



Christopher Bollas (2022). Tre caratteri. Narcisista, borderline, maniaco-depressivo.

Minima, 156. Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 166. Trad. it. Franco del Corno
Edizione originale: C. Bollas - with S. Bollas (2021). *Three Characters: Narcissist, Borderline, Manic Depressive*. Phoenix Publishing House, Lufkin, TX.

Recensione di Daniela Cassano

In questo saggio Christopher Bollas delinea alcuni aspetti prototipici di quelli che definisce “tre caratteri”. Si tratta di strutture complesse (narcisista, borderline, maniaco-depressiva) create dalla mente in risposta al dolore psichico. Ciò si verifica quando le relazioni oggettuali più precoci tra madre (e/o ambiente) e bambino sono state per qualche motivo deteriorate. Il terapeuta che riconosce tali strutturazioni psichiche in pazienti diversi tra loro potrà, attraverso il lavoro analitico, aiutare l’analizzando a divenire consapevole del proprio funzionamento.

L’idealizzazione è il perno su cui ruota l’organizzazione mentale del paziente narcisista. L’idealizzazione del Sé e degli oggetti ha un significato difensivo e disumanizzante, ma è indispensabile per proteggere un Sé diversamente assai fragile. Bollas individua un narcisista “positivo” che costruisce attorno a sé un mondo di relazioni gratificanti e superficiali, evita accuratamente i conflitti e può avere una vita di successo. Nel narcisista “negativo”, invece, l’idealizzazione si concretizza nello scacciare il Sé ideale buono sostituendolo con uno delirante e persecutorio, per esempio, i membri di gang, gruppi paramilitari, sette, e così via. In quest’ultimo caso l’imperativo diventa l’uccisione degli aspetti amorevoli e creativi del Sé. Nel trattamento analitico, in una prima fase il paziente può ottenere dall’analista sostegno e gratificazione portando in seduta ogni sorta di difficoltà, attribuendole tutte alla fallacia del mondo esterno. Dal canto suo l’analista può trovare il paziente molto interessante. Questa prima fase di transfert idealizzante, secondo la visione già anticipata da Kohut, può essere molto utile alla terapia. Ma a questo primo periodo segue di solito una fase di delusione relativa sia all’analista che al Sé. Come conseguenza l’analista inizia ad introdurre interpretazioni che il paziente fatica a cogliere o collegare tra loro. Nei casi in cui la terapia ha successo il paziente sperimenta a questo punto una fase depressiva che gli permette di capire che né il Sé né il mondo oggettuale sono perfetti. Un ulteriore passo potrà permettere al Sé di reintroiettare le parti scisse che sono state denegate o proiettate.

Nel paziente borderline l’elemento centrale è il dolore mentale persistente. Traendo origine da primissime relazioni oggettuali disorganizzate con l’ambiente di accudimento primario, il grumo doloroso primigenio è il nucleo dis-organizzatore di questi pazienti. Essi tendono a compiere scelte di vita ansiogene e destrutturanti. Ad



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Recensione di Daniela Cassano

esempio si legano spesso ad altri pazienti borderline in relazioni lunghe e tormentose, alla ricerca continua di conflitti che li facciano sentire vivi e interrompano la loro sensazione di vuoto. Ma, a differenza dei perversi, non traggono piacere da tali relazioni masochistiche. A differenza che nell'isteria la frequente somatizzazione presente in questi pazienti non ha nulla di simbolico ma è semplicemente "un'estensione corporea dell'angoscia mentale" (pag. 66). Nel carattere borderline prevale il meccanismo di scissione; in seduta predominano termini astratti, generalizzazioni in negativo, il paziente evita difensivamente di entrare nel dettaglio dei propri vissuti. Il tentativo da parte dell'analista di introdurre uno spazio in cui il Sé possa caratterizzarsi, comprendere, riorganizzarsi viene percepito come un attacco. Secondo Bollas, inizialmente l'analista deve tollerare tutto ciò con la finalità di riuscire ad entrare nel mondo degli oggetti-Sé del paziente. In una fase successiva dell'analisi egli chiederà al paziente di dettagliare e personalizzare le sue esperienze al fine di rendere concreto il mondo e uscire dalla dimensione confusiva. La terapia è soggetta a fasi burrascose di possibile abbandono, *acting out*, ad esempio quando insorgono periodi di profonda depressione a seguito dell'interruzione di relazioni con oggetti di attaccamento invischiati e negativi per il paziente.

Rispetto al paziente maniaco-depressivo (bipolare) l'Autore evidenzia il fatto che spesso questi pazienti sono vissuti in famiglie dove predominava depressione, scarsa valorizzazione dei contenuti emotivi degli accadimenti (positivi o negativi che fossero). In un ambiente siffatto, il paziente ha imparato ad ipervalorizzare i propri stati emotivi e mentali interni, creando la configurazione di un Sé grandioso. Nella tecnica analitica, viene suggerito un elevato livello di ascolto del contenuto del discorso maniacale (paragonato da Bollas al flusso delle libere associazioni). L'obiettivo dell'analista è rallentare l'eloquio del paziente, facendogli capire di essere ascoltato, per esempio riproponendogli più volte i temi che ha da poco trattato. Anche in questo caso la finalità è quella di entrare in un contatto profondo con il paziente.

Bollas sostiene che il trattamento analitico è possibile in tutti questi casi, accomunati da una particolare complessità. È rilevante che si parli di "caratteri" e non di strutture. Sappiamo che strutture di personalità ben categorizzabili attraverso tratti univoci sono sempre più rare nella pratica clinica, spesso prevalgono costellazioni complesse. Il merito di questo breve saggio è quello di delineare in modo sintetico ed efficace le differenze tra alcune peculiari strutturazioni. Non vengono misconosciute le difficoltà né i possibili insuccessi. L'analisi richiede tempi lunghi, particolare tolleranza alle difficoltà da parte dell'analista ed una specifica capacità di capire quando è il momento di introdurre movimenti interpretativi che possano far sì che il paziente entri in contatto con il proprio inconscio a fini trasformativi. Per ottenere ciò occorre che si crei una relazione di particolare vicinanza tra paziente ed analista, in altri termini che questi entri a far parte del mondo interno del paziente.