

---

## FORMAZIONE DEL SÉ E PATOLOGIA BORDERLINE

*Gian Giacomo Rovera*

---

Le problematiche connesse alla formazione del Sé ed alla patologia borderline non costituiscono un binomio indissolubile, ma sono peraltro più o meno direttamente interconnesse.

La polisemia dei termini e l'utilizzazione di modelli psicopatologici differenti fa sì che tali argomenti evocino spesso, non solo un'impostazione ad alto grado di complessità, ma pure un'impressione di ambiguità epistemologica.

1. La tematizzazione del "Sé" acquista significati diversi a seconda delle matrici teoriche: o come nucleo della coscienza autoriflessiva, o come struttura permanente e continuativa nel percorso psicosomatico nei vari cicli della vita, o infine come totalità delle istanze psicologiche rapportabili alla propria individualità (Galimberti, 1992). In questa dimensione tutte le componenti del Sé (Allport, 1961), vale a dire le percezioni, i sentimenti, le idee, le scelte, le azioni ecc. dell'individuo, raggiungono un elevato sviluppo nella reciprocità sociale (Mead G., 1934), ma iniziano e terminano nell'intimità del Sé cosciente.

Qualora le configurazioni più evidenti della salute e della malattia si ritrovino nel grande dialogo del mondo interpersonale, è comunque all'interno dell'individuo come unità psicosomatica che la comunicazione diventa intrapsichica e si riflette come rappresentazione mentale dell'oggetto.

2. È noto che vi sono due modi per studiare l'individuo sotto il punto di vista psicologico. Per il primo il soggetto è dotato di precursori biologici innati, che da stato potenziale si attualizzano e maturano

mano a mano che il soggetto stesso prende contatto con gli altri e con il mondo cercando di soddisfare i suoi bisogni e interagendo con il suo ambiente. Il secondo punto di vista ritiene che l'individuo, alla nascita, sia una *tabula rasa* che venga plasmata dall'esperienza e dalla cultura.

Il primo orientamento pone in evidenza l'aspetto intrapsichico, il secondo l'aspetto interpersonale.

Da molti viene postulato oggi un modello circolare che attinge a entrambi gli indirizzi: sicché se alcune delle forme più ricche di sviluppo umano appartengono alla sfera dell'interpersonale, questo presuppone una stretta articolazione con un nucleo intrapsichico.

Ciò porta ad una concezione unitaria dell'individuo attraverso le dinamiche tra le strutture personali e quelle sociali; permette altresì di approfondire e di declinare le concezioni rispetto alla formazione del Sé ed all'identità, anche in senso cognitivistico (Guidano, 1988).

Sono peraltro le psicologie dinamiche che hanno proposto da tempo la centralità del Sé in rapporto ad eventuali disturbi psicopatologici: dalla Psicologia Individuale (Sé creativo-Stile di vita: Adler, 1936), alla Psicologia Analitica (simbolismo del Sé: Jung, 1951); dalla Psicologia Interpersonale (sistema del Sé: Sullivan, 1953) alla Psicologia Umanistico Esistenziale (autorealizzazione del Sé: May, 1967)\*.

3. Il modello psicoanalitico classico ed in particolare la sua metapsicologia non lasciano alcun posto per il Sé (Rycroft, 1968). Il Sé qui differisce dall'Io, in quanto si rifà al soggetto che ha esperienza di se stesso, mentre l'Io si riferisce alla personalità come una struttura intorno alla quale si possono fare delle generalizzazioni impersonali. Inoltre l'Io freudiano, contiene parti rimosse, inconscie, che non possono essere riconosciute dal Sé, come parti di se stesso.

A partire dagli Psicologi dell'Io emergono sempre più chiaramente le rappresentazioni del Sé nell'Io e quindi si definiscono i significati dell'Io nella forma riflessiva del Sé.

Si viene così a delineare la Psicologia del Sé, che riunisce vari filoni psicoanalitici e che riconosce il Sé come sistema complesso dell'esperienza che l'individuo ha come soggetto, con caratteristiche di coesività sincronica e di continuità diacronica, le quali definiscono un'identità psicologica unica e irripetibile. L'intreccio quasi inestricabile degli studi psicoanalitici della Psicologia del Sé porta come frutto

ad una formulazione psicodinamica dei disturbi narcisistici e borderline.

Heinz Kohut (1971, 1977) utilizza la Psicologia Psicoanalitica del Sé con due diverse concettualizzazioni:

a. il Sé è un contenuto della mente, una struttura specifica dell'apparato mentale;

b. il Sé è il centro dell'universo psicologico dell'individuo (che include le pulsioni e/o le difese) nella sua organizzazione. Esso diventa una configurazione sovraordinata che trascende la somma delle parti, funziona come centro indipendente di iniziativa, quale polo di percezione e di esperienze, ivi incluse quelle relative alla realizzazione più o meno fantastica. Inoltre il Sé corporeo è incluso nel Sé totale (Kohut e Wolf, 1978).

Il pensiero kohutiano può venire rivisitato secondo una progressione logica della costruzione del Sé in alcune distinte articolazioni (Siciliani, 1992): (1) la metodologia dell'osservazione introspettiva; (2) la comprensione e descrizione dei disturbi psichici osservati con tale prospettiva; (3) la metodologia di intervento terapeutico o teoria della tecnica; (4) le ipotesi sullo sviluppo del Sé; (5) il confronto con la metapsicologia delle formulazioni classiche freudiane e kleiniane; (6) la "traduzione" verso campi quali le teorie della personalità, la psicopsicologia, la psico-storia ed anche l'interculturalismo (Rovera, 1990).

Come si può notare vi sono molte difficoltà nel distinguere e collegare le prospettive dell'osservazione, della teorizzazione e delle tecniche di intervento.

L'aspetto importante da rilevare è che la "costruzione del Sé" quale modello, apre il discorso sui disturbi psicopatologici "narcisistici e borderline" che vengono il più delle volte considerati "non analizzabili" dai paradigmi psicoanalitici tradizionali.

4. Attraverso le ricerche di Heinz Kohut (1985) si possono seguire tanto la genesi e lo sviluppo normale del Sé quanto gli eventuali disturbi psicopatologici.

Da un caos prepsicologico si differenziano alcuni livelli:

a. Prima della nascita v'è unicamente un Sé Virtuale, prefigurato dalle aspettative dei genitori, che a loro volta sono immersi in strutture istituzionali (e quindi in un universo culturale pre-interpretato).

b. La nascita è un'apertura verso il Sé Potenziale in rapporto agli

oggetti-Sé dei genitori.

c. Il Sé Rudimentale (con bisogni narcisistici) sorge da una interiorizzazione transmutante e segue la linea di sviluppo del bambino, in interazione con le richieste (più o meno proiettive) che sono nella mente dei genitori, specie della madre.

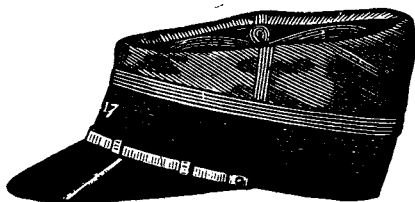
d. Il Sé organizzato, è il risultato dell'interazione tra le dotazioni innate e la risposta selettiva degli oggetti-Sé. Le caratteristiche della formazione del Sé nucleare vengono formate intorno al secondo anno di vita (Kohut e Wolf, 1978).

Quello che subentra nella prima e seconda infanzia al Sé nucleare (che è già strutturato in senso polare) non è il Sé bipolare ma il Sé integrato Coesivo o Sé.

Come nucleo centrale della personalità il Sé è formato da istanze costitutive diversificate: al potere ed al successo, alle mete idealizzate, ad un'area tensionale intermedia tra ambizioni e ideali.

L'evoluzione del Sé, in termini di coesione e tensione, è autorealizzata continuamente durante tutta l'infanzia e in misura minore durante tutta la vita. Inoltre tale evoluzione del Sé è sottoposta ad interazioni fra i bisogni narcisistici, le risposte dei genitori e le reazioni dell'esperienza.

A differenza della concezione kleiniana, il "gioco" evolutivo del Sé si svilupperebbe durante l'intero arco esistenziale e si maturerebbe nella "relazione" con le persone emotivamente significative: per tutta la vita il Sé ha bisogno di un "Tu", inteso sia come "oggetto-Sé" che come "oggetto pulsionale". Se vi può essere dipendenza (più o meno regressiva), vi è anche interdipendenza tra gli individui umani (Siani, 1992) e quindi si può curare solo instaurando una particolare relazione (Kohut, 1984).



## II

Ciò che interessa ricordare qui non sono gli altri numerosi paradigmi "rivali" quanto le eventuali connessioni tra la "formazione del Sé" e le sue vicissitudini circa la "patologia borderline".

1. Come è noto anche il termine "borderline" è ambiguo e si presta a tematizzazioni diverse (Lang *et al.*, 1987): sicché la patologia borderline, a seconda delle posizioni restrittive o estensive, subisce collocazioni nosografiche, psicopatologiche e cliniche assai differenti.

Storicamente il concetto di borderline è stato infatti legato ad un'attenuazione della malattia psicotica, in particolare della schizofrenia, usato come l'indicazione di un fallimento dell'empatia del terapeuta (Kohut, 1984; Brandchaft e Stolorow, 1987), ipotizzato come un disturbo sub-affettivo (Akiskal *et al.*, 1985) o come una sovrapposizione dei disturbi legati alla sfera affettiva ed ai disturbi della personalità (Frances e Widiger, 1986), impiegato come una categoria "cestino dei rifiuti senza significato" (Abend *et al.*, 1983), o infine come un "artificio euristico" (Fonagy, 1982).

2. La patologia borderline si collocherebbe in stadi assai precoci quando la separazione tra Sé e non Sé sarebbe ancora instabile e quindi con situazioni esterne o interne di sovraccarico (trasposizione/vulnerabilità/traumi), con possibilità di regressione psicotica, di non separazione tra soggetto e oggetto, di perdita di realtà e di limiti del Sé;

a. per Kohut (1976) l'origine del disturbo sarebbe dovuta ad un arresto traumatico per un conflitto narcisistico nella regolazione dello sviluppo del Sé;

b. Kernberg (1967) invece pensa ad una patologia strutturale del Sé costituita per motivi di difesa, onde evitare una dipendenza vissuta come pericolosa per la vita. Kernberg (1967, 1987), considera quindi borderline un livello di funzionamento psichico a cui si fa riferimento come ad una organizzazione della personalità, lungo il filone che segue la linea di Melanie Klein (1950) e di Herbert Rosenfeld (1978).

La personalità borderline poggerebbe su quattro aspetti clinici:

a. manifestazioni non specifiche di debolezza dell'Io che includono una scarsa capacità di tollerare l'ansia, di controllare gli impulsi o di sviluppare modi socialmente produttivi di incanalare energia;

b. propensione a spostarsi verso modelli irrazionali di pensiero,

nel contesto di un controllo della realtà generalmente intatto;

c. predominanza di difese psicologiche poco mature dal punto di vista dello sviluppo (scissione, proiezione, identificazione proiettiva);

d. diffusione dell'identità e patologia specifica collegata alle relazioni con l'oggetto interno.

In questo modo il concetto di Kernberg di borderline include una varietà di disturbi della personalità come la personalità infantile, narcisistica, antisociale, la personalità del "come se" e quella schizoide. Qualsiasi paziente che manifesti un significativo disturbo della personalità è, nel sistema di Kernberg, o psicotico o, se in possesso di un "controllo" della realtà intatto, borderline.

Questo ampio uso del termine è visto da molti studiosi come privo di utilità. Secondo questa definizione, infatti, probabilmente più del 10% della popolazione adulta fra i 18 e i 45 anni potrebbe essere definita come borderline (Stone, 1987).

Inoltre le difese narcisistiche e borderline non si realizzerebbero insieme ed i disturbi della personalità associati a queste difese dovrebbero essere distinti sia da un punto di vista concettuale che descrittivo (Higgitt e Fonagy, 1992).

4. Per altri studiosi il gruppo di pazienti caratterizzati da impulsività, tentativi di suicidio manipolatorio, affettività alterata, transitorie esperienze psicotiche, relazioni disturbate, sarebbero da ascrivere ad una sindrome clinica distinta da quella borderline (Gunderson, 1984; Gunderson e Zanarini, 1987).

5. La categoria dei disturbi della personalità borderline sull'Asse II nel DSM-III-R e nel DSM IV è abbastanza ampia.

Tuttavia è stata ridotta la possibilità che ad un individuo venga fatta la diagnosi di borderline quando non sia impulsivo, non presenti una storia di intense relazioni interpersonali e non mostri rabbia intensa e inappropriata. Inoltre, tale categorizzazione appare in un qualche modo arbitraria a causa dei problemi non risolti riguardanti i tratti caratteristici che sono visti più come sintomi che come parte del temperamento (McReynolds, 1989).

6. Vi sono tuttavia tre aspetti inequivocabili di questo gruppo (Higgitt e Fonagy, 1992):

a. In primo luogo si nota l'eterogeneità dei sintomi e dei disturbi mentali che sembrano cointervenire nell'organizzazione della persona-

lità borderline. Molto spesso vi è una o più di una diagnosi addizionale. Fra i sintomi predominano quelli affettivi, ma c'è anche un'alta incidenza dei disturbi nell'alimentazione e dell'abuso di sostanze (Pope *et al.*, 1987). Le manifestazioni psicotiche temporanee sono un altro aspetto comune (Zanarini *et al.*, 1990), avvicicabile talora ai disturbi schizofrenici;

b. la variabilità o la labilità del comportamento viene oggi considerata un aspetto costante del disturbo in modo che si può quasi definirlo ciclico. Questa paradossale combinazione di labilità ha portato molti autori a immaginare i problemi di questi pazienti in termini di "organizzazione patologica" ipotetica (Bion, 1959; Rey, 1979; Steiner, 1987). La letteratura analitica infantile americana ha connotato tale concetto come instabilità stabile nel funzionamento dell'Io;

c. l'aspetto che più colpisce di questo gruppo di pazienti è il deterioramento delle relazioni interpersonali. Liti drammatiche, fatte precipitare da ciò che sembrano essere interazioni deboli ma emozionali, portano alla frammentazione della connessione col mondo sociale, a un senso di disorganizzazione e di caos che non può mancare di colpire chiunque venga in contatto con questi individui, sia per ragioni terapeutiche che sociali (Higgitt e Fonagy 1992). La loro remissività può improvvisamente volgersi in atteggiamenti di disprezzo o di rabbia, spesso correlati a quelle che possono sembrare al clinico, richieste totalmente irragionevoli di comprensione e gratificazione.

7. Numerose diagnosi di borderline, prevedibilmente variabili in intensità e in maggiori difficoltà interpersonali, per la maggior parte degli psicoterapisti esperti stanno ad indicare un gruppo altamente specifico di pazienti.



## III

Tutti i contributi teoretici sono utili, in effetti, nel fornire al clinico un certo numero di comportamenti disturbanti di tali pazienti, ma i parametri psicopatologici descrittivi, puramente categoriali non possono gettare una luce particolarmente utile.

La maggior parte delle formulazioni psicodinamiche del disturbo della personalità borderline sono primariamente inerenti allo sviluppo della formazione del Sé. Gli approcci psicoanalitici agli stati borderline possono essere ampiamente applicati in alcuni gruppi.

1. Kohut (1977, 1984) ha offerto un modello di "arresto" del trauma che è stato ampliato ed elaborato nel contesto della patologia borderline da numerosi autori nordamericani. Per i kohutiani la non empatica risposta degli "autooggetti" frustra le necessità del normale sviluppo e fissa il Sé infantile ad un fragile livello arcaico. Kohut vede i bambini come percettori della figura di chi si prende cura di loro come parti di loro: di qui il termine di autooggetto. L'individuo borderline trova necessario far uso di relazioni altamente primitive con l'autooggetto (grandiosità, rabbia, eccitazione o sedazione attraverso droghe o altre tossicomanie) per sostenere sia l'auto-coesione che l'autostima. Si comprende così, evocativamente, l'esperienza soggettiva di vuoto che è secondaria ad un Sé sviluppato non adeguatamente.

Questa teoria è essenzialmente riferita alla "mancanza": mancanza di esperienze facilitanti che portano a un deficit psichico (ossia un senso del Sé sviluppato inadeguatamente). Le manifestazioni caratteristiche della posizione borderline possono essere comprese come indicazioni dei tragici tentativi dell'individuo di cooperare con le profonde limitazioni del suo mondo intrapsichico. Il termine "posizione borderline" è un'utile metafora che si origina in ricerche dove ha un significato teoretico preciso. Il termine "posizione" si riferisce al compito di adattamento che i pazienti borderline assumono di fronte al loro funzionamento mentale altamente insoddisfacente. L'indicazione terapeutica è che un intervento significativo deve focalizzarsi sulla natura del deficit dell'individuo e costituire un ambiente terapeutico che conduca a una crescita personale per fornire una funzione calmante e di specchio che porti ad un ristabilimento del Sé

2. In contrasto, il modello psicostrutturale di Kernberg (1975,



1984) enfatizza l'inevitabilità del conflitto psichico e delle sue conseguenze (ansia, colpa, vergogna) nel corso delle fasi precoci dello sviluppo. La causa prima degli stati borderline sarebbe l'intensità degli impulsi distruttivi ed aggressivi e la relativa debolezza strutturale dell'Io disponibile per maneggiarli. Kernberg vede l'individuo borderline come colui che utilizza difese arcaiche in un tentativo di superare le immagini contraddittorie del Sé e per proteggere le immagini positive dalla possibilità di essere sommerse da quelle negative o ostili. Il desiderio di proteggere l'oggetto dalla distruzione porta a una frammentazione difensiva delle rappresentazioni del Sé e dell'oggetto. La condizione borderline perciò rappresenterebbe una continuazione di uno stato di conflitto infantile non risolto sul piano dello sviluppo. Questi conflitti possono continuare nel contesto del trattamento e la loro interpretazione si considera avere effetti terapeutici.

3. L'approccio di Kernberg ha molti punti in comune con i seguaci inglesi di Melanie Klein (G.Klein, 1950, 1957; Bion, 1957; Segal, 1964) che pongono l'accento sull'inevitabilità delle sequele patologiche sorgenti da un'innata distruttività.

Importanti differenze si trovano nel pensiero di chi come Spillius (1988) guarda gli adattamenti difensivi come legati alla patologia borderline comune. L'organizzazione narcisistica (Sohn, 1985; Rosenfeld, 1987), l'organizzazione difensiva (O'Shaughnessy, 1981), l'organizzazione patologica (Steiner, 1987) si riferiscono ad una relativamente stabile costruzione di difese. Questo permette all'individuo di creare uno stato interno dove egli è protetto dal caos di stadi di sviluppo precedenti, ma, nonostante tutto, non lo priva di modi più avanzati, anche se rigidi, di funzionamento psichico. Bion (1959) fornisce una spiegazione di come si possa generare questo sconcertante stato di cose. La sua descrizione è in termini di identificazione dell'Io con un oggetto che è sentito essere pieno di invidia e odio, che sorge da una precoce disabilitazione di certi processi psichici in rapporto con aspetti di comprensione cognitiva e affettiva delle relazioni interpersonali.

4. Numerose formulazioni alternative rappresentano vari gradi di compromesso fra le ipotesi di deficit e le ipotesi conflittuali. (Higgitt e Fonagy, 1992).

Un modello che può essere utilizzato è quello che fa capo a ricerche nell'area della Psicologia Individuale (Rovera e Ferrero, 1979;

Rattner, 1986; Kruttko Ruping, 1986; Shulman, 1990).

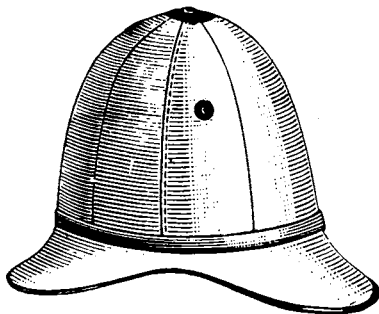
Anche per estrapolazione di un paradigma di causazione bidirezionale, circa la costruzione del Sé i disturbi borderline potrebbero essere intesi come disturbi "ibridi", con modalità pervasiva polimorfa, volontà di potenza distorta, mete ipercompensatorie fittizie, impoverimento del sentimento sociale, aggressività maligna, identità psico-sessuale e corporea imperfetta.

L'alterazione psicostrutturale è ritenuta ibrida perché si espande volta a volta con un'eterogeneità di quadri clinici, ma con uno "*Spectrum psicopatologico*" in disturbi di tipo neurotico, psicotico o di personalità.

È in questo senso che "borderline" appaiono in interazione dinamico-strutturale sia l'individuo, sia la famiglia, sia la società che vengono in tal modo a costituire una "*hybris*".

Tutto ciò lascia l'individuo profondamente vulnerabile ai conflitti psichici. L'adattamento patologico al conflitto diviene comune, dando origine a frequenti disturbi psichiatrici associati a tale condizione psicostrutturale.

L'accento sul deficit cognitivo in questo modello non esclude le ipotesi conflittuali. L'intervento terapeutico passa quindi attraverso un atteggiamento interpersonale (Bromberg, 1984) ma anche con alleanze profonde al "deficit" (Rovera, 1990). In un "intervento a rete" non si esclude l'utilizzo di terapie farmacologiche.



## IV

Alcune riflessioni critiche, in rapporto a quanto esposto, fanno supporre che le tematiche inerenti alla "formazione del Sé" possono essere interconnesse, nella patologia borderline, a particolari situazioni psicopatologico-cliniche di "decostruzione del Sé". Sicché anche la strategia terapeutica può riconoscere vari tipi e può articolarsi in gradi diversi e multicontestuali (Siani, 1992).

Se la patologia borderline appare legata alle prime fasi dello sviluppo del Sé, rimangono comunque aperti i problemi relativi alle strutturazioni dinamiche dell'esperienza soggettiva ed alla struttura intrapsichica del borderline in rapporto alle dinamiche familiari ed alle variazioni delle strutture socioculturali.

L'opinione di molti studiosi (Perry, 1985; Waldinger e Gunderson, 1987, Dazzi, 1993, Maffei, 1993; McGlashan, 1993; ecc.) è che le differenze siano più evidenti nei modelli teorici e nelle teorie delle tecniche psicoterapeutiche, che non nella stessa pratica clinica. Ciò appare condivisibile, sempreché si ricorra a corretti "manuali di traduzione" tra paradigmi diversi.

Vi è infatti oggi l'opportunità di studi interdisciplinari, biologici, psicologici e sociali che tengano conto di varie prospettive per conferire maggior "consistenza" alle metodiche utilizzate circa gli studi psicopatologici e psichiatrici, si deve tuttavia evitare il riduzionismo e l'ecclettismo, i quali cancellano le sfumature e fanno emergere soltanto quello che è immediatamente più evidente. Anche rigidi criteri di protocollarietà sia pure a scansione disciplinare enfatizzano troppo gli aspetti categoriali ed escludono gli aspetti dimensionali di questi quadri.

La molteplicità dei modelli, dei linguaggi usati e delle strategie terapeutiche sembrerebbe così portare, a livello delle patologie borderline, ad una marginalità non solo euristica giacché molto probabilmente essa è invece riferibile circolarmente ad una interazione dinamica della costruzione del Sé individuale, ma anche della famiglia e della società, pure queste a strutturazione di tipo "ibrido" e quindi potenzialmente patogena. Da qui le difficoltà teorico-metodologiche, nosografico-cliniche e terapeutiche circa tali sintomatologie psichiatriche che oggi sembrano avere una rilevanza sempre maggiore, anche sotto il profilo epidemiologico.

## BIBLIOGRAFIA

- A. ADLER, *The fundamental views of Individual Psychology*, in "The Journal of Individual Psychology", 1, 1-6, 1935.
- H. S. AKISKAL, S. E. CHEN, G. C. DAVIS, *et al.*, *Borderline: an adjective in search of a noun*, in "Journal of Clinical Psychiatry", 46, 41-48, 1985.
- G. ALLPORT, *Psicologia della personalità* (1961), trad. it., PAS, Zurich 1973.
- W. R. BION, *Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities*, in "International Journal of Psychoanalysis", 38, 266-275, 1957.
- B. BRANDCHAFT, R. D. STOROLOF, *The borderline concept: An intersubjective view*, in *The Borderline Patient: Emerging Concepts in Diagnosis, Psychodynamics and Treatment* (eds J.S. Grotstein, M.F. Solomon & J.A. Lang), The Analytic Press, Hillsdale, NJ 1987, vol. 2, pp 123-126.
- PH. M. BROMBERG, *Psicoanalisi interpersonale e psicologia del Sé (1989)*, in "Psicot. e Scienze Umane", XXVII, 4, 5-23, 1993.
- S. DAZZI, *Il dilemma intrapsichico-interpersonale nella patologia borderline*, in C. Maffei ed., *Il disturbo borderline di personalità*, Bollati Boringhieri, Torino 1993, 13, 223-237.
- P. FONAGY, *Psychoanalysis and empirical Science*, in "International Review of Psychoanalysis", 9, 125-145, 1982.
- A. J. FRANCES e T. WIDIGER, *The classification of personality disorders: an overview of problems and solutions*, in American Psychiatric Association Annual Review, eds A.J. Frances & R.E. Hales, American Psychiatric Press, Washington DC 1986, vol. 5.
- U. GALIMBERTI, *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino 1992.
- V. F. GUIDANO, *La complessità del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1988.
- J. G. GUNDERSON, *Borderline Personality Disorder*, American Psychiatric Press, Washington DC 1984.
- J. G. GUNDERSON e M.C. ZANARINI, *Current overview of borderline diagnosis*, in "Journal of Clinical Psychiatry", 48 (suppl.), 5-11, 1987.
- A. HIGGITT e P. FONAGY, *Psychotherapy in Borderline and Narcissistic Personality Disorder*, in "British Journal of Psych", 161, 23-43, 1992.
- C. G. JUNG, *Aion: ricerche sul simbolismo del Sé*, trad. it., in *Opere*, Boringhieri, Torino 1951, vol. IX, 2.
- O. KERNBERG, *Borderline personality organization*, in "Journal of American

Psychoanalytic Association", 15, 641-685, 1967.

O. KERNBERG, *Technical considerations in the treatment of the borderline personality disorder*, in "Journal of the American Psychoanalytic Association", 24, 795-829, 1976.

O. KERNBERG, *Borderline Personality Disorder*, in "Journal of Personality Disorders", 1, 344-346, 1987.

O. KERNBERG, *Sindromi marginali e narcisismo patologico (1975)*, trad. it., Boringhieri, Torino 1978.

M. KLEIN, *Contribution to Psychoanalysis, 1921-1945*, Hogart Press, London 1950.

H. KOHUT, *The analysis of the Self*, International University Press, New York 1971.

H. KOHUT, *The Restoration of the Self*, International University Press, New York 1977.

H. KOHUT, *Narcisismo e analisi del Sé*, trad. it., Boringhieri, Torino 1976.

H. KOHUT, *Potere, Coraggio e Narcisismo*, trad. it., Astrolabio, Roma 1985.

H. KOHUT, *How does Analysis Cure?*, University of Chicago Press, Chicago 1984.

H. KOHUT e E.S. WOLF, *Profilo riassuntivo dei disturbi del Sé e del loro trattamento*, in Kohut H. ed., *La ricerca del Sé nell'analista*, (Conclusioni), Boringhieri, Torino 1978.

M. KRUTKE RUPING, *Narzisstische Persönlichkeit in der Sicht der Individualpsychologie*, "Zeit. f. Indivi. Psychol.", 11, 1, 9-24, 1986.

J. A. LANG, J. S. GROSTSTEIN e M. F. SOLOMON, *Convergence and Controversy: I theory of the borderline*, in *The Borderline Patient: Emerging Concepts in Diagnostic, Psychodynamics and Treatment*, vol I, (eds J.S. Grotstein, M.F. Salomon & J.A. Lange), pp 385-422, The Analytic Press, Hillsdale NJ 1987.

R. MAY, *La psicologia e il dilemma umano*, trad. it., Astrolabio, Roma 1970.

TH. H. MCGLASHAN, *Il profilo longitudinale del Disturbo Borderline di Personalità*, in C. Maffei ed., *Il disturbo borderline di personalità*, Bollati Boringhieri, Torino 1993, 7, 117-147.

P. McREYNOLDS, *Diagnosis and clinical assessment: current status and clinical issues*, in "Annual Review of Psychology", 40, 83-108, 1989.

G. H. MEAD, *Mente, Sé e Società (1934)*, trad. it., Giunti Barbera, Firenze 1972.

J. CH. PERRY, *Traumi infantili e dinamiche adulte nel Disturbo Borderline di Personalità: la regressione come riattualizzazione del trauma*, in C. Maffei ed., *Il disturbo borderline di personalità*, Bollati Boringhieri, Torino 1993, 8, 148-157.

H. G. POPE et al, *Is bulimia associated with borderline personality disorder? A controlled*

study, in "Journal of Clinical Psychiatry", 48, 181-184, 1987.

L. RATTNER, *Die narzisstische Persönlichkeit in der Sicht der Individualpsychologie*, in "Zeit f. Indiv. Psychol.", 11, 1, 25-40, 1986.

J. H. REY, *Schizoid phenomena in the borderline*, in *Advance in the Psychotherapy of the Borderline Patient* (eds J. le Boit & A. Lapponi), pp 449-484, Jason Aronson, New York 1979.

H. ROSENFELD, *Notes on the psychopathologic and psychoanalytic treatment of some borderline patients*, in "The International Journal of Psychoanalysis", 59, 215-221, 1978.

G. G. ROVERA, *Problemi transculturali in psicopatologia*, in G. Bartocci ed, *Psicopatologia, cultura e pensiero magico*, Liguori, Napoli 1990, pp 27-45.

G. G. ROVERA, *Aspetti generali del processo analitico*, in "Individual Psychology Dossier", SAIGA, Torino 1990, II, 61-77.

G. G. ROVERA e A. FERRERO, *Indicazioni psicoterapeutiche nei pazienti borderline*, in *Il sistema aperto della Individual-psicologia*, Quaderni, "Riv. Psic. Ind.", 4, 9-121, 1979.

CH. RYCROFT, *Dizionario critico di psicoanalisi*, Astrolabio, Roma 1970.

R. SIANI, *Psicologia del Sé*, Bollati Boringhieri Torino, 1992.

O. SICILIANI, *Prefazione*, in R. Siani, *Psicologia del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1992, 7-13.

B. H. SHULMAN, *L'incontro la Psicologia Individuale e le altre scuole*, trad. it., in *Aspetti generali del processo analitico*, "Ind. Psycol. Dossier", SAIGA, Torino 1990, II, 77-101.

E. B. SPILLIUS, *General Introduction*, in *Melanie Klein today: Development in Theory and Practice*, vol I: Mainly Theory, (ed E.B. Spillius), Routledge, London 1988.

J. STEINER, *The interplay between pathological organization and the paranoid-schizoid and depressive positions*, in "The International Journal of Psychoanalysis", 68, 69-80, 1987.

M. H. STONE, *System for defining a borderline case*, in *The Borderline Patient Emerging Concepts in Diagnosis, Psychodynamics and Treatment* (eds J.S. Grotstein, M.F. Solomon e J. A. Lang) pp 13-35, , The Analytic Press, Hillsdale NJ 1987.

H. S. SULLIVAN, *Teoria interpersonale della psichiatria*, trad. it., Feltrinelli, Milano, 1962.

R. S. WALDINGER e J. G. GUNDERSON, *I risultati della psicoterapia con i pazienti borderline*, trad. it., Bollati Boringhieri, Torino 1991.

M. C. ZANARINI et al., *Pharmacotherapy of borderline patients*, in "Comprehensive Psychiatry", 29, 372-378, 1988.