

ASPERGER e BORDERLINE

Romeo Lucioni

In precedenti lavori abbiamo più volte sottolineato come l'Autismo di Asperger, la Sindrome Borderline e, in ultima analisi, la cosiddetta Schizofrenia Pseudonevrotica (descritta da C.L. Cazzullo) siano tre psicopatologie per molti aspetti sovrapponibili.

Seppure la Sindrome Borderline venga riferita, come momento di esplosione, alla giovinezza ed alla pubertà (14-20 anni), nell'anamnesi psicopatologica e nell'esperienza psicoterapeutica, i primi segni si evidenziano a partire dai 3 anni o, come ricordano Jones J.M. (1995) e Lichtenberg J.D. (1987), nel particolare momento dello sviluppo psichico, quando entrano in gioco i meccanismi di scissione.

La prima osservazione porta a far riferire questi quadri psichiatrici a profonde e precoci scissioni, messe in moto per "... controllare un flusso rabbioso di esperienze di frustrazione" (Correale A. et All.).

Per chiarire queste definizioni possiamo riferirci alla pratica psico-terapeutica che mette in evidenza una demarcazione troppo stretta tra esperienze affettive contraddittorie e contrastanti : bene-male, giusto-ingiusto, bello-brutto, buono-cattivo, ecc.ecc.

Questo iato molto esiguo deriva dall'incapacità del soggetto di tenere lontane e, quindi, ben separate le esperienze emotivo-affettive e, di conseguenza, gli oggetti interni sorgono e si organizzano in maniera confusa, contraddittoria ed indecifrabile.

Un aspetto importante di questo funzionamento così particolare, è dato dall'analisi del "*oggetto genitoriale*" che , formato da elementi non ben separati ed anche sfumati, porta il soggetto a non poter decidere sul modello identificatorio con un conseguente saltare dall'uno all'altro, dal seno al fallo e viceversa.

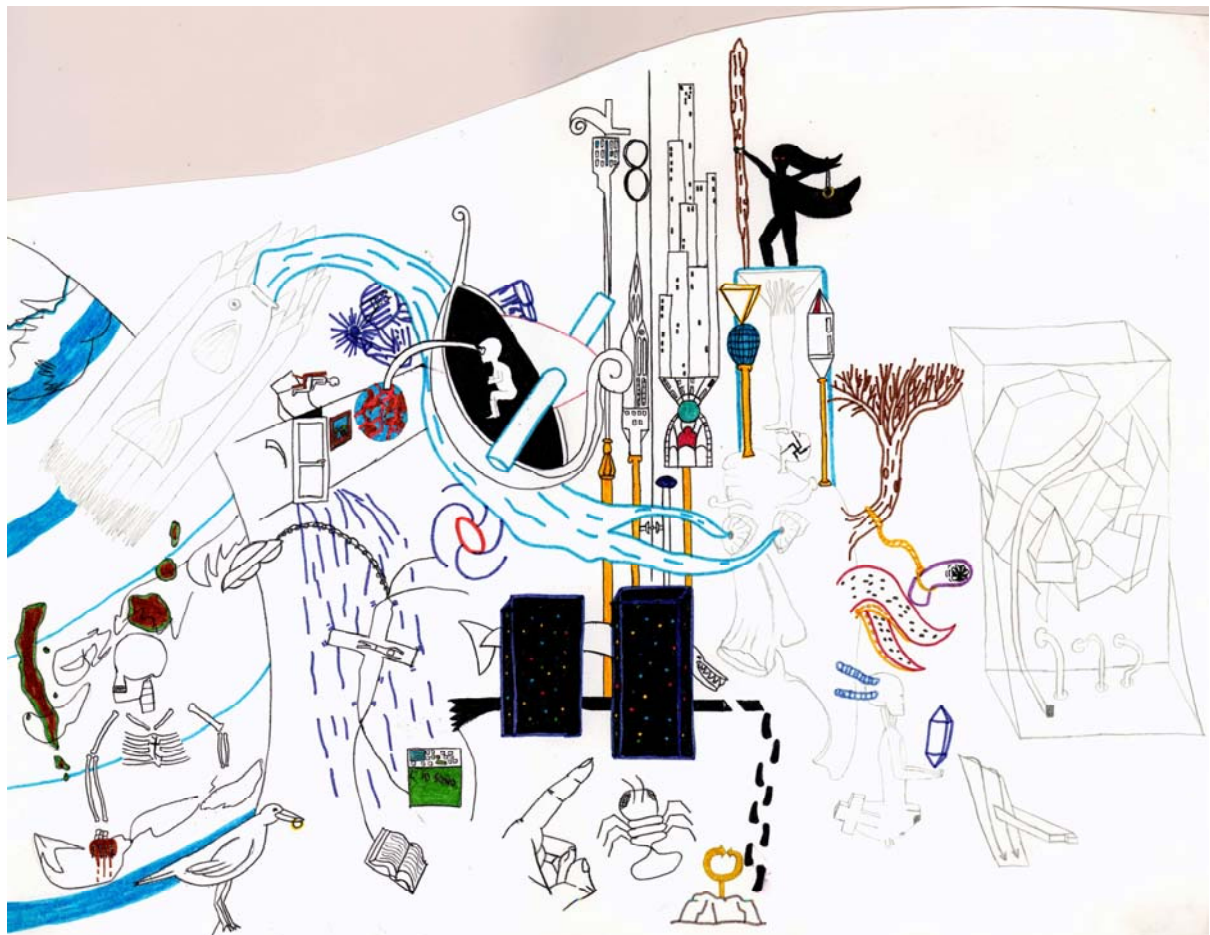
Non è sufficiente la svalorizzazione del seno (che è normalmente presente) a dirimere la questione, proprio perché, data la precocità dell'organizzazione, il soggetto non può fare a meno di entrambi, sotto pena di profonde e distruttive sensazioni di morte e, ancor peggio, di dissoluzione nel mondo del non-identificato. (sottolineiamo che il senso di dissoluzione è molto più angosciante di quelli di morte, perché in esso non c'è neppure un "... corpo presente", come raccontava un paziente particolarmente dotato per elaborare introspezioni).

L'impossibilità di usare l'oggetto genitoriale come modello per creare i meccanismi di oggettualizzazione, porta all'inesorabile nascita di "*oggetti incompleti*" che, sia perché poco stabili, sia perché inesorabilmente mal delineati e determinati, fluttuano nell'inconscio come "*oggetti parziali*".

Sarebbe questo il meccanismo per cui la realtà viene percepita in maniera confusa, incongrua, conflittuale e violentemente angosciante.

Queste caratteristiche danno una spiegazione del perché sia così difficile salvaguardare il rapporto interpersonale-terapeutico dal momento che i vissuti si susseguono in forma caotica, contraddittoria ed ansiogena, per cui è facile che vengano agiti meccanismi di acting-out e di rottura.

Il mondo intimo (inconscio) di questi pazienti risulta veramente caotico e spaventoso, così come viene messo in evidenza non da un racconto (è difficile ottenerne una verbalizzazione), ma, quando risulta possibile, da disegni.



Dall'esperienza sorta da questo disegno si può dedurre quanto complesso sia l'ambito della profondità psichica che, di conseguenza, risulta indecifrabile e lontana da permettere una qualsiasi lettura-interpretazione. Quando si cerca di "capire", il paziente rompe subitamente il vincolo adducendo "... vedi che non capisci proprio niente ... non potrai mai capirmi ... capire il mio dolore". Di fronte a queste difficoltà è poi lui a chiudere repentinamente ogni spiraglio, frapponendo una chiusura mentale ed un energico rifiuto a collaborare per "capire" anche se "... tutto sarebbe a tuo beneficio e non finalizzato a desideri del terapeuta di indagare il mondo psichico altrui".

Come ricordano Correale A. et All., riferendosi anche ai lavori di Kernberg O.F. (1975) e Rosenfeld H.A (1965), si può parlare di "eccesso di scissione", di diffusione dell'identità, ma anche di "accentuata oscillazione tra parti di sé, parti dell'oggetto, aspetti buoni e cattivi" che, come "prisma rotante", diffrangono "facce diverse", elementi oscuri, frammenti paurosi, sensazioni ineffabili di angoscia.

Kernberg O.F. (1975) parla di soggetti predisposti caratterialmente a reagire con eccessi rabbiosi ad esperienze angosianti e frustranti, ma ci risulta difficile accumunare un "oggetto genitoriale contraddittorio e conflittivo" ad una predisposizione e, quindi, ad una "struttura".

Ci sembra più facile e doveroso pensare ad una "funzione psichica" che si va organizzando in base ai vissuti, alle situazioni ambientali, al livello di funzionamento dei meccanismi psico-affettivi e, sicuramente, anche alla struttura cerebro-funzionale soggettiva.

Bisogna sottolineare anche la forte valenza dolorosa che accompagna una situazione psico-affettiva profonda dominata da angosce e da terrori esistenziali così vicini ai sensi di morte e dissolvimento già ricordati.

In questi pazienti, il “senso di dolore” è particolarmente importante, non tanto per la sua presenza invasiva, ma in quanto il soggetto sembra “non poterne fare a meno”.

In ogni approccio, in ogni relazione interpersonale e/o terapeutica, il soggetto pone tra Sé e l'Altro il proprio “dolore” come elemento difensivo, dominante e inevitabile, il dolore potrebbe essere considerato il background psichico, lo stato base del senso di Sé e, proprio per questo, l'elemento condizionante di ogni relazione. Come dicono Corrales A. et All., il paziente, nella relazione terapeutica, accetta l'incontro se il tema da affrontare è sempre e solo il suo dolore, l'inesorabilità del suo “stato sfortunato”, strutturato così geneticamente e, quindi, insostituibile, imm modificabile.

È terribile pensare che anche le esperienze più soddisfacenti e buone (per es. l'incontro con il proprio “oggetto d'amore”) risultino “... il momento più brutto della mia vita” solo perché l'Altra “... ha tutto ciò che non ho io e, sicuramente, quando se ne accorgerà ... mi getterà via”.

Incredibile è sentire che un momento di felicità deve essere troncato perché “... non so più che cosa fare, anche se lo ho sognato con tutta l'anima”.

Se l'unico argomento affrontabile è quello del dolore, diventa chiuso il paradigma per il quale ogni tentativo di analizzare il quadro psicopatologico, di interpretare un sogno, un disegno o un transfert. anche il parlare del più e del meno viene percepito come un attacco sadico e distruttivo, come il tentativo di svuotare il mondo psichico di chi però soffre per conto suo, in silenzio, nella sua solitudine.

Il dolore, in questo modo, diventa la causa dell'oscuramento che impedisce di riconoscere il proprio stato affettivo, che preclude la possibilità di capire e di accettare gli stati affettivi dell'Altro, che non permette di utilizzare le capacità razionali e cognitive per decifrare una realtà che, proprio per questo, diventa ancora più misteriosa, nebulosa e ... persecutoria.

La confusione percettiva, l'instabilità affettiva, l'incontinenza emotiva, la fragilità simbolico-cognitiva, diventano gli elementi che supportano sensi di frustrazione, di perdita e di incapacità che, a loro volta, generano risposte impulsive di risentimento, di vergogna, di rabbia.

L'atteggiamento psichico verso l'Altro risulta dominato da un senso di bisogno e di rabbia che supportano comportamenti di rifiuto, di allontanamento, di svalorizzazione che spesso fanno pensare agli atteggiamenti dimostrativi degli isterici.

Le modalità impulsive generano incontrollabili disinvestimento e nuovi investimenti che durano il tempo di una emergenza e che, soprattutto, rispondono a spinte narcisistiche di onnipotenza, di egocentrismo e di eterocolpevolizzazione paranoide.

L'Altro viene investito da confusi sentimenti abbandonici, persecutori, di superiorità e di svalorizzazione che portano all'isolamento, ad una chiusura risentita e distruttiva.

Il paziente crea una sua forma di mentalizzazione ossessiva che lo porta a ritenersi il centro stesso della verità, dell'etica comportamentale, di una immortalità per la quale si sente sempre giovane, di non aver bisogno neppure di impegnarsi a “studiare” perché la sapienza e la saggezza gli spettano quasi di diritto.

L'ipervalorizzazione è sostenuta da una “furbizia” (per questo la vergogna) che permette di carpire il potere ed il sapere dell'Altro, oltre che la capacità incorruttibile di poter vivere senza l'aiuto di nessuno.

Jones J.M. (1995) sottolinea come l'indecifrabilità dei propri stati affettivi porti all'effetto drammatico di rompere la costanza degli oggetti interni, all'impossibilità di decifrare le caratteristiche degli stessi e le caratteristiche delle persone di riferimento, creando i presupposti di un disinvestimento che è anche cancellare dalla memoria.

Questo svuotamento psichico è dunque frutto di una elaborazione psico-mentale propria e soggettiva che porta alla costruzione di una organizzazione affettiva deficitaria, smembrata e del tutto pauperizzata.

Il contesto affettivo nel bambino Asperger risulta particolarmente inadatto per la condivisione, per organizzare sentimenti di altruismo, di reciprocità, di accondiscendenza e di riconoscenza.

La generosità, quasi paradossalmente, è mantenuta perché è sostenuta da sentimenti di superiorità che portano a dare all'Altro ciò che si ha di troppo, dimostrando anche un certo grado di onnipotenza.

Le figure maschili adulte sono vissute come pericolose e intrusive, caricate di tendenze amorali e poco etiche (solo perché hanno la colpa di essere "vecchi"), le cose del mondo (politica, cultura, religione, attualità, ecc.) sono sempre negative, cariche di colpe e nell'impossibilità di diventare modelli o immagini-guida.

Questa visione del mondo risponde ad un contenuto fallico dell'inconscio (si manifesta spesso nei disegni di questi soggetti che rappresentano ossessivamente dei grattacieli, delle antenne, delle guglie, così come delle chiese gotiche e vetrate a forma ogivale).

Le impregnazioni falliche invadono il pensiero che così è dominato dal "bisogno di buone relazioni con l'altro sesso", anche se i contatti sono sempre molto difficili perché:

- Domina un senso di svalorizzazione della donna perché, comunque, è "la femmina dell'Altro" che, per essere "normale", riesce sempre a spuntarla;
- Le ragazze risultano figure emblematiche, non decifrabili, tanto più che il borderline di solito non riesce a stabilire un dialogo e vive di fantasie per le quali si innamora di donne che "sono come lui": semplici, con il viso acqua e sapone (non usa maquillage), si veste in jeans, amanti della natura, scrupolosamente etiche e morali, ecc.;
- Devono indovinare i loro sentimenti perché per lo più non si azzardano neppure a chiedere il "nome delle amate" e la vicinanza corporea suscita ansie tormentose;
- È tanto difficile il rapporto "un po' più vicino" che anche se hanno preparato e studiato per tempo ogni atteggiamento, gesto e discorso, al momento faticoso subentra un blocco che manda tutto all'aria ed il nostro borderline trova subito qualsiasi scusa per fuggire.

Questi vissuti e, soprattutto, le inevitabili disillusioni (le ragazze non sono mai quelle sognate e tutte hanno le loro storie d'amore più o meno torbide) portano a frustrazioni feroci, stati depressivi, tensione ansiosa e ... atteggiamenti persecutori che si scatenano contro i famigliari, il terapeuta o il mondo d in genere.

Per bloccare le reazioni ai fallimenti, ben poche sono le risorse difensive e, quindi, aumenta il senso di "*dolore intimo*" o "*dolore psichico*" che ancor più gioca un ruolo di meccanismo dissociativo.

Queste esperienze frustranti sembrano bloccare quel "linguaggio egocentrico" (Piaget J., 1937) capace di creare immagini affettive ed uno specifico senso di sé saldato nelle sue parti da "autosoddisfazione" e da pensieri liberi, sciolti, non

rigidamente controllati che creano immagini di Sé dirette a risolvere i problemi della comunicazione e della relazione (Meares R., 1993).

L'inaccessibilità del mondo esterno, le frustrazioni la dispersione dell'attenzione e la necessità di memorizzare i fallimenti (reali o immaginati) porta alla formazione di una affettività devitalizzata, appiattita, monotona e scoraggiante.

Il borderline utilizza le sue frustrazioni, il dolore, l'egocentrismo, i sensi megalomani per creare attorno a sé un vallo al di là del quale getta il kale, tutte le colpe, tutta l'inutilità che investono un mondo che viene sempre più allontanato, temuto e considerato persecutorio.

L'aspetto sessuale dell'esperienza porta alla autocastrazione e a bloccare lo sviluppo in una posizione pre-edipica nella quale predominano sentimenti egocentrico-megalomani che si contrappongono a quelli super-egoici-arcaici e castranti.

Proprio per questo la psicopatologia si centra nella figura del padre-arcaico che, vissuto come invincibile ed onnipotente, non permette un normale flusso erotico-sentimentale sull'oggetto-seno-mamma.

A questo proposito, vale la pena valutare le differenze dello:

SVILUPPO PSICO-MENTALE E ORGANIZZAZIONE DELL'OGGETTO DIADICO-GENITORIALE

nell'Autismo di Asperger, nell'Autismo di Kanner, nella psicosi-schizofrenica.

Un punto di passaggio fondamentale per lo sviluppo psico-mentale riguarda l'organizzazione che regola i rapporti tra il soggetto e l'oggetto genitoriale che è formato da:

- oggetto seno onnipotente (madre);
- oggetto fallo onnipotente (padre).

Nello sviluppo normale (equilibrato ed armonico) il seno ed il fallo convivono serenamente ed il soggetto può tranquillamente sviluppare relazioni ed identificazioni senza problemi perché non teme le ritorzioni dei suoi oggetti di riferimento.

Non è così quando l'oggetto genitoriale è dismorfico, organizzato cioè in modo asimmetrico per la predominanza di una o dell'altra parte della diade.

- Nel **Autismo di Asperger o sindrome borderline** il soggetto si trova nella situazione di non poter scegliere, sviluppandosi un processo che rispecchia un trovarsi sempre di fronte a due porte e di non poter decidersi per l'una o per l'altra. Domina un senso di potere megalomaniaco che deriva dall'identificarsi proiettivamente con un *padre fallico ed invincibile* che genera sentimenti di terrore, di sfiducia, di rifiuto.

Fallo: onnipotente e pericoloso che viene escluso (chiusura verso il padre) e odiato anche se il soggetto non può liberarsene per il terrore delle ritorzioni, risultando:

- incapace di prendere iniziative proprie;
- inibito a rendersi indipendente anche perché prevalgono i sensi di impossibilità a opporsi al fallo che è vissuto come irraggiungibile e capace "se vuole" di farlo vivere (il padre è un mostro dal quale non ci si può liberare). Per superare questi sentimenti il soggetto svalorza la figura paterna, ma non è sufficiente per dare forza al IO che appare sempre inadeguato.

Conseguenze: mentalizzazione (credersi razionalmente iperdotato) che porta a svalorzare la realtà, il mondo esterno e la relazione interpersonale che però

sovrastano il soggetto con sentimenti di incapacità, di inadeguatezza e di rifiuto, l'angoscia viene dal conflitto interno tra desiderio di "avere" e l'atteggiamento su superiorità: "... io posso anche fare a meno" che si evidenzia nel rapporto con la figura femminile, desiderata, ma, nello stesso tempo, rifiutata (è proprietà del padre) perché "svalorizzata", "minimizzata" come stupida e ignorante.

Seno: la madre è proprietà del padre che la disprezza e questo porta il soggetto a svalorizzarla anche se ne riconosce il valore e la capacità di dare sostentamento e vita.

Il mondo psichico è dominato da un fallo onnipotente e vendicativo che inibisce la costituzione di un Sé-indipendente per cui lo sviluppo psico-affettivo è atrofico, inconsistente, dominato da ansie abbandoniche e di castrazione.

Il mondo della realtà risulta poco decifrabile, posto sempre nella divergenza di scegliere tra opposti, per cui ne deriva una paralisi della volontà (l'incertezza coarta la volontà e inibisce le scelte).

Il mondo affettivo è inconsistente e dominato dal conflitto tra desiderio, svalorizzazione, rinuncia, sentimenti di inadeguatezza ed incapacità che risultano sempre frammisti al senso di superiorità che porta a non poter prendere iniziative e a rinunciare. L'Asperger non sa cosa sia reciprocità, adeguamento, accettazione dell'altro, mentre spesso si osserva generosità che però implica un atteggiamento di superiorità e quindi è riferita ai più deboli.

Caratteristica: la mentalizzazione che fa vivere sentimenti di "piccolo genio" incompreso e stretto nella morsa rappresentata dall'inutilità dei sentimenti e l'angoscia di non riuscire ad adeguarsi per un rapporto relazionale adeguato e soddisfacente.

- Nel **Autismo di Kanner** si osserva una frattura che deriva probabilmente dalla imperfetta formazione degli oggetti che risultano parziali e vagano nell'inconscio inducendo sensi di angoscia. Anche l'oggetto Sé è incompleto, potendosi mettere in evidenza una insufficienza della coscienza, sia quella autoriferita che quella rivolta alla realtà.

L'IO, arcaico e poco strutturato (debole), risulta megalomane, onnipotente e distruttivo, combattuto tra:

- proiezioni onnipotenti legate all'invidia del potere fallico;
- sensazioni insopportabili di *non potere*.

Queste osservazioni danno significato analitico alle espressioni di Baron Cohen che rileva nell'autistico "sentimenti maschilistici" che giustificano la sua pan-aggressività, ma, soprattutto, gli atteggiamenti di sfida e di non adeguamento, assoluta incapacità di adattamento.

Oggetto genitoriale:

Fallo: appare come un'ombra che si proietta sul soggetto che ne assume le prerogative (onnipotenza) senza però acquisirne il potere che gli permetterebbe di strutturare una buona relazione con gli oggetti: mancanza di verità, insicurezza, inadeguatezza.

Seno: è vissuto come onnipotente per cui rispettato e temuto, così le angosce di perdita che il soggetto suscitano atteggiamenti controfobici.

Fobia: si sviluppa nei confronti del proprio crescere e sottende agli atteggiamenti controfobici verso la madre (sembra dire: "non preoccuparti che sarò sempre il tuo bambino, non voglio crescere").

Risultato: isolamento e ritiro autistico; sistema rappresentazionale

personalistico e non condivisibile; blocco dello sviluppo psico affettivo e cognitivo; comportamenti inadeguati ed aggressivi.

Caratteristiche: mancanza di coscienza di sé e della realtà che inducono comportamenti ripetitivi, manierismi, ripetitività ossessiva dei gesti, difficoltà di guardare la propria figura nello specchio.

- Nella **psicosi schizofrenica** l'oggetto genitoriale è fortemente deformato perché il soggetto è dominato dalla mancanza e dall'angoscia della perdita che sostiene sentimenti di morte imminente e sentimenti di dissoluzione.

Fallo: è atrofico e non supporta possibilità di identificazione.

Seno: onnipotente, è vissuto in situazione di costante pericolo perché può essere perduto con conseguente morte del soggetto. Questo vive nella ossessione di poter vivere solo se si appropria dei un seno buono, sentimento che iperdimensiona l'oralità. Si determina una frantumazione dell'oggetto seno che così permette di creare una specie di "moltiplicazione dei pani-seni". Questi oggetti-seno non raggiungono un senso di verità e così non danno sicurezza per cui il soggetto vive la morte come sempre ineluttabile ed imminente.

Risultato: c'è una impossibilità di crescere sia affettivamente che cognitivamente perché il seno domina ogni spazio dell'ambito psichico ed anche psico-patologico.

Queste osservazioni sullo sviluppo fanno pensare che l'Asperger sia una sindrome psicopatologica nella quale l'organizzazione dell' IO ha raggiunto il livello oggettuale e la coscienza di Sé e ha valenze positive che permettono una buona organizzazione psico-cognitiva (cosa che non succede nell'Autismo di Kanner e neppure nella regressione schizofrenica che tende a risultare pervasiva, interessando tutta l'organizzazione psico-mentale).

Da qui si evidenzia come, mentre l'organizzazione dell'Io non è del tutto completata, determinando un quadro di *Io-debole*, i *comportamenti restitutivi* (acting out, impulsività, egocentrismo, mentalizzazione ossessiva) acquistano il significato e si arricchiscono di valenze difensive.

Le manovre protettive tendono anche a contenere la confusione percettiva e le ansie generate nella relazione interpersonale, accompagnando questi elementi della mente infantile fondati sull'egocentrismo e l'onnipotenza.

La debolezza dell'Io è espressione di un funzionamento arcaico che, di fronte al sentirsi illimitati, induce anche la formazione di bisogni fusionali che attivano, a loro volta, sentimenti impulsivi di rifiuto e di aggressività.

COMMENTO E CONCLUSIONI

Da quando la sindrome borderline ha assunto il riconoscimento come entità nosografica ed autonoma (Correale A. e Benedetto A.M.) è stato possibile approfondire meglio la conoscenza clinica, le concomitanze psicopatologiche ed i sistemi concettuali descrittivi che ci hanno portato ad assimilarla alla schizofrenia pseudonevrotica (Hoch e Pelatin; C.L. Cazzullo) che aveva legami con la "schizofrenia reversibile" di Bleuler, la "psicosi latente" di Bychowski, la "schizofrenia abortiva" di Blumke, la "schizofrenia frusta" di Wizel, il "disturbo schizoaffettivo" di Kazanon, per arrivare, finalmente, alla "sindrome di Asperger"

che ha la caratteristica di riferire le problematiche psicopatologiche alle primissime età della vita.

I contributi di R.P Knight (1953) hanno permesso di approfondire il lavoro di specificazione della “sindrome borderline”, definendola come “*situazione caratteristica nella quale risultano indebolite le funzioni dell’Io*”:

- i processi di pensiero secondario;
- la capacità di integrazione;
- l’esame di realtà;
- il mantenimento delle relazioni oggettuali;
- l’adattamento all’ambiente;
- le difese contro gli impulsi inconsci primitivi;

mentre sono sufficientemente mantenute alcune funzioni primarie come:

- la memoria;
- il pensiero logico formale;
- alcune capacità comportamentali;

queste discrepanze portano a oscillazioni e a disordini espressivi, tanto che spesso possono essere evidenziati sintomi che vanno dalla teatralità isterica ai rituali ossessivo-compulsivi.

Kernberg (1967) fu in pratica il primo ad usare il termine “borderline”, riferendolo al concetto di “organizzazione di personalità” e in questa riscontrava:

- ansia libera e fluttuante;
- fobie multiple;
- sintomi ossessivo-compulsivi;
- reazioni psicotiche brevi;
- disturbi dissociativi;
- preoccupazioni ipocondriache;
- spunti paranoidi;
- difficoltà a controllare gli impulsi (bulimia, promiscuità sessuale, abuso di sostanze, atti antisociali).

È stato J.Bergeret (1974) a definire compiutamente le problematiche e le caratteristiche della personalità borderline (organizzazione limite), mettendo in evidenza:

- l’angoscia depressiva di perdita dell’oggetto che porta a instaurare
- relazioni interpersonali caratterizzate da una forte dipendenza (*relazioni oggettuali analitiche*);
- inflazione dell’Ideale-dell’Io con tendenza alla *oblatività compulsiva* che spesso nasconde il desiderio di essere indispensabile, di dimostrare di poter dare come espressione di superiorità. Questo dimostra anche che i rapporti interpersonali, piuttosto che improntati ad intimità affettiva, possono essere dominati da dinamiche di dominanza-dipendenza, grande-piccolo, sfruttato-sfruttatore.

Molti dubbi restano ancora da chiarire in rapporto a questo disturbo che ha soppiantato ogni altro problema psicopatologico nelle statistiche più moderne. In queste ormai non si parla più di “esaurimento nervoso”, ma le osservazioni di disagio personale e/o sociale vengono riferite come “psicopatologia del limite” questo è per lo più riferito come “vicino alla psicosi” piuttosto che “vicino alle nevrosi o ad uno stato di normalità”.

Queste indicazioni parlano chiaramente di una “particolare gravità” che, in linea di massima, si riferisce all'impossibilità di trovare terapie o interventi capaci di risolvere i problemi comportamentali, percettivi, di armonizzazione affettiva e di organizzazione cognitivo-intellettuale.

Nel filone scientifico-psichiatrico restano ancora dubbi sull'eziopatogenesi che per lo più è riferita a deficit funzionale o mancata capacità di controllo delle emozioni (Linehan e Kerhrer, 1993) e, per altro lato, ad un modello che vede un conflitto al centro della problematica organizzativa (Kernberg, 1967, 1975, 1987).

Ultimamente lo stato borderline ha assunto ancora maggior rilievo in quanto è stato messo in relazione con lo straripante malessere giovanile, l'epidemia di disagio psico-sociale, le questioni più gravi del comportamento nelle cronache quotidiane ed anche con le sempre più frequenti espressioni di dipendenza infantile, di incapacità di contenere le pulsioni libidiche (vedi tossicodipendenza, bulimia e anoressia), incapacità di accedere a forme mature di pensiero autoriferito o adulto.

Accanto al conflitto pulsionale (Kernberg), al deficit delle competenze metacognitive e di regolazione delle emozioni (Linehan) troviamo anche le problematiche psico-sociali (Perris) e quelle biologico-temperamentali (Cloninger), ma con tutto questo bagaglio conoscitivo ed ontologico non si è ancora potuto dirimere la questione del borderline come particolare organizzazione personologica o come forma psicopatologica di malattia psichiatrica.

Non dà certo nessun aiuto neppure l'indagine sulle possibilità effettive di terapia farmacologica e/o psicologica proprio perché non si hanno riscontri sicuri di efficacia, ma neppure di risoluzione della organizzazione psico-affettiva che risulta sempre particolarmente compromessa.

Ultimamente, rispondendo forse anche alle discriminazioni psicosociali di movimenti culturali e politici, Umberto Galimberti (ottobre 2005) mette l'accento ad una vita e ad un mondo “privi di senso” e, proprio per reperire l'origine dell'insensatezza, propone il cammino dell'indagine filosofica.

Una visione nuova si è aperta mettendo in relazione forme adulte considerate come “limite” o “borderline” con una forma di autismo che, descritto da Asperger, può essere evidenziabile nella prima infanzia. L'Asperger si riferisce a forme di difficoltà psico-affettiva che si presentano intorno ai 3-4 anni e che viene anche:

- denominata “*autismo ad alto funzionamento*” perché sono salvaguardate le funzioni più cognitive mentre quelle più compromesse sono quelle emotivo-affettive;
- avvicinata al *borderline* perché in questa forma psicopatologica diventa sempre più evidente che i primi segni di difficoltà o malattia possono essere fatti risalire anch'essi nella prima infanzia (intorno ai tre anni).

SINTOMI DELLA SINDROME DI ASPERGER

Un ragazzo con una diagnosi di *sindrome di Asperger* (o *autismo ad alto funzionamento*) presenta spesso caratteristiche di personalità che possono essere sovrapposte a quelle identificate nella *sindrome borderline*.

Possiamo evidenziare che:

- non si manifestano segni patogeni dell'ordine mentale perché
 - il linguaggio è comprensibile e ben strutturato;
 - il pensiero è coerente;

- non si evidenziano errori percettivi: né illusioni, né allucinazioni;
 - la memoria è intatta;
 - la attenzione è valida;
 - la tenuta sufficientemente prolungata;
- le funzioni fisiche sono del tutto normali (coordinazione motoria; capacità percettiva; ecc.) anche se spesso il non uso o il cattivo uso (atteggiamenti particolari) portano ad evidenziare difficoltà che spariscono con un breve intervento fisiatrico o di psicomotricità;
 - nella sfera psico-affettiva, al contrario, si registrano le problematiche più evidenti e caratterizzanti quali:
 - astenia dell'umore con demotivazione, stanchezza cronica, abulia;
 - momenti disforici (frammisti ad un tono dell'umore flesso e monocorde si presentano brevi momenti di ilarità a volte poco giustificati dal contesto);
 - difficoltà a sostenere un discorso che viene limitato a brevi frasi in risposta a precise domande;
 - se il contenuto della conversazione arriva ad interessare (oppure se il soggetto impone il proprio argomento) l'eloquio diventa ricco, fluido e centrato sulle proprie idee e/o su argomentazioni molto personalistiche ed egocentriche;
 - caparbia certezza di non volersi adeguare al tessuto sociale e, soprattutto, alle regole condivise dalla maggioranza;
 - atteggiamento di sfida caratterizzato dal disprezzo delle scelte sociali degli Altri;
 - rifiuto delle possibilità economiche degli altri, sostenuto dall'idea di non aver bisogno di nessuno perché le proprie necessità si limitano a quel *pochissimo* che può raggranellare senza sforzo e/o con qualche *furberia*;
 - svalutazione dell'Altro e, soprattutto, della figura femminile;
 - spiccata reattività alle figure genitoriali, soprattutto rivolta contro il padre che viene definito come *prevaricatore* e svuotato di validi contenuti affettivi;
 - il rapporto interpersonale è dominato da un sentimento ambivalente di sudditanza/dominio che, con molta facilità, diventa rifiuto all'assoggettarsi all'indipendenza dell'altro che, invece, dovrebbe essere a disposizione del soggetto (anche anticipando e intuendone i desideri);
 - difficoltà nella gestione dell'aggressività che, per lo più poco agita, viene subita attraverso traumi non elaborati, insoddisfazioni relazionali, vissuti di inadeguatezza, incapacità di far chiarezza proponendo verifiche;
 - sensi di colpa reattivi che si organizzano attorno all'idea che l'Altro rifiuta il contatto dopo aver verificato le difficoltà relazionali dell'interlocutore;
 - l'Altro è svalorizzato e rifiutato, ma, nello stesso tempo, il suo atteggiamento è descritto come frutto delle difficoltà emotivo-affettive dell'interlocutore;
 - qualsiasi cosa (oggetto e/o situazione proposta) può essere abbandonata o rifiutata perché comunque viene sempre svalorizzata (per cui la perdita è sempre limitata);
 - ogni rifiuto non viene sottoposto a critica, ma giustificato dalla scelta personale di preferire lo starsene a casa e/o chiudersi nel proprio mondo più protettivo e *salvifico*.

- L'assetto affettivo è dominato dalla relazione con i genitori e, in questo ambito, gira intorno all'asse depressivo poiché:
 - vi è una inesorabile certezza di non essere idoneo per meritare l'attenzione e l'amore dell'Altro;
 - domina un convincimento infantile della svalorizzazione della figura materna (“... non capisce”; “... è poco intelligente”) e di un padre vissuto con caratteristiche di anaffettività e grosse distanze sul piano emotivo;
 - la solitudine profonda viene percepita come causa di un ripiegamento narcisistico-onnipotente che ha tutte le caratteristiche di una idealizzazione del proprio Ego, fantasticato e irreali;
 - le difese utilizzate sono prevalentemente la proiezione, la scissione e la identificazione con l'aggressore;
 - accanto a queste modalità arcaiche c'è un pensiero evoluto sostenuto da un ossessivo bisogno di apprendere per ingigantire fantasmaticamente il senso di sé, di organizzare il pensiero nell'ambito della razionalizzazione che diventa fulcro dei vissuti egocentrici ed onnipotenti;
 - il comportamento è dominato dalla rinuncia, dall'assoggettamento astioso e da desideri infantili di vendetta e di abbandono dell'aggressore che, inesorabilmente, viene svuotato di ogni valore perché non si strutturano sentimenti di reciprocità e di riconoscenza;
 - l'inter-relazione è richiesta solo come utile a rispondere ai bisogni del soggetto che, nello stesso tempo, fa affiorare sempre ed in modo esplicito il proprio atteggiamento di rifiuto e di svalorizzazione, lasciando all'altro il desiderio di gestire un rapporto che non viene sollecitato.

Se nell'approccio alla sindrome di Asperger (che per molti aspetti facciamo coincidere con il “borderline”) scopriamo una problematica intrapsichica e, quindi, un funzionamento psico-mentale riferibile ad un disturbo timologico e ad una difficoltà nel funzionamento psico-affettivo. Proprio per questo è accettabile che ci riferiamo ad un errore organizzativo che si verifica nei momenti dello sviluppo psico-mentale nel quale troviamo:

- dubbi decisionali;
- difficoltà nell'autoriconoscimento;
- prevalenza di sentimenti egocentrici ed onnipotenti;
- ossessività nel sostenere un funzionamento giovane, imperituro, etico e profondamente superiore ad un mondo inutile, perverso e malato;
- difficoltà nell'ordine timologico, affettivo e dei valori;
- sentimenti oppositivi e denigratori di un padre per altro vissuto come onnipotente e “inossidabile”;
- svalorizzazione della figura materna;
- problematica edipica insolubile per una lotta tra desiderio e rifiuto;
- tendenza ad abbandonare senza rimpianti oggetti, persone ed anche situazioni (scuola, sport, lavoro, ecc.);
- facilità alla risposta in acting-out;
- indifferenza di fronte alla possibilità di interrompere una relazione (anche terapeutica), m, nello stesso tempo, una disperazione quando è l'Altro ad andarsene;
- spiccata mentalizzazione con la quale si giustificano le rotture della relazione.

Da queste precisazioni si può desumere la sovrapposibilità della sindrome di Asperger con quella Borderline, tenendo in conto tuttavia che la prima si riferisce ad una psicopatologia infantile (3-4 anni) mentre la seconda corrisponde ad espressioni patologiche dell'età puberale (14-20 anni).

Nello studio clinico di soggetti borderline è molto frequente scoprire i primi segni di disagio psichico e, soprattutto, di una larvata sintomatologia di natura psico-affettiva che parte dai tre-quattro anni, che va oscillando, ma, nello stesso tempo, confermando le difficoltà nella organizzazione della personalità e nella strutturazione di comportamenti adeguati.

Nello sviluppo della "*sintomatologia limite*" si osservano differenze molto grandi da caso a caso, ma queste sono relazionabili con le variazioni individuali della storia psico-affettiva e psico-sociale.

Importanti sono i rapporti interpersonali con la figura femminile negli anni pre e post-puberale che mettono in evidenza le problematiche pre e post-edipiche che questi soggetti devono affrontare anche se la loro organizzazione psico-mentale non è delle migliori, proprio per le grosse debolezze della organizzazione adattiva dell'Io.

È auspicabile una integrazione degli studi di paidopsichiatria con quelli più specificamente psichiatrici proprio perché porteranno a grandi risultati soprattutto nell'ambito delle possibilità terapeutiche e della prevenzione di un disturbo che, a volte spesso solo come disagio, sta trasformandosi nel maggior problema dei giovani della società moderna.

BIBLIOGRAFIA:

- Bergeret J. (1974): La personalità normale e patologica. Cortina, Milano, 1984.
- Bleuler J.: Dementia praecox oder gruppe der schizophrenien. Leipzig, Wien, Deuticke, 1911.
- Cazzullo C.L.: Comunicazione personale..
- Cloninger C.R.: Personalità and Psychopathology. American Psychiatric Publishing, 1999.
- Correale A. et All.: Borderline. Edizioni Borla, 2001.
- Cotugno A e Benedetto A.M.: Il paziente borderline. Franco Angeli, 2000.
- Galimberti U.: la casa di psiche. Feltrinelli Editore, 2005.
- Hoch P. e Polatin P.: Pseudoneurotic forms of schizophrenia. Psychiatr. Quart. 23, 248-276, 1949.
- Jones J.M. : Affects as process. An inquiry into the centrality of affect in psychological life. The Analytic Press. London, 1995.
- Lichtenberg J.D.: Some analogies between findings in infant research and clinical observations of adult, particularly patients with borderline and narcissistic personality disorders. In: Grostein J.S., Solomon F., Long A. (a cura di): The Borderline Patient, vol. 1. The Analytic Press, London, 1987.
- Linehan M.M. e Kerhrer C.A.: Borderline personality disorder. D.H. Baslow (Ed.), Clinical Handbook of Psychological Disorders, New York: Guilford Press, 1993.
- Kernberg O.F.: Borderline personalità organization. J.Am. Psychoanal. Ass., 15, 441-485, 1967.
- Kernberg O.F.(1975): Sindromi marginali e narcisismo patologico. Bollati Boringhieri, Torino, 1978.

- Kernberg O.F.: Disturbi gravi della personalità. Bollati Boringhieri, 1987.
- Knight R.P.: Borderline states. Bul. Menn. Clin., 1953.
- Meares R.: The metaphor of play. Disruption and restoration in the borderline experience. Ed. Jason Aronson Inc., Northvale, New Jersey, London, 1993.
- Paris J.: Il disturbo borderline di personalità. Etiologia e trattamento. Raffaello Cortina, 1995.
- Perris C.: Psicoterapia cognitiva nei disturbi psicotici e di personalità. Masson
- Perris C.: Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici. Boringhieri.
- Piaget J. (1937): La nascita dell'intelligenza nel bambino. Giunti-Barbera, Firenze, 1968.
- Rosenfeld H.A (1965): Stati psicotici. Armando, Roma, 1978.