondo Heisterkamp [15, 16, 17, 18] in terapia dovrebbero essere attivati i seguenti procedimenti: dare nuova vita agli antichi esiti di inadeguatezza per ciò che concerne le situazioni passate e presenti; prendere coscienza della disperazione, dei modi fittizi di rassicurazione dell'identità in pericolo e di compensazione del pesante sentimento di inferiorità; riconoscere la coazione a ripetere; dare nuova vita alle forze creative e ampliare lo scambio dialettico con il mondo. Questi obiettivi, che valgono anche per la terapia del borderline, vengono tuttavia raggiunti solo dopo un trattamento psicoterapeutico molto lungo a causa della gravità del disturbo e della grande fragilità e vulnerabilità del paziente [31, 32]. Per questo il trattamento di pazienti borderline richiede un grande impegno da parte del terapeuta.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, Fischer, Frankfurt 1972.
2. ADLER, A. (1914), *Heilen und Bilden*, Fischer, Frankfurt, 1973.
3. ARFSTEN, A. J., HOFFMANN, S. O. (1978), Stationäre psychoanalytische Psychotherapie als eigenständige Behandlungsform, *Prax. Psychother.*, 23: 233-245.
4. ASPERGER, H. (1944), Die "autistischen Psychopathen" im Kindesalter, *Arch. Psych. Nervenkr.*, 117: 76-136.
5. BLEULER, E., Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, in ASCHAFFENBURG, G. (a cura di, 1911), *Handbuch der Psychiatrie*, Deuticke, Wien.
6. CHESSICK, R. (1977), *Intensive psychotherapy of the borderline patient*, Aronson, New York.
7. CHILAND, C., LEBOVICI, S., Borderline or prepsychotic conditions in childhood, a french point of view, in HARTOCOLLIS, P. (a cura di, 1977), *Borderline personality disorders*, Intern. University, New York.
8. ERIKSON, E. H. (1968), *Identity, youth and crisis*, Norton, New York.
9. GELEERD, E. R. (1966), Borderline. Zustände in der Kindheit und Adoleszenz, *Psych.*, 20: 821-836.

10. GREEN, A., The borderline concept, in HARTOCOLLIS, P. (a cura di, 1977), *Borderline personality disorders*, Intern. University, New York.
11. GUNDERSON, J. G., SINGER, M. T. (1975), Defining borderline patients: an overview, *Am J. Psych.*, 132: 1-10.
12. GUNDERSON, J. G., KOLB, J. E. (1978), Discriminating features of borderline Patients, *Am. J. Psych.*, 135: 792-796.
13. GUNDERSON, J. G., KOLB, J. E. (1982), Empirical studies of the borderline diagnosis, in GRINSPOON, L. (a cura di, 1982), *Borderline and narcissistic disorders*, Am. Psych., Washington.
14. HARTMANN, H. (1964), *Essays on ego psychology*, Intern. University, New York.
15. HEISTERKAMP, G., Das Konzept des Widerstand in der Individualpsychologie, in PETZOLD, H. (a cura di, 1981), *Widerstand - ein strittiges Konzept in der Psycho-Therapie*, Junfermann, Paderborn.
16. HEISTERKAMP, G. (1983), Psychotherapie als Beziehungsanalyse, *Z. f. Individualpsychol.*, 8: 86-105.
17. HEISTERKAMP, G., Zur Dialektik der Beziehung zwischen Patient und Therapeut, in MOHR, F. (a cura di, 1984), *Beitr. z. Individualpsychol.*, Bd. 5. Reinhardt, München.
18. HEISTERKAMP, G., Progressive und regressive Momente in der Therapie, in MOHR, F. (a cura di, 1985), *Beitr. z. Individualpsychol.*, Bd. 6. Reinhardt, München.
19. HOFFMANN, S. O., Stationäre Psychotherapie bei Patienten mit Borderline Syndromen, in HELMCHEN, H., LINDEN, M., RÜGER, U. (a cura di, 1982), *Psychotherapie in der Psychiatrie*, Springer, Berlin.
20. KERNBERG, F. O. (1966), Structural derivatives of object relationship, *Int. J. Psychoanal.*, 47: 236-253.
21. KERNBERG, F. O. (1967), Borderline personality organization, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 15: 641-685.
22. KERNBERG, F. O. (1970), A psychoanalytic classification of character pathology, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 18: 800-822.
23. KERNBERG, F. O. (1975), *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*, Suhrkamp, Frankfurt 1983.
24. KERNBERG, F. O. (1981), Diagnosing borderline personality: a pilot study using multiple diagnostic methods., *J. Nerv. Ment. Dis.*, 196: 225-231.
25. KESTENBAUM, C. J., The borderline child a risk for major psychiatric disorder in adult life, in ROBSON, K. S. (a cura di, 1983), *The borderline child*, McGraw-Hill, New York.
26. KOHUT, H. (1971), *Narzißmus*, Suhrkamp, Frankfurt 1973.
27. KOHUT, H. (1973), Überlegungen zum Narzißmus und zur narzißtischen Wut., *Psych.*, 27: 513-554.
28. KRAEPELIN, E. (1916), *Einführung in die Psychiatrische Klinik*, Barth, Leipzig.
29. KRETSCHMER, E. (1921), *Körperbau und Charakter*, Springer, Berlin.
30. KÜNKEL, F. (1957), *Einführung in die Charakterkunde*, Hirzel, Stuttgart.
31. LEHMKUHL, G., LEHMKUHL, U., Die Ichgebundenheit des nervösen Charakters, in SCHMIDT, R. (a cura di, 1982), *Die Individualpsychologie Alfred Adlers*, Kohlhammer, Stuttgart.
32. LEHMKUHL, G., LEHMKUHL, U., Psychotherapie der Psychosen, in MOHR, F. (a cura di, 1985), *Beitr. z. Individualpsychol.*, Bd. 6. Reinhardt, München.
33. LEHMKUHL, G., LEHMKUHL, U., Narzißmus, in BRUNNER, R., KAUSEN, R., TITZE, M. (a cura di, 1985) *Wörterbuch der Individualpsychologie*, Reinhardt, München.

34. LEHMKUHL, U., Die "neuen Narzißmustheorien" aus individualpsychologischer Sicht, in MOHR, F. (a cura di, 1983), *Beitr. z. Individualpsychol.*, Bd. 4. Reinhardt, München.
35. LOHMER, M. (1985), Diagnostik und Therapie des Borderline-Syndromes: Entwicklungstendenzen in der amerikanischen Diskussion., *Psychother. und Psychol.*, 34: 120-126.
36. MASTERSON, J. F. (1972), *Treatment of the borderline adolescent: a developmental approach.*, Wiley, New York.
37. MASTERSON, J. F., Intensive psychotherapy of the adolescent with a borderline syndrome, in KAPLAN, G. (a cura di, 1975), *American Handbook of Psychiatry*, Basic Books, New York.
38. MASTERSON, J. F., The splitting defense mechanism of the borderline adolescent: Developmental and clinical aspects, in MACK, J. (a cura di, 1975), *Borderline states*, Grune & Stratton, New York.
39. MASTERSON, J. F. (1976), *Psychotherapie bei Borderline-Patienten*, Klett-Cotta, Stuttgart 1980.
40. MASTERSON, J. F. (1981), *The narcissistic and borderline disorder. An integrated developmental approach.*, Brunner & Mazel, New York.
41. MODESTIN, J. (1980), Über den Borderline, *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*, 48:140-163.
42. ROBSON, K. S. (1983), *The borderline child*, McGraw Hill, New York.
43. ROHDE-DACHSER, C. (1979), *Das Borderline-Syndrom*, Huber Bern.
44. ROSENFELD, S. K., SPRINCE, M. P. (1965), Some thoughts on the technical handling of borderline children, *Psychoanal. Study Child*, 20: 495-517.
45. RUDOLF, G. (1977), Krankheiten im Grenzbereich von Neurose und Psychose, *Verlag f. Medizin*, Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
46. RUDOLF, G., Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit, in HELMCHEN, H., LINDEN, M., RÜGER, M. (a cura di, 1982), *Psychotherapie in der Psychiatrie*, Springer, Berlin.
47. SAß, H., KOEHLER, K. (1983), Borderline-Syndrome: Grenzgebiete oder Niemandsland?, *Nervenarzt*, 54: 221-230.
48. SCHMIEDEBERG, M. (1947), The treatment of psychopaths and borderline patients, *Am. J. Psychother.*, 1: 45-70.
49. SCHMIEDEBERG, M., The borderline patient, in ARIETI, S. (a cura di, 1957), *American Handbook of Psychiatry*, Vol. I, Basic Books, New York.
50. SEIDEL, U., Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologischen Therapie, oder: Die ermutigende Begegnung mit dem Defizit, in MOHR, F. (a cura di, 1985.), *Beitr. z. Individualpsychol.*, Bd. 6. Reinhardt. München.
51. SPITZER, R. L., ENDICOTT, J. (1979), Justification for separating schizotypal and borderline personality disorders, *Schizophr. Bull.* 5: 95-104.
52. WIESSE, J. (1983), Borderline-Störungen in der Adoleszenz - Möglichkeiten einer analytischen Psychotherapie, *Kind und Umwelt*, 39: 3-22.
53. WING, L. (1981), Aspergers syndrome: a clinical account, *Psychol. Med.*, 11:115-129.
54. WÖLLER, W., HUPPERTZ, B. J. (1984), Borderline - eine diagnostische Einheit?, *Fortschr. Neurol. Psych.*, 52: 338-345.
55. WOLFF, S., BARLOW, A., (1979), Schizoid personality in childhood: a comparative study of schizoid, autistic and normal children, *J. Child Psychol. Psychiatr.*, 20: 29-46.

56. WOLFF, S., BARLOW, A., CHICK, J. (1980), Schizoid personality in childhood: a controlled follow-up study, *Psychol. Med.*, 10: 85-100.

Fritz Poustka
Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie
Schmeddingstr. 50
D-4400 Münster

Gerd Lehmkuhl
Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit J 5
D-6800 Mannheim

(Traduzione a cura del Centro Studi di Psicologia Individuale di Torino)