

“Borderlines”: verso una tipizzazione clinica e psicopatologica. Alcune idee dall’esperienza nei servizi psichiatrici pubblici

“Borderline patients”: towards typification. Some suggestions from a public psychiatric services perspective

R.P. Dalle Luche

SPDC ASL 1 Massa e Carrara, Italia

Summary

The large number of clinical and therapeutic unsolved questions about borderline patients cannot be ever completely encompassed and resolved. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-III and following editions of the manual have well described the clinical features of these patients within the diagnostic categories of Borderline and Schizotypal Personality Disorder without succeeding in defining the nature of these conditions, their developmental feature, their course and prognosis. Within “borderline patients”, heterogeneous patients are still included who show slow, chronic evolutions towards different psychotic or non-psychotic conditions, and very different relational and social outcomes after many decades, if their lives are not broken by suicide and premature death.

The author attempts to revise the controversial question of borderline patients from a public mental health service perspective; in these settings, borderline patients require continued attention

and needs for many years, choosing their ideal therapists. Their treatment is often a difficult challenge for all caregivers involved in the treatment, and the therapeutic results are often very different. With the aim of a better planning of treatment, the author suggests reevaluating Grinker sub-typification, revised on the basis of new psychopathologically defined typologies of personality disturbances. Four “borderline types” are defined: two whose outcome is the development of major mood or psychotic disorders, and two personality configurations, more stable in their evolution unless personal or social negative events do not lead them to regressive behaviour. Several fundamental indications about the long-term psychotherapeutic relations with these patients in the Italian public services are outlined.

Key words

Borderline personality disorder • Schizotypal personality disorder • Psychotic character • Attenuated psychotic syndrome

“Sono stata tanti anni borderline,
poi sono stata promossa bipolare”
(una paziente)

A più di sessant’anni dalla sua creazione, la diagnosi di “borderline”, il più originale contributo della psichiatria americana alla nosografia, resta una nozione clinicamente controversa e sfuggente, della quale però sembra di non poter fare a meno. Le trasformazioni di senso che nei decenni si sono succedute, fino alla acquisizione come categoria diagnostica di Asse II nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)-III¹, non hanno mai cancellato quelle che le hanno precedute, creando intorno al termine borderline una bizzarra instabilità semantica e un’elasticità definitoria, nella quale è facile per il singolo clinico trovare quegli elementi che possono essere utili per etichettare un paziente che non soddisfa i criteri per le diagnosi di “psicosi” da un lato, di disturbo d’ansia o dell’umore dall’altro. Non meno

controverse sono anche le questioni etiopatogenetiche legate a quest’area, che oscillano tra uno psicologismo di stampo psicoanalitico secondo cui i *borderlines* non sarebbero che il margine della caratterialità nevrotica, oppure la “fioritura” adulta di gravi traumatismi precoci – in entrambi i casi per l’essersi incarnati nella loro forma più estrema e radicale dei meccanismi di difesa quali lo *splitting* (scissione) e il *denial* (diniego) – e un riduttivismo genetico-biologico che considera *tout court* queste patologie forme attenuate delle psicosi maggiori, con importanti intrecci con la genetica delle dipendenze da sostanze, alcool, cocaina e *gambling* in particolare. Decennio dopo decennio ritroviamo nella letteratura affermazioni del tipo “siamo ancora lontani dal raggiungere un consenso sul modo migliore di comprendere e descrivere questa condizione psicopatologica così complessa e disturbante”², “le caratteristiche fondamentali dei pazienti borderline non sono i loro sintomi”³, “malgrado i molti differenti punti di vista [...] c’è un sorprendente

Correspondence

Riccardo Dalle Luche, SPDC ASL 1, Massa e Carrara, via Sottomonte 2, 54100 Massa, Italy • Email: dallricc@usl1.toscana.it

grado di unanimità rispetto al quadro clinico”⁴. Ciascuna di esse evidenzia paradossi al contempo clinici ed epistemologici, che mostrano tutta la precarietà di fondo di questo costrutto.

Cosa conta, dunque, per creare e per individuare un *borderline*, i sintomi, i comportamenti impulsivi e il discontrollo emotivo in genere, i meccanismi di difesa, la funzionalità dell’Io, la familiarità, le esperienze precoci, gli eventi traumatici e di abuso, la genetica, i fattori sociali concomitanti? E come può un’area così eterogenea e indefinita essere racchiusa in una o due definizioni categoriali di Asse II?

Il presente contributo non pretende certamente di dare una risposta finale sull’essenza di queste condizioni cliniche problematiche e in fondo ancora molto misteriose: nessuno, credo, potrebbe arrogarsi una simile impresa. Più semplicemente è un tentativo clinico e fenomenologico, nato dalla relazione continuativa per decenni con questi pazienti nel servizio pubblico, di andare oltre la ben nota e acclarata sistematizzazione nosografica dei *borderlines* tra i “disturbi di personalità” del *cluster B*¹ al fine di mettere ordine nella clinica di quest’area, proponendo una suddivisione in quadri clinici tipici ben differenziabili tra di loro, che consentano di sapere con maggior precisione cosa aspettarsi e che cosa fare quando essi si incarnano di fronte a noi in un SPDC o in un contesto ambulatoriale o residenziale. L’articolo rappresenta in effetti il risultato di una lunghissima riflessione personale nata dal contatto, dal confronto e, talora, dal “corpo a corpo” con questi pazienti in contesti, quali quello pubblico, nel quale è difficile se non impossibile imporre un *setting* “de-limitante”, e che dunque è spesso pericolosamente aperto all’espressività continua e “illimitata” di questa patologia (nei suoi aspetti comportamentali, relazionali, emotivi). L’esito di questa riflessione è una profonda insoddisfazione per il modello categoriale e anche per i modelli “dimensionali” psicologici; c’è sempre, in questa condizione clinica, vista nel lungo periodo, “un qualcosa di più” rispetto alla psicopatologia relazionale e della personalità che pure è quasi sempre in primo piano nella sua espressività clinica, anche se è difficile dire che cosa sia questo “*quid*”; ci sono inoltre destini molto diversi dei vari pazienti, cui conseguono percorsi terapeutici alla fine abbastanza differenziati in termini di trattamento farmacologico, modalità di lavoro psicoterapeutico e di esiti sociali, questi ultimi a mio avviso sempre compromessi, sia pure in misura molto diversa caso per caso. La “soluzione” che propongo – una soluzione, naturalmente, del tutto “ipotetica” –, è quella di “smembrare” la categoria sulla base della individuazione di differenti “tipi”, integrando cioè la prospettiva categoriale così problematicamente assunta a partire dal DSM-III con quella tipologica precedentemente utilizzata nella definizione delle personalità abnormi e psicopa-

tiche: una prospettiva che in parte era già stata espressa a Roy Grinker⁵ in un’elaborazione clinica probabilmente a tutt’oggi insuperata, e che necessita forse solo di un “aggiornamento”.

Elementi clinici di base

Potrebbe essere utile, per iniziare il nostro discorso, fare un esercizio fenomenologico di *tabula rasa* concettuale delle conoscenze accademiche relative a quest’area clinica e presentificarci i diversi, spesso molti o addirittura moltissimi, pazienti *borderline* di cui ci è capitato di doverci occupare per numerosi anni. Se ci trovassimo nella condizione di dover spiegare in un corso di psicoeducazione, in modo semplice, che cosa essi abbiano in comune, che cosa potremmo dire?

1. si tratta di *pazienti gravi che in certi momenti possono apparire anche del tutto normali*, i cui sintomi possono variare dalle manifestazioni più parossistiche alla loro totale scomparsa anche nel giro di pochi minuti o ore;
2. sebbene mostrino frequentemente sintomi di ansia, disturbi dell’umore e simil-psicotici, questi pazienti *quasi mai sono dei veri psicotici, dei gravi depressi, degli irresistibili maniacali*;
3. *non hanno apparentemente una grave compromissione cognitiva*, eppure hanno uno scarso rendimento scolastico o lavorativo pur in presenza, talora, di una notevole intelligenza: non finiscono gli studi e non mantengono con costanza un’attività lavorativa, finiscono per avere anche problemi materiali e vivere nella marginalità almeno quando non hanno più i loro familiari;
4. nel loro trattamento si è sempre in bilico nello stabilire se siamo di fronte a delle persone che hanno cronici e spesso irrisolvibili conflitti familiari, relazionali e coniugali o problematiche di elaborazione di situazioni traumatiche, oppure piuttosto a dei pazienti psicotici lievi il cui adattamento sociale è compromesso dai sintomi di base⁶ delle loro malattie;
5. *il genere sessuale ha un’importanza patoplastica enorme* in questi soggetti, tanto che i *borderlines* maschi e quelli femmine condividono ben poco delle loro manifestazioni cliniche: il genere, ad esempio, declina in modo molto diverso il discontrollo emotivo, la manipolatività, la seduttività, l’intolleranza alle separazioni, l’uso di sostanze;
6. questi pazienti, nel lungo periodo, sono troppo sani per stare ricoverati nei reparti per acuti o nelle strutture residenziali, ma troppo malati per poter vivere la loro vita a casa loro e usufruire esclusivamente delle cure ambulatoriali;
7. restano riconoscibili anche nell’età avanzata (quelli che non muoiono prima per suicidio, incidenti o al-

tri fattori legati all’abuso di farmaci e sostanze), ad esempio rimangono seduttivi, richiestivi e bisognosi di particolari attenzioni, tendono ad allacciare relazioni intime con i loro terapeuti, anche se possono facilmente divenire ambivalenti e paranoidei nei loro riguardi.

Una definizione clinica di “patologia borderline” dovrebbe articolarsi su tre piani differenziati, quello *clinico*, *psicosociale* e *relazionale*, e potrebbe ad esempio essere:

- *Sul piano clinico*: “il paziente borderline mostra una *patologia cronica*, ‘stabile nella sua instabilità’⁷, che assume l’aspetto di un disturbo di personalità, cui ineriscono instabili e atipici disturbi dell’umore e/o d’ansia, dissociativi o micropsicotici, che si complica facilmente con l’uso di sostanze e altre forme di dipendenza, spesso come forma di autotrattamento, e richiede un difficile percorso di cura integrato, farmacologico e psicoterapeutico”.
- *Sul piano psicosociale*: “il paziente borderline presenta un rapporto problematico nel confronto con la concretezza della vita, posta in evidenza soprattutto dalla parziale o totale incapacità di assumere un ruolo e un’identità sociale e lavorativa, con conseguente permanente precarietà progettuale”.
- *Sul piano relazionale*: “i pazienti borderline presentano una particolare costellazione di *attaccamento ambivalente* rispetto a *caregivers* e *partners*, caratterizzata dalla ‘triade impossibile’: incapacità di stare soli, incapacità di mantenere relazioni stabili, intolleranza delle separazioni. Tuttavia, nonostante la precarietà e l’elevata conflittualità dei loro rapporti, talora questi mostrano anche una paradossale profondità e durata” (secondo la logica delle separazioni e dei ritorni, del “né con te né senza di te”).

Breve storia della nozione di borderline

Ma come si è creata questa strana categoria composta di sintomi, conflitti relazionali e problematiche psicosociali?

La storia delle definizioni di borderline è stata realizzata infinite volte⁸⁻¹⁴, forse nel vano tentativo di comprenderne la natura ricostruendone storicamente la genesi e i mutamenti, per cui ci limiteremo a un’estrema sintesi. I primi riferimenti clinico-descrittivi dei quadri borderline risalgono alla fine dell’Ottocento ma storicamente il primo a parlare di *borderline insanity* fu Rosse in epoca prekraepeliniana (1890)¹⁴. La prima descrizione compiuta è considerata quella dei “caratteri impulsivi” di Reich¹⁵, caratterizzati da intensa ambivalenza e rapidi variazioni di umore, le “nevrosi borderline” di Stern¹⁶, caratterizzate da 10 sintomi che includevano tratti del carattere e “formazioni reattive”: narcisismo, impossibilità di controllar-

si, ipersensibilità confusa, rigidità psichica, reazioni terapeutiche negative, masochismo, sentimenti di inferiorità, meccanismi proiettivi, difficoltà nella valutazione della realtà e intensa ansia somatica, sentimenti permanenti di essere stati feriti o danneggiati. Il concetto di “personalità come se (*personality as if*)” di Helene Deutsch¹⁷ indica quei soggetti incapaci di avere sentimenti o interessi reali e di sviluppare autentiche identificazioni egoiche o superegoiche, quindi totalmente dipendenti dal controllo esterno. Il concetto di “schizofrenia pseudonevrotica” di Hoch e Polatin¹⁸, indica soggetti con pervasivi disturbi ansiosi, nevrotici e sessuali con brevi e transitori scompensi psicotici.

I principali modelli successivi sono stati sviluppati prevalentemente nel contesto psicoanalitico, nel quale questi pazienti tendevano a non rispettare il *setting* analitico classico e finire per essere giudicati “non analizzabili”. Knight¹⁹ pose in risalto la debolezza dell’Io come elemento essenziale delle sindromi borderline, capace di condizionare brevi episodi schizofrenici col venire meno delle difese nevrotiche. La debolezza dell’Io sarebbe il risultato di fattori costituzionali ed eventi traumatici con difficoltà relazionali; sullo stesso gruppo di pazienti Frosch⁹ parlò di “caratteri psicotici” e di “disturbo del controllo degli impulsi”. Grinker⁵, il primo a studiare questi soggetti con una eccellente metodologia empirica controllata, li suddivide in 4 gruppi: il “border psicotico”, trascurato, con affetti negativi verso gli altri e l’équipe curante; il “border nucleare”, che presenta affetti pervasivamente negativi agiti in vario modo, maggior capacità di coinvolgersi con gli altri, confusione sulla propria identità, impulsività e depressione di fondo; il gruppo “come se”, che include soggetti pseudoadattati, sostanzialmente privi di affetti autentici, con un precario vissuto della propria identità, che si sviluppa per imitazione e non per introiezione; il “border nevrotico”, casi meno comuni con caratteristiche affini alla depressione nevrotica cronica ma con elementi formali di tipo infantile. Tutti e quattro i sottotipi condividono gli scoppi di rabbia, un’emotività interpersonale difettosa, disturbi di identità e solitudine depressiva.

Se gli psichiatri americani hanno enfatizzato la debolezza dell’Io e la diffusione dell’identità, la scuola inglese ha piuttosto sottolineato l’ansia psicotica e i meccanismi caratteriologici nevrotici che tentano di arrestarle difensivamente anche con il coinvolgimento relazionale. Winnicott²⁰, ad esempio, parla dei borderline come di psicotici nucleari che hanno sviluppato una organizzazione nevrotica difensiva. Siamo ormai in un’epoca nella quale la clinica dei borderline è argomento pressoché esclusivo della riflessione psicoanalitica, e nella quale gli aspetti fenomenologici sono ampiamente sacrificati alle questioni teoriche sorrette dalle diverse impostazioni metapsicologiche¹⁴. In questo contesto Modell²¹ è stato forse il

primo a sottolineare l'inclinazione di questi pazienti ad attribuire onnipotenza magica a coloro che idealizzano. Kernberg²², riprendendo molti dei precedenti contributi, parla di "organizzazione di personalità borderline" per indicare un'area clinica e diagnostica ben più ampia di quelli che oggi sono i confini categoriali del disturbo di personalità borderline¹⁴, caratterizzata da una modalità di funzionamento stabile a lungo termine al confine tra nevrosi e psicosi le cui caratteristiche principali sono la debolezza dell'Io e un'eccessiva aggressività innata, e la cui difesa principale è lo *splitting*, cioè la capacità di mantenere separate identificazioni di qualità opposta. Anche Kernberg tiene divisi all'interno del gruppo un funzionamento migliore, di tipo nevrotico (sadomasochistico, dipendente, istrionico e narcisistico) da uno più psicotico (paranoide, ipocondriaco, schizotipico, ipomaniacale, antisociale, e narcisistico-maligno). Con Kernberg nasce di fatto l'idea che sia il "funzionamento" socio-relazionale del paziente a definire la gravità di quadri caratterizzati in sostanza dagli stessi meccanismi difensivi (*splitting*, *radicali istrionici* e *narcisistici gravi*).

Il modello di Gunderson e Zanarini²³, che sussume molti dei precedenti riportandoli su un piano più strettamente clinico, ed è il principale riferimento dei criteri del DSM-III¹, considera questi soggetti nell'area dei disturbi di personalità, al di fuori dell'ambito nevrotico e schizofrenico. Cinque sono le aree compromesse: gli impulsi (tossicomani) e i comportamenti impulsivi, gli affetti (depressione, rabbia, ansia e disperazione), brevi episodi psicotici, adattamento sociale (apparentemente senza difficoltà). Automutilazione, comportamenti parasuicidari, eccessiva preoccupazione o rifiuto della solitudine, atteggiamenti molto richiestivi, pensiero quasi psicotico, regressioni terapeutiche e difficoltà del *controtransfert* sono gli elementi descrittivi più caratteristici.

Va ricordato anche l'importante contributo "proto-cognitivista" di Meehl²⁴ dedicato ai fini segni e sintomi ("schizotaxia") che fanno pensare per questi "schizotipici" a un legame genetico con la schizofrenia.

Nel redigere il DSM-III¹ Spitzer ha tenuto conto sia della tradizionale collocazione "ai margini della schizofrenia" (*borderline schizophrenia*), sia della complesse sistematizzazioni del costruito nell'ambito del disturbo di personalità. Grosso modo i due filoni sono confluiti nelle due diagnosi categoriali distinte di disturbo schizotipico di personalità e di disturbo borderline di personalità, quest'ultimo termine preferito a "ambivalent" e a "unstable" e in sostanza ridefinito rispetto all'uso antecedente²⁵.

I modelli biopsicosociali più recenti considerano il disturbo borderline l'effetto di un disfunzione nella regolazione delle emozioni su base costituzionale associata all'incapacità genitoriale di insegnare al bambino il controllo delle emozioni²⁶; Paris²⁷ sottolinea il rischio di di-

sintegrazione sociale di questi soggetti; Millon et al.²⁵, su questa scia, hanno suddiviso i borderline in "umiliati, impulsivi, arroganti e autodistruttivi". Nel 1975 lo stesso Millon^{25 28} aveva descritto il "cicloide borderline" come un soggetto caratterizzato da intensa instabilità di umore, attività irregolare, coscienza colpevolizzante, ansia per la dipendenza e ambivalenza cognitivo-affettiva.

Gli studi prodotti dopo la codificazione del disturbo nel DSM-III¹ hanno cercato di stabilire i legami con le sindromi maggiori di Asse I con risultati contrastanti sia per quanto riguarda l'affiliazione con l'area dei disturbi dell'umore che con i disturbi schizofrenici. È stata accertata un'ampia comorbidità con gli altri disturbi di personalità del cluster B (istrionico, antisociale e narcisistico). Nelle edizioni successive al DSM-III è scomparso il criterio "sentimenti cronici di noia", un'ablazione legata soprattutto alla scarsa possibilità di validazione, che tuttavia preclude molti degli aspetti fenomenologicamente più pregnanti del vissuto di questi pazienti²⁹. Ancora più recentemente, accanto alla posizione di Gunderson e di Zanarini^{23 30}, che collocano questi soggetti nell'area delle personalità impulsive, vanno sottolineati gli studi genetici di Kety e Rosenthal³¹, che li ri-immettono nello spettro schizofrenico, e di Kroll et al.³² che invece li ricollegano al disturbo post-traumatico da stress.

Il disturbo borderline di personalità nel DSM-5

Da quanto è trapelato dai materiali provvisori pubblicati *online*, nel DSM-5, di prossima edizione³², la categoria diagnostica del disturbo borderline di personalità è stata sottoposta a una faticosa revisione al fine della riformulazione in termini dimensionali dei diversi disturbi di personalità, non più relegati nella collocazione di Asse II^{33 34}. Dopo anni di discussioni e di sforzi concettuali è stato prima deciso di lasciarla con la sua configurazione categoriale riducendo da 12 a 6 dei disturbi di personalità (DP) (borderline, ossessivo-compulsivo, evitante, schizotipico, antisociale, narcisistico e DP tratto specifico)³⁴. Successivamente, le clamorose proteste dei clinici avrebbero indotto la commissione di vigilanza dell'*American Psychiatric Association* (APA) a reintrodurre tutti i DP presenti nelle precedenti edizioni³⁵. Tuttavia il valore categoriale delle singole diagnosi di disturbo di personalità, verosimilmente a causa della elevata comorbidità di Asse II negli studi basati sulle precedenti edizioni del Manuale, viene mitigata dall'associazione con una dimensione di funzionamento (già originariamente implicita, come si è detto, nel modello di Kernberg). I tradizionali criteri diagnostici sono riproposti in due diverse aree, quella del "funzionamento della personalità" e quella dei "tratti patologici della personalità": i primi riguardano il funzionamento verso sé (problemi di immagine di sé e della direzione del sé) e verso gli altri

(empatia e intimità). I secondi concernono aspetti negativi dell'affettività (depressività, labilità emotiva, ansietà e ansia di separazione), la disinibizione (nell'assumersi dei rischi e nell'impulsività) e l'antagonismo (ostilità interpersonale). In pratica la diagnosi di disturbo di personalità passa attraverso un percorso guidato che prevede la presenza di una compromissione del funzionamento della personalità, la valutazione della compromissione di detto funzionamento, infine l'individuazione della categoria specifica di disturbo³⁴. In un certo senso il DSM-5 fa dunque un passo indietro rispetto all'epoca nella quale i DP (allora chiamati “personalità abnormi e/o personalità psicopatiche”) venivano individuati da tratti specifici e dalla “intensità” di questi tratti, intesa come scostamento statistico dalla norma⁶.

Continuano però a mancare dati sia biologici che etiopatogenetici che possano validare l'unità diagnostica della categoria di disturbo borderline di personalità, considerando l'eterogeneità che deriva dalle diverse combinazioni di tratti e comportamenti disfunzionali e all'estrema varietà del funzionamento sociale nonché dell'evoluzione e della prognosi a lungo termine, quest'ultimo aspetto, così importante, mai preso in considerazione dagli elaboratori del *Manual*. Molti dei pazienti, infatti, non soddisfano più i criteri diagnostici a 4 o 6 anni, ma possono nel tempo ripresentare ricadute imprevedibili anche dopo lunghe fasi di remissione³¹. Com'è ben noto fin dai tempi dello studio di Stone³⁶, se un certo numero di pazienti ha prognosi che consente una qualche forma di adattamento sociale e relazionale a lungo termine, molti altri sviluppano disturbi psichici di maggior gravità, oppure vanno incontro a morte per suicidio, abuso di farmaci e sostanze e una parte invece camuffano il loro quadro strutturando una dipendenza cronica da alcool, benzodiazepine o altre sostanze da abuso, perlopiù usate come autotrattamento.

Il concetto di “personalità” o di “carattere psicotico”

Frosch^{9 4 11}, criticando il termine di borderline per la sua vaghezza e confusività, e cercando di valorizzare l'appartenenza di questi pazienti all'area dei pazienti più gravi, cioè “psicotici”, anche se in assenza di una consistente e perdurante sintomatologia psicotico-produttiva, ha proposto di usare i termini di “carattere psicotico (*psychotic character*)”. In precedenza, nel contesto delle discussioni teoriche della psicoanalisi post-kleiniana Bion³⁷ parlava di “personalità psicotica” per i soggetti caratterizzati dall'attacco distruttivo verso la realtà interna ed esterna, terrori di annientamento, relazioni d'oggetto improvvise e premature, transfert esili tenacemente mantenuti. Blegér³⁸ invece, nel contesto della sua nozione psicopatologica di “ambiguità”, considera “personalità

psicotiche” quelle persone che non hanno consapevolezza della contraddittorietà dei propri atteggiamenti e investimenti, per i quali, cioè, l'incoerenza è una norma piuttosto che l'eccezione e che, paradossalmente, possono anche aderire mimeticamente a situazioni e modelli sociali e relazionali precostituite sviluppando atteggiamenti conformistici fino al fanatismo.

Negli studi meno speculativi e più strettamente clinici il maggiore sostenitore della nozione di “*psychotic character*” è senza dubbio Frosch il quale sostiene che “i problemi e gli aspetti caratteristici del processo psicotico corrono come un filo rosso nel carattere psicotico”¹¹. Ci troveremmo cioè a osservare delle costellazioni sintomatologiche e comportamentali, nelle quali ricorrono svariati meccanismi di difesa, stili di attaccamento e modalità di relazione ben delineati nella letteratura sul disturbo borderline di personalità, che in realtà rifletterebbero piuttosto una processualità psicotica attenuata, responsabile della cronicità del disturbo. Nella locuzione “*psychotic character*” gli aspetti personologici sarebbero quindi soltanto degli epifenomeni di un disturbo psicotico attenuato ma cronico.

Le caratteristiche cliniche dello “*psychotic character*” sono per Frosch:

1. la paura di disintegrazione del sé (paura base) coperta da difese arcaiche, con lo *splitting* come difesa principale;
2. modi di reattività agli eventi di tipo psicotico (regressivo): “sanguinamento psichico”¹⁵; meccanismi di difesa primitivi agli *stressors*;
3. mancanza di “costanza della realtà”⁸: indistinzione fantasia-realtà, invasione di fantasie primitive;
4. gravi disturbi dell'immagine corporea (fantasie simil-deliranti);
5. scompensi legati non tanto alla perdita dell'oggetto quanto della struttura della personalità;
6. fenomeni psicotici nel transfert.

Tuttavia è bene ricordare che per Frosch la grande maggioranza degli “*psychotic character*” non diventano degli psicotici in tutto il corso della loro vita.

Ma, rifacendo ancora una volta l'esercizio di dover spiegare in modo elementare che cosa ci sia di “psicotico” in un paziente borderline che cosa potremmo mettere in evidenza?

1. La paradossale compresenza di un'acuta consapevolezza delle proprie sofferenze e dei propri disturbi psicopatologici accanto all'assoluta mancanza di consapevolezza, di distanza critica verso i propri tratti disfunzionali della personalità, responsabile dell'impossibilità di apprendere dalle esperienze negative e quindi di modificarli, riproponendoli immutati nel tempo in una sorta di coazione a ripetere infinita.
2. I deficit di concretezza e pragmaticità, che potrebbero essere sostenuti da disturbi di base dinamici e cogniti-

vi⁶, cioè da una riduzione della capacità di sopportazione degli *stressors* fisici e psichici, della capacità di pazienza, della costanza, della concentrazione, della capacità di controllare e dirigere i propri pensieri, che potrebbe fare pensare, in questi pazienti, alla presenza di una “psicosi basica”, di una “schizofrenia povera”, “sub-apofanica” o “paucisintomatica”³⁹⁻⁴¹, raffinate riproposizioni psicopatologiche della nozione bleuleriana⁴² di “schizofrenia latente”.

3. Altri aspetti tipicamente psicotici dei *borderlines* sono l'impulsività e gli scoppi emotivi incoercibili, le variazioni ciclotimiche dell'umore di fondo, infine l'utilizzo di meccanismi di pensiero formalmente corretti, ma in realtà paralogici, iperconcreti, difettivi nel confronto con le richieste della realtà⁴³.

In tutti i casi *borderline* il processo psicotico, per il suo essere *attenuato*, da un lato ostacola il normale dispiegarsi della personalità senza comprometterne i tratti caratteristici, le aspirazioni e, in generale, il giudizio di realtà, dall'altro viene ampiamente modulato da tutta una serie di fattori estrinseci, quali le doti fisiche (ad esempio l'avvenenza, il fascino, la seduttività, il talento, la forza fisica ecc.), le disponibilità finanziarie e la necessità o meno di dover lavorare per mantenersi, l'intelligenza, le doti artistiche, la presenza di figure di sostegno o accudimento, la storia familiare, la presenza o meno di eventi traumatici precoci e così via. È proprio la presenza di questi tratti comuni alla normalità a far sì che il clinico tenda facilmente a focalizzare i fattori psicologici di conflitto e disfunzionamento della personalità piuttosto di soffermarsi su una sintomatologia che raramente è francamente psicotica o dominata dalle alterazioni maggiori del tono dell'umore.

La condizione *borderline* è necessariamente connessa a una cronica, latente, possibilità suicidiaria proprio a causa del cronico permanere del paziente sul confine precario tra una normalità intravista ma mai raggiunta e in ultima analisi irraggiungibile e una follia temuta e non accettata, una condizione soggettivamente connotata spesso da pervasivi vissuti di depersonalizzazione/derealizzazione, di mancanza di autenticità, di “perdita dell'evidenza naturale” dell'esperienza⁴¹. Questa terribile condizione, è quindi un po' sempre una *malattia dell'esistere*, imponendo al soggetto una continua lotta per la sopravvivenza mentale e spesso anche materiale che, a lungo termine, può facilmente sfociare nella fatica di vivere e nel *taedium vitae*. “Essere *borderline*”, un'espressione talora ossessivamente ripetuta dagli stessi pazienti, significa cioè fallire giorno dopo giorno, essere perennemente perdenti, dei vinti. Solo grossi nuclei narcisistici onnipotenti possono contrapporsi a questa condizione di continua sofferenza e sconfitta, rilanciando una progettualità spesso esclusivamente ipotetica se non immaginaria. I tratti schizoidi di molti *borderline* fanno

sì che il loro comportamento suicidiario, quando non è reattivo a situazioni conflittuali e di perdita, sia spesso lungamente e silenziosamente preparato e attuato con modalità impulsive senza che nessuno dell'*entourage* e neppure il terapeuta possa prevenirlo: si tratta, ancora una volta paradossalmente, di una “impulsività progettata”.

Un esempio di “personalità psicotica”

Nell'ampio studio dedicato alla psicopatologia di Adolf Hitler, Dalle Luche e Petrini⁴³ propongono una ulteriore definizione di “personalità psicotica” integrando considerazioni cliniche, fenomenologiche e psicoanalitiche. Prima che il massiccio uso di amfetamine negli anni della seconda guerra mondiale da lui scatenata producesse una sintomatologia più chiaramente megalomane e paranoide, con scoppi d'ira e un autoritarismo di marca psicotica, è stato ampiamente dimostrato da numerosi studi retrospettivi che il *Führer* presentasse una serie di disturbi psichici a cavallo tra la nevrosi del carattere e il disturbo paranoide di personalità. Esaminando il corso dei suoi pensieri, le sue modalità di relazione, e la serie numerosa dei suoi sintomi ipocondriaci e somatoformi, si può dire che in essenza, pur non essendo psicotico in senso stretto, Hitler utilizzasse meccanismi molto arcaici di pensiero atti a creare e sostenere credenze infondate e dereistiche anche se non inverosimili, le quali, imposte autoritariamente e convalidate dal consenso regressivo di un intero popolo (cosiddetta “psicopatologia del consenso”), hanno generato e concretizzato un vero delirio paranoide. In sintesi, una personalità con molti aspetti abnormi ha determinato degli esiti paranoidei macroscopici, quasi in una monumentale esemplificazione storica su larga scala di cosa può generare una grave personalità psicopatologica/psicotica intorno a sé.

L'esempio di Hitler, secondo Dalle Luche e Petrini⁴³, consente di identificare una tipologia abbastanza comune di persone che dominano nei loro microgruppi familiari o lavorativi attraverso atteggiamenti autoritari non confutabili dal contesto. Questo tipo di individui, cioè, senza aver perso il contatto con il reale, lo manipolano con dei meccanismi molto primitivi e arcaici (ad esempio incutendo timore, abusando del potere, minacciando, ricattando, mentendo, seducendo e manipolando, proiettando all'esterno la colpa), senza curarsi dei riferimenti normativi, etici, relazionali e sociali. Funzionano dunque come le tradizionali “personalità psicopatiche”, ma le loro convinzioni, che prima o poi devono imporre a chi lo circonda per averne il consenso, non sono soltanto finalizzate a ricevere dei benefici, sono “spontaneamente” improntate da spiccate valenze megalomane e persecutorie. Colpe e difetti sono sempre del contesto e del contorno, infido, ostile e mi-

naccioso; la versione dei fatti fornita da questi soggetti è fortemente deformata, la realtà viene riscritta con modalità irriducibili e inconfutabili come un delirio, anche se i loro racconti, indissolubili dalle loro interpretazioni, non si possono considerare veri e propri deliri. Molte delle loro idee, inoltre, si discostano grandemente, e non sempre “creativamente”, dal senso comune, acquistando anche caratteristiche bizzarre e stridenti con il contesto. Facilmente questi soggetti traggono la loro forza o dall’aver in mano degli strumenti di potere, oppure credendosi, seducendo degli adepti sempre pronti a dare loro ragione e a condividere la loro ideazione deliroide. In ogni caso, alla lunga, gli effetti relazionali e sociali delle personalità psicotiche sono disastrosi sul piano della realtà concreta, che viene trasformata in una sorta di follia di gruppo. Sul piano personale, più che dalla loro ideazione, l’abnormità psichica è spesso rivelata da deficit insormontabili di concretezza, pragmatici, dalle alterazioni emotive e dell’umore, dalle incoerenze e inconcludenze, dall’incapacità di costruire e mantenere relazioni affettive, dall’inautenticità dei loro rapporti e dall’isolamento sociale in cui finiscono per ritrovarsi.

Alcune proposte conclusive

Quello che abbiamo voluto sottolineare in questo articolo è che il “termine diagnostico” “borderline” può voler dire molte cose diverse, sia per quanto riguarda l’eterogeneità dei diversi quadri clinici così facilmente etichettabili, sia in una prospettiva prognostica. L’evoluzione dei diversi quadri può da un lato indicare l’appartenenza allo spettro dei disturbi dell’umore oppure dello spettro psicotico, dall’altro invece mostrare una vera e propria patologia della personalità sotto la quale, tuttavia, traguardando gli aspetti psicologici e relazionali di superficie verso l’individuazione di ciò che in effetti genera una cronicità impegnativa per tutti quelli che del paziente dovranno occuparsi, c’è il “filo rosso” del processo psicotico attenuato, cui indirizzava Forsch nei suoi numerosi contributi^{9 4 11}. In effetti, non tutti i pazienti borderline hanno una personalità disturbata con i tipici tratti borderline: in molti casi una mitezza di fondo, la buona educazione e perfino la persistenza di elementi personologici assolutamente normali contrastano con l’inaffidabilità interpersonale e l’incapacità di mantenere un funzionamento sociale e lavorativo minimamente accettabile, oppure soggetti dotati di grande talento e intelligenza non riescono a trovare alcun sbocco concreto nella loro vita, altri, invece, non riescono a emanciparsi dalle loro famiglie, che pure talora odiano profondamente. I *borderlines* dovrebbero dunque essere tutti testati per la loro costellazione di “sintomi di base”⁶ oltre che per gli aspetti psicodinamici e comportamentali che sono al centro dei diversi strumenti di valutazione standardizzata.

Se si vuole evitare la soluzione, un po’ banale, di utilizzare come discriminante tra i diversi singoli casi l’organizzatore dimensionale del livello di funzionamento sociale, come viene proposto dal DSM-5, l’unico modo per oltrepassare i limiti categoriali è quello di individuare tipologie descrittive in qualche modo correlabili con il decorso a lungo termine.

Nella Tabella I ne suggeriamo una, che rielabora e aggiorna quella a suo tempo proposta da Grinker⁵, nella quale da un lato pazienti “borderline nucleari iperaffettivi”, spesso con una diagnosi associata di abuso/dipendenza da alcool o sostanze, costituirebbero una tipologia di transito verso disturbi maggiori del tono dell’umore (disturbi bipolari o depressivi maggiori ricorrenti); al lato opposto, forme psicotiche basiche, attenuate, paucisintomatiche, schizoidi o schizotipiche, rinviano all’evoluzione verso forme psicotiche di tipo schizofrenico, prevalentemente paranoide. Nel mezzo abbiamo posto le due grandi costellazioni di *personalità a funzionamento psicotico*, quello delle personalità “come se” o “ambigue”^{29 45}, forme maligne dello spettro istrionico e narcisistico, e quello delle “personalità psicotiche”; cioè di personalità con nuclei paranoide autoritari che generano nel loro contesto forme deliranti condivise. La prognosi di queste due forme prevedono una maggiore stabilità nel corso del tempo, sempre che avvenimenti di vita, o fattori concomitanti quali l’uso o l’abuso di alcool e sostanze, non determinino il crollo delle difese e, quindi, un deterioramento di grado quasi psicotico del funzionamento sociorelazionale.

Si tratta ovviamente di una proposta di carattere “intuitivo”, che presuppone una notevole esperienza e una fine capacità clinica e diagnostica, ma che rappresenta anche una piccola mappa a uso didattico, sulla quale potrebbero essere impostati studi di validazione sulle dimensioni cliniche, personologiche e psicosociali su un’ampia coorte di pazienti seguiti attentamente per un periodo di tempo sufficientemente lungo.

Alcuni suggerimenti psicoterapeutici e istituzionali

A causa della insolubilità dei conflitti intra- ed extra-psichici, e degli altri motivi che prolungano nel tempo il loro disagio, la vita di moltissimi *borderlines* finisce per gravitare intorno a una o più figure di riferimento terapeutico, verso le quali sviluppano attaccamenti fin troppo intensi e idealizzati e per questo periodicamente attraversati dall’ambivalenza^{44 45}. Al di là delle diverse costellazioni cliniche e sintomatologiche, *i pazienti borderline finiscono così per assomigliarsi tutti proprio nei loro comportamenti nel contesto di cura*, per la loro speciale tendenza a “farsi adottare”⁴⁴ da terapeuti e addirittura da istituzioni *tout court*, senza perdere il test di realtà, se non nei

TABELLA I.Proposta di tipizzazione dei pazienti "borderline". *Proposal for typing of patients "borderline".*

Sottotipo	Spettro di appartenenza
Borderline nucleare iperaffettivo	Disturbi dell'umore (instabilità, iperemotività), dipendenza da alcool e sostanze
Personalità ambigue, "come se"	Disturbi di personalità istrionici, schizoidi (personalità ambigue)
Personalità fanatiche, paranoide, autoritarie	Disturbi di personalità paranoide (personalità psicotiche)
"Borderline" psicotico	Disturbi di personalità schizoidi e schizotipici, Psicosi schizofreniche (marginali, paucisintomatiche, paranoide)

brevi episodi dissociativi o psicotici spesso legati agli abusi farmaco-tossicologici. L'altro grande aspetto che accomuna questi pazienti è la terribile prossimità con la morte, spesso solo fantasticata per anni, ma altrettanto spesso cercata in vari modi, non da ultimo con i tentativi o i comportamenti suicidari in senso stretto, in ogni caso mai temuta, quasi fosse la loro *dolce compagna*.

Vorrei quindi concludere questa mia riflessione con alcune annotazioni di interesse psicoterapeutico nella particolare situazione di lavoro dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e dei Centri di Salute Mentale (CSM) dei servizi psichiatrici pubblici, nei quali è impossibile stabilire *settings* ben definiti, contratti terapeutici e altre condizioni de-limitanti previste da tutte le principali psicoterapie codificate per la cura di queste condizioni¹⁴. Nel servizio pubblico si realizza dunque un incontro non mediato con questi pazienti, spesso a partire dei loro principali e più gravi agiti (tentativi suicidari, discontrollo impulsivo ecc.).

La prima annotazione concerne la constatazione banale ma troppo spesso elusa dai clinici che la *relazione terapeutica* è centrale nella cura di questi pazienti, i quali non tollerano di essere in qualche modo oggettivati, *né si ritengono malati in senso stretto*, per i quali, cioè, è improponibile parlare *solo* di "malattia" e di "trattamento". La relazione, che si fonda sempre sull'idealizzazione del terapeuta (è il paziente a scegliere il terapeuta e non viceversa, come di fatto nei *settings* privati), è necessariamente attraversata da valenze fortemente ambivalenti e manipolative, ma una volta instaurata si protrae talora anche per decenni⁴⁴. Curare i *borderlines* significa essere in grado di resistere alle idealizzazioni, alle seduzioni ma anche alle svalutazioni, alle manipolazioni, alle fughe e ai ritorni, alla dipendenza negata ma di fatto totale e ai terrori di abbandono che si riflettono nell'intolleranza alle discontinuità nella relazione. Ne deriva la necessità di saper tenere in mano l'asimmetria terapeutica in modo non autoritario e sempre affettuoso sia rispetto agli eccessi di iperdipendenza sia di fronte ai possibili attacchi distruttivi che mettono a durissima prova il vissuto controtransferale (quest'ultimo già provato dalla "resistenza" ai trattamenti, dai periodici insuccessi terapeutici e dalle

complicazioni socio-relazionali a lungo termine cui il paziente inevitabilmente va incontro).

Gli altri aspetti peculiari e critici della relazione sono, come già accennato, la tendenza del paziente a erodere i limiti e la distanza dal terapeuta fino a *farsi adottare* da lui⁴⁴. Investito di ogni forma di ipotetica capacità risolutoria, depositario di ogni più intima angoscia, "oggetto totipotente" chiamato continuamente a "pensare per il paziente" e a filtrare il suo rapporto con il reale, e, non per questo, sempre ricambiato con gratitudine e riconoscenza, il terapeuta non può essere assolutamente lasciato solo a gestire queste situazioni. La co-terapia del resto è largamente sostenuta nella letteratura⁴⁶ e rigorosamente standardizzata in alcune forme specifiche come la *Dialectical Behavioural Therapy* della Linehan²⁶.

Nei servizi pubblici ci sono quindi dei vantaggi dovuti al fatto che l'équipe *in toto* finisce in vario modo per essere investita del trattamento del paziente, ma anche degli svantaggi, in quanto la stessa équipe deve essere in grado di comunicare al suo interno in modo da poter arginare le scissioni (svalutazione dell'uno, idealizzazione dell'altro, manipolazioni di entrambi a loro reciproca insaputa) che necessariamente il paziente vi perpetra. Inoltre l'équipe deve riconoscere e rafforzare il ruolo centrale del terapeuta principale, anche qualora il paziente necessiti di interventi esterni a quel rapporto (cioè agisca al di fuori del *setting* con lui, spesso *contro* di lui). Tuttavia queste condizioni sono raramente garantite dalle équipes reali, per cui può anche diventare possibile che il paziente borderline, soprattutto in alcuni periodi più critici, nei quali la richiesta di aiuto è rivolta indistintamente a interlocutori diversi, secondo il classico comportamento legato alla "diffusione di identità", si identifichi proiettivamente in modo parcellare con moltissimi singoli componenti dell'équipe curante senza alcuna possibilità per essa o per il terapeuta principale di ricucire la frammentazione. Il servizio, nel suo insieme, diviene un singolo *macro-interlocutore* utilizzabile se non manipolabile e dissociabile a piacimento e all'infinito nei suoi singoli componenti, una sorta di *specchio gelatinoso*, nel quale il paziente può insinuarsi al fine di ottenere tutto ciò di cui crede di avere bisogno, che altro non è se non la

sua immagine proiettata. Non meraviglia dunque che il servizio, a lungo termine, invece che *riflettere* desideri e bisogni del paziente, vi si contrapponga, imponga sbarramenti, o risponda con atteggiamenti ambigui, inautentici e inversamente manipolatori, sorretti dalla *minaccia di abbandono e di espulsione*, gli unici due eventi di fronte ai quali il narcisismo di questi pazienti fa un passo indietro.

Bisogna però dire che questa relazione un po' perversa (reciprocamente perversa), questo estremo affidarsi senza fidarsi mai del tutto del paziente cui si contrappone una perenne disponibilità che è anche spesso una effettiva indisponibilità del servizio, questo palese o latente braccio di ferro, corpo-a-corpo, odio/amore tra servizio e paziente, consente a quest'ultimo di *restare a galla* senza alcun mutamento della propria condizione; senza, cioè, mostrare alcuna reale modificazione evolutiva ma neanche drammaticamente deteriorativa. Mantenere nel lungo periodo la stabile instabilità di questi pazienti, e un livello di funzionamento sociale accettabile, è forse il massimo risultato terapeutico che si possa ottenere, almeno con quelli più gravi che fanno inevitabilmente riferimento al servizio pubblico. Del resto, è proprio il loro tenace attaccamento alla cura a dimostrare che, senza questa relazione terapeutica, la loro vita sarebbe, letteralmente, *impossibile*.

Bibliografia

- 1 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, III, IV, IV-TR ed.* Washington, DC: APA 1980, 1994, 2000.
- 2 Widiger T, Gatto C. *Comorbidità e caratteristiche cliniche del disturbo borderline di personalità.* *Nòos* 1995;1:81-93.
- 3 Parkin A. *Neuroses and psychoses. I. Historical review.* *Psychiatric Q* 1966;40:203-16; *II. Modern perspective.* *Psychiatric Q* 1966;40:217-27.
- 4 Frosch J. *Psychotic character versus borderline.* *Int J Psychoanal* 1988;69:445-56.
- 5 Grinker RR, Werble B, Drye E. *The borderline syndrome. A behavioural study of Ego functions.* New York: Basic Book 1968.
- 6 Schneider K. *Le personalità psicopatiche* (1950). Roma: Giovanni Fioriti Editore 2004.
- 7 Gross G, Huber G, Klosterkötter J, et al. *Scala di Bonn per la valutazione dei sintomi di base* (1987). Pisa: ETS 1992.
- 8 Schmideberg M. *The treatment of psychopaths and borderline patients.* *Am J Psychotherapy* 1947;1:45-70.
- 9 Frosch J. *The psychotic character: clinical psychiatric considerations.* *Psychiat Quart* 1964;38:503-22.
- 10 Rieder RO. *Borderline schizofrenia: evidence of its validity.* *Schizo Bull* 1979;5:39-45.
- 11 Frosch J. *Psychodynamic psychiatry: theory and practice.* Vol. II. Madison, CT: International Universities Press 1990.
- 12 Maggini C, Pintus A. *Nosografia e diagnosi del disturbo borderline di personalità.* *Nòos* 1995;1:73-80.
- 13 González Vives S, Diaz-Marsa M, Fuentenebro F, et al. *Historical review of the borderline personality disorder concept.* *Actas Esp Psiquiatr* 2006;34:336-43.
- 14 Migone P. *La personalità borderline.* In: *Terapia psicoanalitica. Seminari.* 2ª ed. Milano: Franco Angeli 2010, pp. 134-74.
- 15 Reich W. *Il carattere pulsionale* (1925). Milano: SugarCo 1994.
- 16 Stern A. *Indagine psicoanalitica e terapia del gruppo borderline delle nevrosi* (1938). *Psicoterapia e Scienze Umane* 1997;41:117-40.
- 17 Deutsch H. *Alcune forme di disturbo emozionale e la loro relazione con la schizofrenia* (1942). *Psicoterapia e Scienze Umane* 1989;23:91-108.
- 18 Hoch PH, Polatin P. *Pseudoneurotic forms of schizophrenia.* *Psychiat Q* 1949;23:248-76.
- 19 Knight R. *Stati borderline* (1953). *Psicoterapia e Scienze Umane* 1999;33:119-35.
- 20 Winnicott D. *Alterazioni dell'io come vero e falso Sé* (1960). In: *Sviluppo affettivo e ambiente.* Roma: Armando 1970.
- 21 Modell A. *Primitive object relationships and the predisposition to schizophrenia.* *Int J Psychoanal* 1963;44:282-92.
- 22 Kernberg O. *Sindromi marginali e narcisismo patologico* (1975). Torino: Boringhieri 1978.
- 23 Gunderson JG, Zanarini MC. *Pathogenesis of borderline personality.* In: Tasman A, Hales R, Frances A, editors. *Review of Psychiatry.* Vol. 8. Washington, DC: APA 1989.
- 24 Meehl P. *Schizotaxia revisited.* *Arch Gen Psychiat* 1989;46:935-44.
- 25 Millon T, David RD. *Disorders of personality. DSM-IV and beyond.* New York: John Wiley & Sons 1996.
- 26 Linehan M. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline* (1993). Milano: Raffaello Cortina 2001.
- 27 Paris J. *The etiology of borderline personality disorder: a biopsychological approach.* *Psychiatry* 1994;57:316-25.
- 28 Dalle Luche R, Bertacca S. *L'ambivalenza e l'ambiguità nelle rotture affettive.* Milano: Franco Angeli 2006.
- 29 Maggini C, Dalle Luche R. *Il paradiso e la noia. Psicopatologia della noia morbosa.* Torino: Bollati Boringhieri 1992.
- 30 Zanarini MC. *Il disturbo borderline di personalità come disturbo dello spettro degli impulsi.* In: Paris J, editor. *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento.* Milano: Raffaello Cortina 1996, pp. 75-92.
- 31 Kety SS, Rosenthal D, Wender PH, et al: *Mental illness in the biological and adoptive families of adopted individuals who have become schizophrenic: a preliminary report based on psychiatric interview.* In: Fieve RR, Rosenthal D, Brill H, editors. *Genetic research in psychiatry.* Baltimore: John Hopkins University Press 1975, pp. 147-65.
- 32 Kroll J, Ogata S. *The relationship of borderline personality disorder to the affective disorders.* *Psychiat Rev* 1987;2:105-28.
- 33 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5.* Washington DC: APA 2013.

- ³⁴ Prati M. *Verso il DSM-5: la nuova classificazione dei disturbi di personalità*. www.stateofmind.it/2012/03/dsm-V-disturbi-di-personalita.
- ³⁵ Migone P. *Aspettando il DSM-5. Il Ruolo Terapeutico* 2013;122:69-78.
- ³⁶ Stone MH. *Follow-up a lungo termine di pazienti borderline: risultati del campione P.I.-500 e della pratica privata*. Nòos 1995;1:95-109.
- ³⁷ Bion W. *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico* (1957). Roma: Armando 1970.
- ³⁸ Blegér J. *Simbiosi e ambiguità. Studio psicoanalitico* (1967). Loreto: Libreria Editrice Lauretana 1992.
- ³⁹ Ballerini A. *Delia, Filippo e Marta: schizofrenia e sindromi sub-apofaniche. Fenomenologia e psicopatologia*. Roma: Giovanni Fioriti Editore 2012.
- ⁴⁰ Binswanger L. *Il caso Ellen West* (1944). In: Giacanelli F, editor. *Il caso Ellen West e altri scritti*. Milano: Bompiani 1973.
- ⁴¹ Blankenburg W. *La perdita dell'evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenia paucisintomatiche* (1971). Milano: Raffaello Cortina 1998.
- ⁴² Bleuler E. *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig-Wien: Deuticke 1911.
- ⁴³ Dalle Luche R, Petrini L. *Adolf Hitler. Analisi di una mente criminale*. Milano: Hobby & Work 2012.
- ⁴⁴ Dalle Luche R. *L'adozione dei borderline. Nota su un film*. *Psicoterapia e Scienze Umane* 2011;45:227-38.
- ⁴⁵ Dalle Luche R, Bertacca S. *Il fascino discreto dell'ambiguità*. *Giorn It Psichiat* 2005;11:363-70.
- ⁴⁶ Liotti G, Farina B, Rainone A. *Due terapeuti per un paziente. Dalla teoria dell'attaccamento alle psicoterapie a setting multipli*. Bari: Laterza 2005.