
Seminari

**TAVOLA ROTONDA SULLA
"PATOLOGIA BORDERLINE IN ADOLESCENZA"¹**

Il dott. F. Mancuso introduce il tema della tavola rotonda che, senza interventi preordinati, vuole essere un momento preliminare al Convegno Nazionale di Roma a cui è dedicato il presente numero della Rivista.

Il dott. Resta ricorda l'importante partecipazione del Nostro Istituto tra i relatori del Convegno. Una delle relazioni introduttive è presentata dal dott. Resta e dalla dott.ssa Alderighi. E' a questa relazione che Resta si riferisce nel suo primo intervento.

RESTA: Per preparare il nostro contributo, Alderighi ed io, abbiamo vagliato la letteratura americana che ruota intorno a Kernberg e a Masterson, quella inglese che ruota intorno a Fonagy, e quella italiana da Novelletto a Giannakoulas etc... Una cosa ci ha colpito: tutti gli autori riconducono la patologia border all'infanzia. Questo a nostro avviso è un malvezzo della psicoanalisi, che ancora una volta dimostra di non possedere una autentica psicologia dell'età evolutiva; perché possedere un'autentica psicologia dell'età evolutiva vuol dire riconoscere che l'evoluzione psichica non è predeterminata.

¹ Tavola Rotonda organizzata dall'Istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente (PsiBA) il 24.03.'98. Ringraziamo la Dott.ssa M. Norreri per la trascrizione.

Eccetto le gravi catastrofi, cioè le psicosi, che portano chiaramente ad un arresto dell'evoluzione, per quanto riguarda il resto bisogna avere il coraggio di rigettare quella eredità che la psicoanalisi si porta dietro dal positivismo: l'esistenza di una causalità lineare, a causa b, per cui sicuramente l'infanzia è alla base della successiva evoluzione psichica ma essere alla base non vuol dire essere causa di.... . Questo molti autori l'hanno intravisto, non è una nostra scoperta, Winnicott afferma che il fatto che l'adolescente abbia avuto un'infanzia tranquilla non lo mette al riparo da quelle che potranno essere crisi serie. Il concetto di crisi è stato annacquato, sembra che la crisi sia una c passeggiata..., che finirà bene. A mio avviso, invece, bisogna restituire alla crisi il concetto forte, per esempio come fa Racamier. La crisi è un processo imprevedibile, con un ingresso incerto e un'uscita altrettanto incerta, per cui bisogna riconoscere all'adolescenza la dignità di una fase a sé, cioè di una fase in cui tutto è ancora possibile, dove equilibri precari possono essere ribaltati ma anche che ragazzi che hanno avuto un'infanzia relativamente buona possono correre il rischio della follia; non necessariamente perché non hanno risolto la fase di riavvicinamento, o perché hanno, come dice Kernberg, una aggressività costituzionalmente troppo forte.

Certo è possibile che il cosiddetto sviluppo border in adolescenza sia la diretta prosecuzione di una infanzia malmessa o disastrosa ma non è detto che sia così, perché in adolescenza si fa sul serio, l'adolescenza non è la ricapitolazione dell'infanzia, non è la ripetizione dell'infanzia ma anzi è una fase cruciale della vita dove tutto è possibile, caratterizzata dal processo di separazione di cui parla la Mahler e che viene ripreso da Masterson, ma non perché questi adolescenti non l'abbiano superato nell'infanzia, ma perché nell'infanzia è più un gioco, nell'adolescenza si fa sul serio.

Se un bambino dice alla mamma o al papà "vi odio" i genitori possono ridere, se l'adolescente dice "vi odio" non ride nessuno, né l'adolescente né i genitori.

Lo stesso vale per il conflitto edipico in adolescenza, che non è solo una ripresa del conflitto edipico infantile, perché ora, come dice Winnicott, l'adolescente ha un apparato muscolare e sessuale del tutto adeguato ad esprimere sia le emozioni sessuali che quelle aggressive. Per cui sia il processo di separazione-individuazione sia il conflitto edipico vengono affrontati sul serio e spesso drammaticamente proprio in adolescenza. Un altro malvezzo, che è quello di individuare la madre sempre come la responsabile di queste catastrofi, invece nei

casi clinici sui quali stiamo lavorando risulta centrale la figura del padre, e non quella della madre, anche quella della madre ovviamente.

PANTI: Il gruppo che coordino sta preparando, per uno workshop del Congresso di Roma, una relazione che si basa sul lavoro dei Centri di Ascolto nelle Scuole Superiori.

Stiamo riflettendo sulla nostra esperienza di incontro con gli adolescenti e forse ci siamo dati un programma un po' ambizioso, perché abbiamo intenzione di fare più chiarezza su quella situazione - a nostro parere esistente - di parallelismo tra il funzionamento borderline e ciò che gli adolescenti al Centro di Ascolto ci presentano e che ci troviamo a condividere nell'incontro con loro: è ciò, come abbiamo già avuto modo di comunicare, che fa del nostro lavoro allo sportello un'esperienza drammatica e stimolante insieme.

Ci capita spesso di osservare, infatti, come ciò che viene attribuito ad un funzionamento borderline sia parallelo - quasi punto a punto, se non addirittura sovrapponibile - alla crisi adolescenziale tout-court.

Apro una parentesi: il Centro di Ascolto è stato organizzato per rivolgersi all'adolescente sano e, a parte qualche raro caso di patologia conclamata, abbiamo perlopiù incontrato ragazzi che - a vario titolo e con le più svariate modalità - erano nel mezzo della loro crisi adolescenziale, intesa anche nel senso a cui alludeva prima Resta.

Dato che l'incontro con i ragazzi nel Centro di Ascolto avviene in genere in un arco di tempo molto ristretto, l'affrontare la loro crisi adolescenziale ci ha messo nella condizione di dover trovare nuovi modi di entrare in contatto e di metterci sulla loro lunghezza d'onda, e spesso l'unico intervento possibile è stato il rispecchiamento, che in parecchi casi ha avuto risultati a dir poco sorprendenti.

E dato che spesso, come dicevo, ci siamo trovati di fronte a comportamenti che se da una parte potevano essere attribuibili ad un funzionamento borderline, dall'altra appartenevano alla comune esperienza di vita che gli adolescenti stavano attraversando, si fa sempre più plausibile l'ipotesi che il Centro di Ascolto, pur con i limiti che tutti conosciamo, costituisca un luogo psichico particolarmente adatto - non dico a risolvere - ma sicuramente ad incontrare ed a cominciare ad affrontare la sofferenza borderline.

Noi ci proponiamo di offrire maggiori elementi su questa situazione e magari la discussione di stasera ci può essere di aiuto.

MANCUSO: Ci sono delle cose che ha detto Resta che meriterebbero una riflessione per esempio delle cose di cui la psicoanalisi dovrebbe

sbarazzarsi. Io penso che ricondurre le cose all'infanzia non significa cercare la causa, ma definire, indicare, aiutare a storicizzare lo sviluppo di un individuo, che ciò che succede non è che dipenda da ciò che è già successo, ma ciò che succede si aggiunge a ciò che è già successo e lo ridefinisce, ma questo è un problema più vasto del tema di stasera. Mi avvicino di più alla disorganizzazione border, si parla di organizzazione ma io preferirei parlare di disorganizzazione, come modalità protettiva del sé o dell'io, io non ho molta esperienza di pazienti border, posso utilizzare il ricordo una sola paziente che potrei definire borderline la cui terapia dopo 7 anni è terminata o meglio abbiamo deciso di fermarci in queste settimane. E' una paziente di cui ho parlato alcuni anni fa e la necessità di parlarne testimonia la difficoltà che incontravo io, per esempio, mi telefonava la sera prima dicendomi che sarebbe arrivata un po' in anticipo per buttarsi dal balcone. In effetti arrivava in anticipo, io allora ero più libero e stavo lì in trepidazione non sapendo cosa avrebbe fatto, e lì ho imparato ancora di più la necessità di mantenere quelli che sono i parametri del setting, cosa che ha aiutato la paziente. Ne ha combinate altre ma insieme abbiamo trovato una modalità di comunicazione e di sviluppo della terapia e della sua persona.

Dico disorganizzazione perché nel parlare questi pazienti a me vengono in mente accanto ai parametri diagnostici di autori che Resta ha citato, dei parametri che potrei definire controtransferali, che mi possono aiutare in queste situazioni a individuare un certo tipo di patologia prevalente nella persona, posso dire che questi pazienti lasciano la sensazione di essere disorganizzati nel senso di ondeggiare da una posizione conflittuale ad una condizione depressiva, da atteggiamenti carenziali a manifestazioni più francamente psicotiche. Dico questo perché in queste settimane mi è venuto in mente di utilizzare una metafora che potrebbe aiutare qualcuno di voi come ha aiutato me, e che potrebbe essere utile anche per altri pazienti. Mi è venuto da pensare ad un gomitolo di filo in cui ci sono dei pezzi rotti, dei nodi aggrovigliati, sfilacciati e annodati. Stando con la paziente di cui parlavo, in certi momenti sentivo delle rotture di questo filo, e provavo ad avvicinarmi a queste rotture e la paziente si allontanava, vedevo delle situazioni aggrovigliate quindi conflittuali che potrebbero far pensare ad una organizzazione più nevrotica, ma anche qui quando io sentivo che potevo essere vicino alla comprensione della situazione conflittuale in quel momento la paziente si allontanava cioè mi toglieva la possibilità, e se vogliamo la

soddisfazione narcisistica, di essere riuscito a cogliere qualche cosa. In questo viatico di questi 7 anni in qualche modo sono riuscito a comprendere qualche cosa relativa all'importanza di mantenere quella disorganizzazione. Certo occorre che quella disorganizzazione venga mantenuta ma a livelli più accettabili sia dal punto di vista sociale che da un punto di vista personale. L'importanza protettiva di quella disorganizzazione, cioè di non farsi trovare, sta nel mantenere una distanza ottimale dall'oggetto per evitare la possibilità di essere completamente preso dall'oggetto, cioè lo stato di disorganizzazione dovrebbe proteggere da uno stato di "ordine" rappresentato dalla totale dipendenza dall'oggetto. Ora io non so a che epoca della vita questa cosa può essersi organizzata, posso avere le mie ipotesi, è certo che l'adolescenza rimette in moto tutte queste cose per le note caratteristiche dell'adolescenza. In queste condizioni diventava vitale per me e per la paziente riuscire a tenere a bada sia i miei entusiasmi di aver trovato l'elemento utile in quel momento a sciogliere quel nodo conflittuale, sia la necessità di avvicinarmi e soddisfare determinate esigenze più arcaiche della paziente. Il problema sembrava essere : come tenere a bada la mia tendenza a rimettere "ordine" dove c'era invece la possibilità di arrivare a d uno stato di disordine oserei dire ordinato, cioè compensato, bilanciato. Dunque, è importante raggiungere e tenere una situazione di distanza ottimale per permettere al paziente di mantenere la sua disorganizzazione ordinata. Concludo sottolineando un aspetto, quando noi parliamo di organizzazione border molto spesso viene da fare riferimento agli aspetti distruttivi, caratteriali e aggressivi del paziente, proviamo a pensare alla necessità protettiva di questa dislocazione a isole della struttura della personalità del giovane, e all'importanza di mantenersi nella condizione di non essere trovato e preso, anche con manifestazioni aggressive.

MASSA: Ho letto molti testi sui borderline e mi sembrava di avere capito. Mi rendo conto, però, che una delle cose che ho capito è che io ancora non sono in grado di fare diagnosi di borderline. Sono d'accordissimo con quello che diceva Mancuso e anch'io ho la mia metafora con gli adulti che suppongo border, è la metafora dell'eclissi. Io credo sia importantissimo che ogni tanto ci eclissiamo a vicenda e che ognuno di noi si ritiri e che proprio come le eclissi stiamo distanti e ci guardiamo e aspettiamo. Emerge, quindi, il problema del tempo, il problema della distanza, i problemi di mantenere un setting che sia

estremamente stabile e infine anche il problema dell'essere manipolati perché questi pazienti sono bravissimi in questo.

A me interesserebbe molto capire l'aspetto diagnostico, nel senso che io a questo punto ...io ho un criterio soggettivo che fa ridere ed è che quando io ho bisogno di fare i test quasi sempre mi ritornano con una diagnosi di borderline, io non so che cosa sia però effettivamente quando le cose sono poco chiare, quando ci sono questi perché, allora la mia diagnosi è fatta su questa necessità di avere un po' di chiarezza iniziale, ecco questo è quello che io ho capito.

RESTA: E' interessante quello che tu dici, anche a proposito del fattore test. Io che sono psicologo e per anni ho fatto una montagna di test, direi che il punto di vista che ora si sta chiarendo è partito da questo. Trent'anni fa, quando io ho cominciato a formarmi, il discorso della psicoanalisi era chiaro, se eravamo nel campo del narcisismo si trattava di un paziente psicotico, se emergeva il conflitto edipico era nevrotico, pulito chiaro, uno pigliava la teoria di Abraham sulle fasiio che ho cominciato a lavorare con i bambini e facevo il Rorschach, il Blacky, e vedevo fase orale, fase anale; allora non c'era ancora il border e si diceva prepsicotico, allora leggendo più a fondo Freud si vede che anche il buon Sigismondo si arrovellava sulla faccenda della diagnosi. Lui aveva un bel dire, la nevrosi isterica è quella dove non c'è regressione e il conflitto rimane a livello edipico ma c'è la rimozione; nell'ossessivo, invece, c'è la regressione a livello anale; alla fine concludeva bellamente che le nevrosi pure non esistono e dovevamo abituarci a trovare un po' dell'uno e un po' dell'altro. Dopo i recenti sviluppi sul narcisismo da Kohut, a Winnicott, a Kernberg la cosa si è complicata ulteriormente, Freud era convinto che il narcisismo dovesse tramontare a favore della relazione oggettuale e se ciò non avveniva, ci trovavamo nel campo della patologia; oggi dove troviamo un bambino, un adolescente o un adulto che non abbia accanto alla patologia della relazione d'oggetto anche quella narcisistica ? Allora il problema della diagnosi si complica. Sorge il sospetto che la diagnosi di "borderline" è una necessità della psicoanalisi che si basa su una metapsicologia non rigorosa ma rigida. Perché se io mi aspetto nel nevrotico la relazione d'oggetto, nello psicotico quella di tipo psicotico-narcisistica, poi mi trovo davanti la sofferenza, la vita, delle persone che hanno l'una e l'altra cosa faccio? Quando il paziente è più adattato è nevrotico quando è disadattato è psicotico, quando è uno che si barcamena in questa zona è border ma a

mio avviso il border è diventato una discarica ma io ritengo che noi dovremmo ripulire la discarica cioè restituire alla patologia psicotica quello che è psicotico, perché è inutile mettere le schizofrenie silenti o le preschizofrenie nei border, quelli sono psicotici. Un altro sospetto è che la diagnosi si fa ancora sui sintomi, e non sulla dinamica; border è quello che ha la sintomatologia più grave, ma la psicoanalisi non dovrebbe interessarsi troppo dei sintomi perché si dovrebbe dimostrare se è più grave il border che agisce, il ragazzo che si chiude in casa e fuma hascisc fino all'alba o il ragazzo, come quello che mi è capitato di seguire, che ha bruciato un barbone oppure il grave inibito o il depresso che però non da fastidio. Se la diagnosi la facciamo sull'eclatanza o sulla pericolosità del sintomo usciamo dalla psicoanalisi, perché Don Abbondio come diceva il Manzoni, non aveva possibilità di redenzione mentre l'Innominato sì, quindi bisogna vedere se gli adolescenti più adattati sono i più sani da un punto di vista strutturale. In definitiva bisogna scegliere se vogliamo fare una diagnosi strutturale e sui meccanismi di difesa oppure se vogliamo farla sulla pericolosità dei sintomi. Un altro sospetto è che lo stesso setting diventi un elemento diagnostico. Mi ha colpito molto una frase di Kernberg quando dice che non si capisce perché gli adolescenti non riescano ad accettare che l'analista gli può dare ciò che realisticamente si può avere. Ecco io trovo molto deprimente un concetto di questo genere, perché l'adolescente è quello che non accetta ciò che realisticamente gli si può dare perché se tutti quanti noi avessimo accettato dai nostri genitori quello che ci potevano dare forse saremmo rimasti all'età delle caverne e il progresso non ci sarebbe stato. Storicamente è stato proprio il setting che ha fatto scappare tanti psicoanalisti dagli adolescenti, non dobbiamo dimenticarci questo. E' da 5 anni che la psicoanalisi ha riscoperto gli adolescenti, 30 anni fa se si parlava a uno psicoanalista di prendere in terapia un adolescente diceva : "Dio ce ne scampi e liberi perché non rispettano il setting". A Milano negli anni '60 erano Senise e la Giaconia e quelli che lavorano con il Beccaria a occuparsi di adolescenti....: allora l'elemento diagnostico è la capacità del paziente di adattarsi al setting ? O non dovrebbe essere invece la tecnica psicoanalitica ad adeguarsi a quelle che sono le risorse; perché mi va benissimo il discorso che faceva Mancuso che l'infanzia sta alla base dell'età adulta sicuramente, ma in letteratura io non leggo questo; leggo che la struttura border viene ricondotta ad avere avuto quella madre, quel padre e così via; non è quindi un discorso di rete di significati e di relazioni di senso ci

mancherebbe altro, il problema è quello di accettare però, e questo la psicoanalisi fa fatica ad accettarlo, che nella vita non ci sono tappe ultimative salvo nelle psicosi, dove sembrerebbe che i giochi siano fatti, salvo smentite.. Nelle altre situazioni credo che dovremmo entrare in un'altra prospettiva in cui l'evoluzione psichica dell'individuo inizia quando si nasce, forse anche prima, e termina quando si muore. Ricordo una comunicazione personale di Senise che mi diceva come lui a 60 anni aveva acquisito importanti cambiamenti della sua personalità. La psicoanalisi deve entrare in questa prospettiva. La mia impressione è che criteri diagnostici specifici della patologia border in letteratura non esistono, per cui quando si arriva al dunque si fa ricorso ancora una volta all'aggressività costituzionale o ad una presunta debolezza dell'Io e questi non sono, a mio avviso, concetti psicologici ma economici, e come quando Freud diceva che l'esito dipende dalla quantità dell'energia.

PANTI: Visto che si parla della difficoltà di arrivare ad una diagnosi, anche a nome del gruppo che coordino, io rilancio con una domanda: "Guidare a fari spenti nella notte per vedere se poi è così difficile morire" come diceva Battisti, fa parte di un funzionamento borderline o di una crisi adolescenziale ?

ACCARDO: Io non so se riuscirò a rispondere a Panti. Sinceramente non è che mi trovi molto allineato con quanto è stato detto fino ad ora. Vorrei rappresentare, in un certo qual modo una voce critica. Innanzitutto ritengo che il concetto di "borderline", soprattutto a livello diagnostico, oltre che strutturale, abbia costituito una notevole scoperta psicoanalitica non costituendo una mera speculazione astratta. Ricordo che la diagnosi di struttura di personalità si fa essenzialmente analizzando il tipo di difese utilizzato e non tanto soffermandosi sui sintomi, contrariamente a quanto asserito da una certa parte della scuola francese e da Lacan secondo cui esisterebbero solo i nevrotici e gli psicotici, escludendo la zona "intermedia". Freud, in realtà, si trovò nella sua esperienza clinica a fare ben presto i conti con dei pazienti che non erano da considerare né completamente nevrotici né completamente psicotici, ma in grande parte si trovavano ad oscillare tra questi due poli. Gli stessi famosi casi clinici, come ad esempio : "Dora", "l'uomo dei lupi" e "l'uomo dei topi", presentavano delle strutture di personalità prepsicotica o preschizofrenica avente una propria specificità rispetto alla nevrosi e alla psicosi. Nella

Quaderno di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente (1999) Vol. 9, pp 7-23.

nevrosi sappiamo che il transfert riguarda l'oggetto in quanto unitario e che il principale meccanismo di difesa utilizzato è la rimozione. Negli psicotici troviamo sintomi conclamati quali il delirio e le allucinazioni che lasciano adito a pochi dubbi. L'importante contributo di autori come Kernberg, Masterson, Green, per certi aspetti, e gli esponenti della scuola inglese oltre ad altri, ha evidenziato nei soggetti borderline l'utilizzo massivo della identificazione proiettiva, responsabile di determinare un transfert "confusivo". A tale primario meccanismo se ne associano altri come: la scissione, la negazione, l'idealizzazione, la svalutazione onnipotente, ecc..., che costituirebbero in chiave strutturale e metapsicologica i "disturbi specifici dell'Io" secondo la definizione di Kernberg. Clinicamente ho potuto verificare tali aspetti. Oltre ai sopracitati "disturbi specifici dell'Io" si affiancano i "disturbi aspecifici dell'Io" quali: lo scarso controllo pulsionale, la scadente capacità sublimativa e soprattutto la presenza d'angoscia. Quest' ultima, indipendentemente che si tratti di adolescenti o di adulti, occuperebbe il ruolo principale in particolar modo come funzione destrutturante spesso associata ad un Super-io feroce e tirannico e ad un Io molto debole. In tale contesto sembrerebbe posizionarsi la condizione borderline fermo restando la mancata pretesa di possedere certezze ma solo la speranza, utilizzando questi parametri, di ottenere un migliore orientamento clinico diagnostico e teorico in tale difficile e complesso ambito. Infine appare importante il tipo particolare di controtransfert che suscitano tali pazienti, di natura "confusiva", differente da quello riscontrato con i pazienti psicotici e nevrotici anche se personalmente nutro diverse riserve a riguardo del concetto di "puro nevrotico".

Rispetto a chi mi ha preceduto mi sentirei di difendere una certa posizione deterministica nei confronti del concetto di "sviluppo umano". Pur non rifacendomi necessariamente al codice di maturazione epigenetica di Freud (fase orale, anale, fallica etc...), credo, innanzi tutto, che il lungo processo di separazione-individuazione partito dalla matrice indifferenziata della simbiosi per giungere alla costanza dell'oggetto come ha scoperto la Mahler ed il successivo superamento del complesso edipico, rappresentino l'inevitabile percorso cui è chiamato ogni essere umano ad intraprendere nel corso del suo divenire. Vorrei ricordare come nella condizione borderline apparirebbe alterato il processo di individuazione. Personalmente ritengo che ciò che è originario risulti essere anche fondante.

Se è vero che l'adolescenza costituisce un periodo particolare per le peculiarità in essa contenute è altrettanto vero che un'infanzia infelice segnata, ad esempio, dal rapporto traumatizzante e frustrante con una madre inadeguata potrà avere conseguenze inevitabilmente perniciose. Ognuno di noi rappresenta il prodotto dell'ambiente in cui è vissuto e sappiamo che il futuro bambino è presente nella testa dei genitori, soprattutto della madre, ancora prima di nascere.

Nella mia pratica professionale ho sempre potuto riscontrare la stretta correlazione esistente tra la patologia genitoriale e quella dei figli con la necessità di dovere spesso far seguire psicologicamente anche i genitori come condizione necessaria per non pregiudicare il trattamento del figlio. Attualmente sto seguendo un ragazzo di undici anni, nato dopo due aborti subiti dalla madre, che tuttora lo paragona, delusa, all'immagine ideale fantasmatica del bambino perduto al quinto mese di gravidanza. Non mi sono stupito se il ragazzo abbia avuto un crollo apparentemente improvviso in età adolescenziale. Credo, però, che tutti gli elementi patogeni fossero già presenti nella sua infanzia.

Rifacendomi ai concetti di "madre sufficientemente buona" di Winnicott e di "madre sufficientemente adeguata" di M. Mahler, ritengo un requisito essenziale il trascorrere una buona infanzia per essere in grado di affrontare positivamente le fisiologiche turbolenze della crisi adolescenziale.

MANCUSO: Abbiamo ora sufficienti elementi per dire qualcosa di più chiaro sulla diagnosi. Accardo opportunamente ha sottolineato gli elementi tipici della patologia borderline e, in fondo, ci ha ricordato la necessità di una approfondita e corretta diagnosi dinamica e strutturale e non solo sintomatologica, come aveva detto anche Resta. Nell'insieme degli interventi ascoltati finora mi sembra che emerga l'importanza di tenere in considerazione anche altri elementi per impostare un'ipotesi diagnostica. La storia del paziente, gli elementi sintomatologici e quelli derivati dalle indagini testali vanno integrati e messi nella condizione di poter essere arricchiti e ridefiniti da un altro elemento che è quello controtransferale e, più in generale, quello derivante dalla relazione terapeutica, tanto per intenderci.

MASSA: Vorrei dire qualche cosa sulla mia battuta : la diagnosi di border la faccio quando devo mandare qualcuno a fare i test perché in realtà non capisco. Per me è importantissimo all'inizio conoscere il

quadro, cioè come si sistemano queste difese, perché si rischia davvero di mettersi in una situazione iniziale che mi pare fondamentale con il paziente border. Io faccio ancora un'altra provocazione... un'altra cosa per la diagnosi è l'assenza di alcune caratteristiche, per esempio l'aspetto incestuale che c'è nelle psicosi credo che non si trovi nei border. Io mi occupo di giovani adulti border e, rispetto al problema dell'individuazione separazione, mi pare che quello che posso cogliere come dato è non tanto qualche cosa che si è interrotto, ma qualche cosa che si è dato alternativamente, per esempio genitori presenti-assenti, una continua esperienza di presenza e assenza e non solo della madre, ma della coppia genitoriale, quindi io ho l'impressione che c'è questo rimbalzare del bambino da una situazione di abbandono a una situazione di presa in carico che è questa esperienza che fa diventare borderline una persona; questa del rimbalzo è poi l'esperienza che si fa in terapia. Secondo me è uno degli elementi più importanti, poi non so ogni caso... forse ho già parlato di una paziente che dice che devo fare come Ulisse che si è attaccato al palo perché secondo me, questa è la rappresentazione che il paziente ha del terapeuta che devono stare fermissimi e cercare di assicurare una costanza dell'oggetto che altrimenti appare e scompare, questa è l'esperienza che faccio io. Quindi alcuni elementi che trovo costantemente sono l'assenza di un aspetto incestuale, mentre l'elemento simbiotico materno mi sembra sia da escludersi nei pazienti che vedo almeno mi pare che non sia frequente.

GARDINI: Il materiale su cui Emanuela Gallinari ed io stiamo riflettendo per il convegno di Roma è ancora molto magmatico e incerto ma credo che abbia a che fare in buona parte con le cose che ho sentito e con ciò che voglio dire. Questa sera ho sentito un "impatto" un po' borderline, nel senso che la sensazione che provo quando si discute sui borderline è proprio quella di una navigazione tra isole teoriche: più cultura meno cultura, più tradizione meno tradizione, più riferimento al controtransfert o meno; ma è come se tutte queste cose, e questa sera ne ho sentite tante tutte in sé interessanti, facessero molta fatica a organizzarsi e fossero un po' lo specchio, anche su un piano teorico, della fatica che ancora oggi si fa nel costruire un discorso, al di là che possa essere accettato o respinto, sul borderline. Come se ciascuno di noi fosse così preso dalla difficoltà e dal fascino di queste persone, dalle loro storie... Sono pazienti che ti tengono in ansia e che poi se ne vanno, che per tre volte

di fila ti sono insopportabili e poi la volta dopo li ami, che non sai se fargli la diagnostica "classica" o no...sono intriganti, c'è poco da fare. A parte questo, la mia sensazione è che sia difficile persino scegliere il proprio punto di riferimento (che poi tutti alla fine abbiamo).

Allora, questo mi riporta a ciò su cui stiamo lavorando io ed Emanuela: in particolare alla confusione che questi personaggi sin da piccoli vivono nelle relazioni familiari; per esempio, mi è capitato di vedere figli, maschi o femmine, nati dopo la morte di un fratellino proprio in sostituzione di quest'ultimo: nella loro vicenda balza agli occhi come la loro identità non esista nella mente della madre in quanto sono confusi con il fratellino morto e loro stessi si vivano così, senza rendersene conto, sin da piccoli. La confusione che esiste nella coppia genitoriale rispetto alle funzioni materne e paterne e anche la grossa confusione fra attività e passività si ritrovano spesso nei borderline, in cui l'elemento confusione è a mia parere molto forte.

Ma non vorrei anch'io fare delle "isole"...Vorrei dire però che questo elemento della confusione mi sembra determinante, in quanto tutto sommato ci riporta al fatto che questa persona non può che contenere dentro di sé tante isole e non ha i collegamenti fra di esse. Avrete capito che mi piace molto il discorso di Mancuso, questa immagine delle "isole", perché secondo me, rispetto al risultato della terapia, il problema è sì quello di riuscire a lasciare le isole ma soprattutto quello di creare dei collegamenti, un servizio di ferry-boat tra queste isole, ma in modo tale che questi collegamenti possano essere i "propri" e non quelli che il terapeuta, ripetendo il modello parentale, gli mette dentro.

Questo solleva il problema della "giusta distanza" in terapia: secondo me questa ha a che fare, anche se non è solo questo, con il dare alla persona la possibilità di non essere oggetto delle intrusioni del terapeuta. Il borderline non conosce la giusta distanza: l'obiettivo della terapia è quindi, oltre alla costruzione del proprio sistema di collegamento, anche quello di imparare a conoscere la distanza tra queste isole, e questo è possibile, ma si può apprendere solo nell'esperienza della relazione terapeutica. Mi fermo qui.

MANCUSO: La Gardini è riuscita a collegare con i suoi ponti le varie posizioni perché, in fondo, sulla clinica riusciamo a trovare degli accordi. Quello che diceva la Massa a proposito dell'incestuale mi faceva venire in mente e mi riferisco ancora a questa mia paziente, alla sua infanzia, un po' quello che dice Racamier a proposito

dell'incestuale e dell'incestuoso. In effetti questi pazienti lasciano la sensazione che c'è un elemento incestuale non incestuoso, cioè c'è un'aria, come dice Racamier, si respira aria di incesto ma non c'è incesto. Ciò che questa ragazza viveva nella sua relazione con il padre era la confusione, la sovrapposizione di situazioni non vissute nella sua relazione con la madre con quelle più relative alle vicende edipiche, era questo il dramma in cui era lei. L'aspetto difficile per me era quando mi sottoponeva dei sogni delle comunicazioni che avevano l'aria di una relazione più di tipo nevrotico ma, appena mi avvicinavo pensando di sbrogliare qualche nodo conflittuale sentivo che c'era una rottura del filo, come dire che bisognava che io mi fermassi prima di sgrovigliare tutto il nodo perché lì non c'era un nodo ma c'era una sfilacciatura, una rottura... allora a continuare avrei sicuramente scoperto qualcosa che il padre riusciva a coprire, ma che era da addebitare ad altra figura (per esempio le sue esigenze simbiotiche). In effetti, era importante per lei mantenere la sua dimensione di relazione confusa con il padre, e profittare di questa relazione perché il padre copriva alcune carenze che aveva vissuto nella sua relazione con la madre. Madre che era assolutamente presa dalla relazione con il figlio maschio secondogenito afflitto da una gravissima malattia mortale ...tutto sommato le aree nevrotiche e psicotiche si sovrappongono in questi pazienti e ci danno l'impressione di essere vicini a qualcosa e la cosa più importante è poterla mantenere a un livello di comunicazione con altri aspetti di sé ma senza piombarci addosso e prenderli.

MASSA: Così, andando avanti a ruota libera, secondo te il pericolo è il corto circuito avvicinandosi a queste aree a questo nodo sfilacciato? perché l'impressione mia è che questa rincorsa che noi facciamo...la Gardini ha dato questa immagine bellissima di questi ponti tra le isole. Io mi immaginavo di corsa su una barchettina in cerca di arrivare alle isole mentre il paziente corre di più da un'isola all'altra; in un certo senso è come dire che qualche volta l'imperizia nostra, la volontà di essere dei bravi terapeuti, di andare, di fare una buona interpretazione ci porta a far cortocircuitare in qualche modo il paziente, p.es. spingendolo nell'agito, poi questo qua va in un'altra isola e tu di corsa... no? che è un po' l'esperienza di questi pazienti che si perdono. Credo che ognuno di noi ha delle esperienze molto tristi il paziente che si perde e ricompare dove è stato ? su che isola? io ho questa impressione che il pericolo è proprio il cortocircuito.

MANCUSO: Sono anch'io convinto dell'esistenza di queste possibilità: cortocircuito, scompenso, agiti vari, comprese le interruzioni della terapia. Per quel poco che ne so, io penso che tutto ciò non sia la regola. Io ora sono portato a pensare che queste persone sono abituate a sopportare ben altro che una nostra interpretazione errata o una nostra temporanea imperizia.

Il problema è semmai tecnico e relazionale. In quei momenti, e spero che riusciamo ad accorgercene prima possibile, il paziente è su un altro isolotto, come dici tu, a proteggersi. Noi crediamo che egli sia lì ad ascoltarci, ma è altrove.

RESTA: Mi chiedo sempre se in effetti forse noi terapeuti non facciamo un po' fatica controtransferalmente a mantenere o a vivere la simultaneità, in molti pazienti direi in tutti, tra relazione narcisistica e relazione oggettuale. Direi di più, che nei pazienti, aristotelicamente, l'aspetto narcisistico è la forma e la relazione oggettuale è il contenuto. Certo, nelle situazioni che definiamo nevrotiche, i confini ci sono, magari un po' diroccati, ma ci sono; in alcune manca un pilastrino, in altre manca un ponte. C'è da dire, però, che il ponte manca non necessariamente perché la mamma non l'ha fatto, alcune volte sì, ma in altre è il paziente che l'ha fatto saltare per aria, come avviene in adolescenza, perché deve andare dall'altra parte e non si accorge che magari ha messo una carica troppo grossa di dinamite. Poi ha bisogno di ricostruire e ha bisogno di qualcuno che lo aiuti. Io sento, sia in letteratura che nei discorsi, la fatica a mettere insieme le due isole che noi chiamiamo relazione narcisistica e relazione oggettuale, perché storicamente sono state attribuite una patologia psicotica e l'altra a quella nevrotica. La ricerca in psicoanalisi ha smontato questa convinzione che però a mio avviso continua a permanere. Noi parliamo ancora di madre e di padre rispetto ai ruoli biologici, mentre credo che per la paziente di cui parlava Mancuso, ma anche per altri, il problema sia di una funzione materna o paterna che svolgono entrambi i genitori e, quindi, anche il padre; invece noi spesso facciamo riferimento alla madre come al seno...la Dott.ssa Sorrentino ce l'ha spiegato molto bene, ci sarà anche la madre psicotica ma bisogna chiedersi perché quel padre ha sposato quella donna psicotica, qualche peccatuccio da scontare ce l'avrà avuto anche lui, oppure perché ci sta ancora insieme e viceversa. Tutto ciò rende non sempre agevole in seduta trovare quale sia la distanza ottimale dal paziente : se tu senti che la relazione è oggettuale ti verrebbe da lasciare andare avanti il

paziente, ma poi ti accorgi che quello è preso dal panico; viceversa in altre situazioni ti sembra che la relazione narcisistica sia più di tipo simbiotico, pensi che il paziente vuole che tu ti avvicini ma quando tu ti avvicini lui ha paura di essere risucchiato, e allora tira fuori l'aggressività. A proposito dell'aggressività poi, non è come dice Kernberg un problema di la distruttività ma, anzi spesso è la forza che ha compattato il sé e gli ha permesso di non andare in pezzi. In psicoterapia era sicuramente più facile quando pensavamo in termini o di relazione oggettuale o narcisistica. Io, in effetti, non ho mai visto queste situazioni pure, sia nei bambini che negli adolescenti o negli adulti, eccetto che negli psicotici; perlopiù ho trovato e-e ma non o-o, in tutte le miscele possibili. Dovremmo, forse, prendere in prestito dalla statistica la curva gaussiana: se la riportiamo nel rapporto tra relazione oggettuale e narcisistica troveremo poche persone in cui c'è solo la relazione narcisistica, poche in cui c'è un rapporto ottimale, la genitalità tanto per intenderci, e invece abbiamo la stragrande maggioranza di persone che si rivolgono che presenta diverse miscele di difficoltà sia nella relazione narcisistica che in quella oggettuale. Tutto ciò rende fluido il mondo psichico, a maggior ragione nell'adolescenza, che per definizione è il momento in cui la personalità dovrebbe trovare un assetto più stabile.

MANCUSO: Una sola parola sulle funzioni. D'accordissimo, la funzione paterna e materna, ma esiste anche una differenza dei sessi non dimentichiamolo. Cioè una bambinetta che, come questa paziente, chiaramente profitta della funzione paterna-materna offertale da questo padre; nel suo crescere profitta anche dell'investimento narcisistico che questo padre fa su di lei. Col crescere incontra anche la differenza dei sessi e quindi ciò che le faceva piacere ricevere come funzione materna anche dal padre, arrivata a un certo punto, deve fare i conti anche con la differenza dei sessi e con la condizione edipica e quindi ciò che era simbiotico e che ora diventa incestuale; in altri termini la sua condizione di profittare di una relazione che il padre le offriva per compensare altre carenze assume altri significati, in base ad uno dei principi su cui si fonda la teoria psicoanalitica: cioè quello della serie complementare e quello dell'après-coup. Come dire che qualcosa che matura in quel momento dà senso e si inserisce su una serie preesistente e dà nuovo senso a quella dinamica relazionale. Ecco che quella ragazza ora vive come potenzialmente incestuale una relazione con il padre che era compensazione di una situazione di altro

genere... ma la confusione probabilmente non ce l'ha ragazza di per sé, ce l'ha il fatto che si sommano queste due componenti senza possibilità di elaborazione, di chiarimento appunto tra e figure genitoriali questo, però, mi porterebbe a considerare la disorganizzazione esistente nelle figure parentali, ma è un altro discorso.

ACCARDO: A proposito della confusione io ho personalmente riscontrato che tale condizione è facile sperimentala con i soggetti borderline. Essa verrebbe proiettata nel terapeuta spesso con l'intenzione anche di confonderlo. Concordo nel considerare rarissimo in questo soggetti l'agito incestuoso tipico invece dei soggetti a struttura schizofrenica della personalità. Ciò, invece, che sembra particolarmente colpire di essi è, spesso, una intensa ipertrofica e drammatica angoscia di castrazione che rimanderebbe, però in modo sovradeterminato, ad angosce più arcaiche come quelle di annientamento o quella di separazione. Rammento che lo stesso Freud trattando l'angoscia aveva toccato il tema del distacco e della perdita.

La frustrante relazione primaria della fase simbiotica può determinare una acuta conflittualità ed ambivalenza nel desiderio di rivivere un correttivo rapporto fusionale. Ma ciò può suscitare il timore di esserne "ringhiottito" ed in questa nuova ottica, ben diversa rispetto all'interpretazione di natura erotica data da Freud, si possono inquadrare diversamente i sintomi di claustrofobia e di agorafobia talora presenti in questi soggetti.

Infine, menzionando una delle componenti fondamentali di questa sindrome e cioè il narcisismo patologico, si evince come esso possa esprimersi sia a livello manifesto (Sé grandioso megalomane), sia a livello inconscio in maniera scissa o rimossa. Certi aspetti del transfert appaiono di natura speculare e gemellare. Il tipo di narcisismo che ne deriva appare distante dal concetto anogettuale di narcisismo primario di Freud criticato dalla Klein per la quale l'Io fin dalle sue origini sarebbe sempre in contatto con gli oggetti. Rammento le parole di Winnicott "Non ha senso parlare di un bambino se non associato alle cure materne".

LESCOVELLI: Si è parlato delle difficoltà di fare diagnosi di borderline ma non si è parlato del border in adolescenza. Allora mi sembra di avere capito che non possiamo fare diagnosi di borderline in adolescenti perché è una struttura in evoluzione; quella

dell'adolescente è una crisi normale che presenta una serie di elementi anche preoccupanti; in certi casi con un aiuto la crisi ha un'evoluzione favorevole, ma anche senza aiuto, cosa che avviene nei casi di crisi adolescenziale normale, contenuta semplice non patologica. Quindi ci sono degli elementi in alcune crisi adolescenziali che possono far pensare ad un'evoluzione border ma la strutturazione border si vedrà solo in adulti credo.

CASTELLI: Nelle discussioni di gruppo, in preparazione del convegno, avevamo iniziato a discutere attorno alla diagnosi di borderline e ciò che emergeva era che un conto è una struttura border, che di solito è riferita all'adolescente o al bambino, in quanto in evoluzione, altra cosa è il funzionamento border di cui si può parlare per alcuni adolescenti ma da differenziare da una crisi acuta adolescenziale acuta. Qui si entra in termini strettamente diagnostici di valutazione di personalità più complessi. Quindi non tanto struttura ma funzionamento che non è detto che non possa evolvere in una struttura border riferita a un adolescente che diventerà un adulto border. Tale funzionamento, attraverso una psicoterapia, non necessariamente comporta un arrivo ad una struttura propriamente borderline

MANCUSO: Con queste parole di maggiore approfondimento e differenziazione oltre che di speranza siamo costretti a terminare questa interessante serata. Siamo riusciti a toccare i più importanti temi oggi in discussione per ciò che concerne la patologia di cui ci siamo occupati. In rapida sintesi, per quello che ho potuto annotare, mi sembra che abbiamo discusso delle difficoltà nel definire fin da subito una diagnosi e della necessità di integrare i dati, compresi quelli emergenti nel terapeuta. Abbiamo sottolineato alcuni elementi importanti nel costruire una relazione terapeutica e alcune difficoltà di navigazione non solo tra le isole della personalità del paziente, ma anche tra le differenti modalità relazionali oggettuali e narcisistiche. Molti sono gli interrogativi che restano e che forse sono stati suscitati dalla nostra discussione. Tutti questi temi speriamo troveranno un maggiore approfondimento nel prossimo convegno.