

ANDREA FERRERO
MAURILIO ORBECCHI

NOTE SU ALCUNI ASPETTI DELLA SESSUALITÀ IN PAZIENTI BORDERLINE

Il problema della "sistematizzazione" delle sindromi borderline, o casi-limite, di quelle entità cliniche cioè che, come dice M. Schmeiderg, contengono elementi "sia propri della nevrosi che della psicosi, della psicopatia, della normalità...", è forse ancora lontano da una soluzione definitiva, benché di recente, negli ultimi vent'anni, un rinnovato interesse ed una serie di studi, specie da parte degli esponenti della cosiddetta "psicologia dell'Io", abbiano contribuito a raccogliere una nuova interessante serie di dati clinici e psicologici. La questione è annosa e risale praticamente agli albori della psichiatria moderna (Hughes nel 1894 parla già di borderline come zona di confine tra psicosi e nevrosi).

Sta di fatto che abbastanza di frequente ci si imbatte in pazienti mal definibili clinicamente, caratterizzati dalla presenza di sintomi di tipo, polinevrotico, da una patologia del comportamento che li fa definire come "caratteriali" o "antisociali" e dalla compresenza di elementi clinici più o meno espliciti di tipo psicotico; tali pazienti presentano inoltre un'organizzazione di personalità più o meno stabilizzata, pur se sintomatologicamente possono apparire talora come persone che in continuazione "zigzagano sulla linea della realtà", come affermano Hoch e Polatin.

Non sono ovviamente comprese in questo gruppo le schizofrenie ad esordio pseudo-nevrotico (Sandor Rado; Hoch e Polatin). Le difficoltà di sistematizzazione nosografica derivano dal fatto, a nostro parere, che un approccio "descrittivistico", non solo in termini clinici, non è sufficiente a cogliere la sostanza di questo tipo di patologia.

Anche gli "psicologi dell'Io", che hanno affrontato il problema in termini di organizzazione della personalità in base alle risultanze dei trattamenti ad orientamento analitico cui hanno sottoposto i loro pazienti, non sfuggono talora a un loro particolare "descrittivismo"

analogo a quello clinico, parlando genericamente di "debolezza dell'Io", "scarsa capacità di introspezione", "scarso senso della realtà", ecc. (cfr. anche Grinker, Schmideberg...).

Nel riquadro di questo "descrittivismo", grosso rilievo hanno le notazioni sui caratteri tipici delle condotte sessuali in tale tipo di pazienti.

Nel presente lavoro si intende, partendo dalla descrizione di un caso che sembra poter rientrare, secondo quanto detto, nel gruppo dei pazienti *borderline*, fare qualche notazione sulle caratteristiche dello stile sessuale di questo tipo di pazienti che funga anche come premessa per eventuali considerazioni psicopatologiche in vista di un approccio terapeutico.

Il caso riportato è quello di una giovane donna di 29 anni, nativa di Reggio Calabria, ma residente a Torino fin dall'infanzia, nubile, laureata in lettere, attualmente professoressa supplente in una scuola media, venuta all'osservazione durante un ricovero della durata di un mese circa e seguita poi ambulatorialmente.

Descritta come "personalità introversa, molto legata alla madre, estremamente insicura nelle proprie decisioni" dai genitori (i quali per altro ne avevano sottolineato per converso un brillante rendimento scolastico) da circa due anni aveva cominciato a manifestare una sintomatologia definita da uno specialista come di tipo isterico, che si era "complicata" con la comparsa di spunti "quasi deliranti" in senso mistico. Si era registrata poi una serie di turbe comportamentali che avevano compromesso l'inserimento lavorativo con prolungati e ingiustificati (a detta dei parenti) allontanamenti da casa, frequenti contatti con gruppi giovanili dalle caratteristiche le più varie (da vere e proprie comuni hippy a organizzazioni a sfondo religioso), trascuratezza nell'abbigliamento, irregolarità nell'alimentarsi. La cosa che turbava però maggiormente i genitori, abituati ad una visione molto tradizionale della famiglia, anche nel quadro di una cultura di estrazione meridionale, era una vita sessuale disordinata e incontrollata, con tutta una serie di rapporti che mai poggiavano su di una base affettiva che potesse avere una qualche parvenza di stabilità.

Le problematiche che affiorarono durante i colloqui in ambito ospedaliero e successivamente erano vaste e articolate. Parve subito chiaro che la paziente stessa attribuiva ai suoi problemi in campo sessuale ed affettivo particolare importanza.

Durante il ricovero i sintomi più specificatamente di tipo psicotico regredirono abbastanza prontamente per riaffiorare, dopo le dimissioni,

saltuariamente ed in modo abbastanza sfumato. La paziente all'inizio sembrava vivere in uno stato di estrema angoscia e incertezza, rapportabile clinicamente a un vero e proprio stato d'animo pre-delirante, con un senso di minaccia e di morte, "come di pericolo imminente" (sono parole sue) "che incombe su tutti".

Tale stato si acquietò relativamente in breve tempo attraverso un'adesione quasi meccanica, per così dire "magica", alle ragioni esposte all'interlocutore.

Si ebbe nel prosieguo la conferma che l'unità interna della visione di Sé della paziente veniva preservata attraverso artifici identificatori progressivi spesso contrastanti, che solo quando non potevano essere sufficientemente conservati lasciavano luogo ad una sintomatologia più francamente dissociativa con spunti deliranti mistici o persecutori.

Al tempo del ricovero la paziente aveva intrecciato un rapporto affettivo e sessuale che pareva un po' più stabilmente ripetitivo, pur non ancorato ad un sentimento duraturo, in parte per i timori del partner, in parte per le difficoltà intrinseche che la paziente stessa riconosceva in sé nel riuscire a realizzarlo: "Mi sento di non riuscire a impegnarmi, a legarmi, mi sento vuota e di non potergli dare niente...".

In effetti la vita sessuale della paziente si svolgeva in modo saltuario e occasionale anche al di fuori di questa relazione. La paziente affermò più volte, durante i colloqui, come d'altronde è per certi versi ben comprensibile, che la questione sessuale era per lei di vitale importanza in quanto coinvolgeva in modo sostanziale la propria identità di donna.

Il ricovero venne vissuto come un tentativo repressivo da parte dei genitori nei confronti della sua affermazione sessuale e della sua indipendenza (la paziente vive tuttora in famiglia), che aveva finalmente realizzato legandosi ai movimenti giovanili e affermando la propria assoluta libertà di costumi.

D'altro canto, e spesso alternativamente anche durante lo stesso colloquio, di pari passo con il tipo di rapporto che si sviluppava con l'interlocutore e con l'accettazione progressiva del ricovero, comparvero imponenti sensi di colpa relativi alla propria amoralità, che dovevano già essere presenti prima del ricovero (si notino al proposito le tematiche mistiche e la frequenza assidua di gruppi religiosi durante certi periodi) e che continuarono in seguito.

La relazione col terapeuta si caricò di fortissime valenze sessuali; in tal modo parevano ricomporsi le due facce del problema: la realizzazione della paziente come donna e la garanzia di un'accettabile condotta

morale in quanto da questo punto di vista l'integrità del terapeuta (l'uomo di fiducia dei genitori) era fuori discussione.

Queste fantasie sessuali sembravano essere l'alternativa al delirio: durante una seduta che scatenò in lei una profondissima angoscia, la paziente raccontò di aver pensato in passato che il suo destino era quello di dover essere amata e posseduta da un essere soprannaturale, un angelo o Dio stesso.

Il riferimento alla situazione transferale era anche molto evidente e fu quello che presumibilmente mise così in angoscia la paziente, che subito dopo aggiunse: "Ho voglia di scappare, vorrei fuggire, sprofondare...".

Il tentativo di riportare in termini accettabili la situazione transferale provocò un'aggressività di pari intensità.

La situazione si è in seguito parzialmente evoluta attraverso una lenta rielaborazione dell'aggressività della paziente, permettendo che la medesima, entro certi limiti, venisse anche agita, nel frattempo, all'interno del rapporto a due.

In ogni caso, ad ogni limitazione più rigida della medesima corrispondevano veri e propri passaggi all'atto, sotto forma di imponenti crisi isteriche, all'esterno indirizzate specialmente in direzione della madre, verso la quale la paziente si è sempre mostrata intensamente ambivalente.

La vita sessuale è continuata in modo piuttosto disordinato, si è ad un certo punto interrotta ("Ho capito che fino a che non risolvo i miei problemi non posso avere rapporti affettivi e sessuali soddisfacenti"), procede in ogni caso di pari passo con l'evolvere della totalità del quadro clinico, che ha registrato qualche incostante miglioramento, permettendo comunque, pur tra molte difficoltà, la ripresa dell'attività lavorativa.

Le considerazioni da farsi potrebbero essere molte; ci limiteremo alle seguenti:

I) L'inadeguatezza dell'utilizzazione unicamente del criterio descrittivo-clinico nell'approccio a pazienti borderline; nella descrizione di tali soggetti uno dei parametri presi in considerazione sono proprio le caratteristiche della vita sessuale che vengono così presentate: "Nei soggetti borderline le fantasie sessuali sono caotiche e multiple e le relazioni oggettuali connesse con queste interazioni sono instabili" e ancora: "La provocazione sessuale tende ad essere più diretta, più rozza, meno adeguata socialmente..." (Kernberg). È peraltro evidente che tali caratterizzazioni possono essere solo superficialmente indicative.

II) Il caso citato si presta invece ad alcune considerazioni di carattere psicopatologico relative ai soggetti borderline. Caratteristici in tal senso sembrano essere, infatti, gli artifici aggressivi ed autoprotettivi elaborati da tali pazienti al fine di regolare la "distanza" dall'ambiente in connessione con le aspirazioni di supremazia e di controllo, l'acquisizione e la preservazione del ruolo e il desiderio di accettazione e di appartenenza al gruppo.

In particolare la competitività si realizza attraverso "rapidi passaggi da sentimenti intensamente positivi a sentimenti altrettanto intensamente negativi, da un atteggiamento verso gli altri di sottomissione e imitazione infantile... fino a bizzose esplosioni di ostruzionismo all'altro". (Kernberg).

Tra tali due estremi non sembrano inoltre potervi essere compromessi e i due opposti atteggiamenti sembrano mutualmente escludersi in quanto unici garanti, alternativamente, della regolazione della distanza dall'altro. Tali artifici preserverebbero questi soggetti, nella misura in cui possono essere mantenuti, da un'ipercompensazione delirante, come si è visto, precludendo una riuscita socializzazione. Da ciò deriverebbero anche le caratteristiche di condotta sessuale di tale tipo di pazienti.

L'importanza delle implicanze sociali e culturali ci sembra risalti dal caso esposto abbastanza chiaramente e sarebbe meritevole di un esame più approfondito, così come importantissima risulta la costellazione familiare su cui pone l'accento Puoti, confermando indirettamente gli importanti lavori di linea adleriana, come quelli di Shulman.

III) Si sottolinea infine l'opportunità di una rielaborazione più profonda in chiave psicopatologica di questi casi: da tale rielaborazione deve necessariamente dipendere la risoluzione della questione nosografica, prognostica e terapeutica. Si segnala al proposito il dubbio che una psicoterapia solamente d'appoggio possa non avere sufficiente spazio per agire e si suggerisce quale traccia indicativa di trattamento la predominante importanza di una pur problematica ricerca di distanza (in considerazione anche di quanto sopra espresso) tra paziente e terapeuta, nel quadro di una costante, come del resto notato e suggerito fin dai tempi di Adler.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ADLER A.: Das Problem der Distanz: über einen Grundcharakter der Neurose und Psychose. Z. Indiv. Psychol., vol. I, 8-16 (1914).
- 2) GRINKER R. R., WERBLE B., DRYE R. C.: The borderline syndrome. Basic Books New York 1968.
- 3) HOCH P., POLATIN P.: Pseudoneurotic forms of schizofrenia. Psychiatric Quart. 23: 248, 1949.
- 4) KERNBERG O.: Sindromi marginali e narcisismo patologico. Boringhieri 1978.
- 5) PARENTI F. e coll.: Dizionario ragionato di Psicologia individuale. Cortina, Milano 1975.
- 6) PUOTI M.: La sindrome borderline (aspetti clinici, dinamici, sociali). Neuropsych., 33, 1971.
- 7) SCHMIDERBERG M.: I casi limite in: ARIETI S.: Manuale di psichiatria, vol. I, Boringhieri 1969.