

*Atti del Seminario di studio*  
*“La sfida alla psicoanalisi del paziente borderline”*  
*Roma 16 giugno 1992*  
*C.N.R. V.le K. Marx, 15*

**Daniela De Robertis**

Ricerca Psicoanalitica, 1993, Anno IV, n. 1, pp. 7-19.

## **Al di là delle nevrosi**

### **SOMMARIO**

Il modello freudiano è affetto da una biforcazione clinica, dal momento che accetta le manifestazioni psicopatologiche iscrivibili nell'ordine nevrotico e rifiuta tutto ciò che in esso non trova collocazione.

Diversa la posizione dei revisionismi successivi che, aprendosi all'“al di là delle nevrosi”, hanno incontrato le nuove sindromi. L'A. però confuta la considerazione che esistano “nuove sindromi” e che le nevrosi siano sempre più obsolete; piuttosto ritiene che esistano oggi nuovi modi per leggere la sintomatologia.

In questo senso i quadri borderline e la mancanza di chiarezza che l'investigazione continua a proporre su di essi, sono una testimonianza non della difficoltà di decifrare una nuova e sfuggente sindrome, ma della complessità in cui s'imbatta la ricerca nell'individuare un'inedita Weltanschauung di decifrazione della psicopatologia.

### **SUMMARY**

#### **Beyond neurosis**

The Freudian model suffers from a clinical divergence, since it accepts psychopathological symptoms which are connected with the neurotic order, but refuses anything which does not take place in that range.

Following revisionisms adopted a different position: they opened themselves beyond neurosis and they met the new syndromes.

On the other hand the Author refutes the existence of “the new syndromes” and she also denies the increasing dearth of neurosis; she rather believes that nowadays new methods are in effect, just in order to construe symptomatology as a whole.

In this sense, the borderline case and the confusion that research still shows about it can not be the symptoms of a problematic decifration around a new and runaway syndrome; infact present difficulties are clear signs of the complexity which research has to face with, when it tries to work out a new decifrating Weltanschauung for psychopathology.

-----

Non è tra i miei progetti diffondermi su chi è il borderline, che fa e come si cura; piuttosto su ciò che l'incontro con questa sindrome ha rappresentato all'interno della ricerca psicoanalitica sul disagio psichico. Questa prospettiva mi è parsa la via migliore per una presentazione preliminare della figura del borderline, tale da funzionare da cerniera alle tematiche che le successive relazioni affronteranno.

Nonostante la psicoanalisi agli esordi, negli anni '90, muova i passi da una nevrosi d'elezione, l'isteria, non vi è traccia di un "al di là delle nevrosi", ovvero di un'area psicopatologica che, situandosi oltre il bordo delle nevrosi, risulta purtuttavia intoccabile ed ineffabile.

Alle origini la curiosità freudiana non diserta nessun risvolto dell'oggetto psicopatologico: ne sono testimonianza la "Minuta G" e la "Minuta H", teatro della melanconia e della paranoia.

Poi, non appena il modello precisa i contorni teorici e affina le misure terapeutiche delle psiconevrosi, cala il sipario sulle psicosi.

Il silenzio si prolunga per anni, poi nel '10, anche per sollecitazione di Jung, la psicosi ritorna e si staglia in quel magistrale saggio-ritratto che è lo "Schreber".

Da allora in poi la psicoanalisi si porrà come un elastico nei confronti di ciò che non è assimilabile alla categoria delle nevrosi: accettando nella cornice teorica e rifiutando nella prassi l'ingresso all'ordine psicotico.

Così, di lì a poco, sarà di nuovo Jung a costringere Freud a rifamiliarizzarsi con la problematica delle psicosi.

Siamo nel '14, tuttavia in quel frangente maneggiare queste difficili sindromi non esprime la diretta dedizione di Freud allo psicotico, quanto l'affezione alla sua teoria, messa in scacco proprio dal meccanismo psicotico.

Di fatto nello "Schreber" Freud aveva collegato il distacco dalla realtà al ritiro della libido da parte del malato, ma, ingiungeva Jung, il solo disinvestimento libidico non è sufficiente a spiegare il totale distacco del paziente psicotico dal mondo esterno.

La conclusione di Jung veniva a minare la credibilità scientifica della spiegazione freudiana. Freud rischiava grosso: se la teoria della libido non risultava dar ragione delle psicosi, ma al massimo era funzionale solo per le psiconevrosi, essa franava da modello generale della psicopatologia a semplice spiegazione di una costellazione nosografica. -

Per entrambi i contendenti alla base della diatriba non pare cogliersi l'interesse per le affezioni più gravi, quanto la querelle teorica sulla centralità del paradigma libidico. Sta di fatto che proprio per replicare a Jung e riabilitare la teoria, "Introduzione al narcisismo" forniva la spiegazione metapsicologica delle psicosi, legando l'esito psicotico, differenzialmente rispetto al decorso nevrotico, all'Io e al narcisismo.

Poi di nuovo il silenzio, rotto dopo il '20 a seguito della revisione strutturale. La ripresa del filo delle psicosi si snoda ora sull'urgenza di riconiugare ex novo follia e strutture nel revisionato scenario teorico. In questo momento l'etiogenesi delle psiconevrosi narcisistiche (melanconia) e delle psicosi - spazio dell'al di là delle nevrosi già in precedenza così ripartito (S. Freud, 1915-17) - viene iscritta, a seguito della nuova articolazione strutturale, nel primo caso al conflitto tra Io e Super-Io, e nel secondo al conflitto tra Io e realtà esterna (S. Freud, 1923 e 1924; cfr. anche 1915-17).

Ma anche in tali casi sempre di una spiegazione metapsicologica si tratta, che non illumina l'approccio operativo alle sindromi più pesanti in linea con quanto lo stesso Freud ebbe a lamentare: "Ritengo che l'analisi dei vari meccanismi mediante i quali nelle psicosi si attua il distacco dalla realtà, sia un compito che finora non è stato preso in attenta considerazione" (S. Freud, 1924, p. 42).

L'altra, la spiegazione clinica, ossia la chiave di accesso all'intervento, tarderà ad arrivare, anzi non arriverà mai.

Il fatto è che Freud in cuor suo - come tramanda Weiss - respingeva la trattabilità dello psicotico, non mostrando "simpatia, né interesse scientifico per i caratteri disonesti e immorali" e, "mentre dava prova di grande acume per i disturbi psiconevrotici nei procedimenti psicoterapeutici per la cura delle diverse forme di nevrosi,(...) si rifiutava di addentrarsi nelle consultazioni riguardanti casi delle diverse psicosi" (P. Weiss, 1976, p. 8).

Ed è qui che si origina la biforcazione clinica della psicoanalisi. Vale la pena esaminarla.

Freud è il primo a denunciare l'ignoranza della psichiatria di fronte alle produzioni psicotiche e, interrogandosi se la psicoanalisi può fare di più, risponde affermativamente, ma con una pregiudiziale: "... possiamo comprendere che cosa è avvenuto nel malato, ma non abbiamo alcun mezzo per farlo comprendere all'ammalato stesso." (S. Freud, 1915-17, p. 418).

La psicoanalisi dunque può penetrare nel meccanismo di questi sintomi, tuttavia "... contro queste sofferenze è altrettanto impotente quanto ogni altra terapia." (ibid.).

Perciò, secondo Freud, la psicoanalisi, benché consenta "... per la prima volta nella storia della medicina di formarci un concetto sull'origine e sul meccanismo delle psicosi, (...) nelle forme più gravi di malattia mentale non ha effetti terapeutici." (S. Freud, 1913, p. 249).

Il quadro non è allegro: come tra Sparta e Atene, se la psichiatria non capisce, la psicoanalisi non agisce. Al contrario delle psiconevrosi, prototipi accessibili in cui "il passaggio da una migliore comprensione al potere terapeutico è oggettivamente avvenuto" (S. Freud, 1915-17 p. 419), prende storicamente corpo una larga fetta della psicopatologia tagliata fuori non dall'intelligibilità dell'approccio, ma dalla gestibilità della cura.

Per Freud questa inaccessibile utenza si precisa per una carenza di investimenti oggettuali che si traducono clinicamente nel vuoto del transfert. Il transfert impossibile mette fuori uso la centralità dell'analista come luogo investito, capace di riattivare l'amore e l'odio infantili e le difese corrispondenti. In questi casi accade allora che non si verifichi una nevrosi di traslazione o, qualora compaia in qualche modo, non abbia a che fare con la causa a monte della malattia.

A ben vedere è proprio la spiegazione metapsicologica la responsabile d'aver sbattuto le porte del setting in faccia all'ammalato grave. Secondo il canone freudiano, il narcisismo secondario, da cui il paziente grave è affetto, chiude il soggetto nella cinta di un "autismo" refrattario all'incontro terapeutico. In ultima analisi il "viraggio eccessivo nella direzione del narcisismo" (Gedo) è l'artefice del transfert impossibile.

Fin qui, seguendo l'implicita argomentazione freudiana, se per le patologie più gravi "il materiale umano ci volta le spalle" (Freud), creando una situazione per la quale la teoria capisce, ma la terapia non interviene, non si tratta di un deficit della teoria, inabile a spiegare, bensì di un limite del paziente, incapace di traslare. In tal modo, al di là e nonostante le patologie inaccessibili, la psicoanalisi è salva.

Nel nostro attuale modo di fare scienza il criterio di confronto e di verifica circa la validità e affidabilità degli enunciati, non è la teoria consacrata, anzi, al contrario, è obbligo affrancarsi da tali sudditanze.

Ma già in tempi più remoti l'interesse di molti non si concentrò sulla salvezza della teoria, ma sulla volontà di estendere al di là delle nevrosi il potenziale curativo della psicoanalisi.

Negli anni venti, Ferenczy in prima linea, poi la Klein e in tempi a noi più prossimi la scuola inglese e nordamericana delle relazioni oggettuali, si sono mossi in questa direzione. Del resto fin dagli anni '30 Sullivan, benché in uno spazio psichiatrico, con il suo modello interpersonale nel transfert, introduceva nella compagine della terapia tutte le gamme del disturbo grave, psicosi comprese. Ugualmente, nell'immediato dopoguerra, Alexander, prontamente colto in odore di eresia dai tribunali psicoanalitici, si accingeva a maneggiare, armato della sua esperienza emozionale correttiva", tutto ciò che nevrosi non era.

Più tardi, in casa psicoanalitica, il prezzo pagato per l'estensione del diritto alla cura, fu non solo un'ingente revisione teorica, ma anche una massiccia modificazione dell'intervento: infatti quando alla buon'ora si legittimò l'accesso alla terapia dei disturbi gravi, fu necessario reintrodurre l'abiurato concetto di "relazione".

L'investimento, o per meglio dire il suo corrispettivo riveduto e corretto, cioè la relazione oggettuale, usciva riaffermata come patrimonio inalienabile anche per le patologie più pesanti. Così, non solo veniva disertata la posizione classica, ma ne veniva ribaltato il senso, cogliendo nell'etiopatogenesi del disturbo grave non più un'assenza di investimenti oggettuali, quanto una difettualità nell'interazione con l'esterno.

Parallelamente, sul fronte clinico, questa difettualità di interazione induceva ad assumere come unità del lavoro terapeutico la relazione con l'oggetto, estesa a tutto lo spettro psicopatologico, psicosi in prima linea, e a rivalutare, come asse portante del setting dei quadri gravi, non solo le esperienze di transfert, ma anche e soprattutto i vissuti del controtransfert (cfr. H. Searls, W. Meissner), ricondotti entrambi entro i contorni della relazione.

Aver allungato il tiro dell'intervento psicoanalitico anche alla frangia "al di là delle nevrosi", grazie alla riabilitazione del concetto di relazione, produsse un'inevitabile filiazione. Dal tronco della psicoanalisi sbucò una ramificazione che, pur mantenendo retaggio e stampo psicoanalitico, conteneva parametri marcatamente revisionati rispetto al modello freudiano, nella misura in cui quest'ultimo aveva dichiarato forfait alle follie meno addomesticate o addomesticabili.

Nacque così la psicoterapia psicoanalitica che, originatasi come intervento d'elezione per le sindromi assai più gravi delle nevrosi, ne proponeva una lettura teorica inedita rispetto a quella freudiana, profilando un metodo rivoluzionario e lavorando con un setting ritoccato: accanto al lettino trovò posto anche la poltrona, allocamento più idoneo a limitare la tendenza ad eccessive regressioni. Parimenti, sempre in ottemperanza alla distinta configurazione della patologia, accanto alle cinque sedute canoniche, si poteva contemplare una contrazione del numero delle sedute settimanali, oscillanti da due a tre.

Ma oltre al profilo del setting rivisitato, ciò che s'imponeva risultava il metodo che a poco a poco prendeva le distanze dal codice classico dell'analisi del transfert e delle difese e dallo schema teorico delle psiconevrosi fondato sul binomio sessualità-difesa.

Gradualmente alle vicissitudini impersonali della pulsione si andò sostituendo un referente più personalizzato, l'Io, un'organizzazione stabile, dotata di livelli di funzionamento e gradi d'integrazione e, più tardi, con il suo patrimonio di rappresentazioni del Sé e dell'altro.

Ora l'attenzione dell'intervento faceva leva sull'Io, vero protagonista, artefice di ogni riforma. Infatti l'affiancarsi della giovane psicoterapia psicoanalitica alla veterana psicoanalisi, fu reso teoricamente fattibile proprio dagli apporti della Psicologia dell'Io all'ottica strutturale, i quali privilegiarono alla centralità della pulsione e suoi derivati, la priorità delle funzioni egoiche e dell'arca dell'Io. La manovra consentiva alla strumentazione terapeutica, in una prima fase storica, di calibrarsi sulle condizioni dell'Io del soggetto, quindi, in una fase più recente, di modellarsi sullo status del Sé del paziente.

Esperienza nevralgica di quegli anni fu imparare a coniugare, non senza fatica, la messa in connessione di tre variabili: l'Io, le sindromi gravi e la trattabilità di esse. Ma ancor di più l'aprirsi dello strumento psicoanalitico "al di là delle nevrosi", a prescindere dall'ampliamento del potenziale terapeutico e dal diritto ad essere curati senza privilegi, rappresentò una salutare medicina, e non solo perché imponeva novità e superava chiusure, ma in quanto sovversiva il rapporto tra terapia e tipologie cliniche.

Intendo dire che da questo momento in poi non furono più i pazienti a dover essere selezionati per passare al vaglio dell'ammissione alla tecnica; era piuttosto la tecnica a doversi commisurare con le diverse sindromi. Finalmente il paziente risultava la variabile indipendente di tutte le procedure.

È interessante interrogarsi su cosa si sia prodotto nel momento **in cui** il paziente è stato riconosciuto in questo rango. Partiamo da una prima considerazione.

Che Freud avesse avuto in trattamento solo casi nevrotici non'è del tutto esatto; magari avrà creduto di trattare simili sindromi, a dispetto del fatto che i personaggi delle sue "cases stories" sono quanto mai clinicamente variegati. Dalla signora Emmy, a Dora, all'Uomo dei lupi, non tutti rispettano i canoni del perfetto nevrotico. E c'è chi si spinge ancora oltre, denunciando quanto al giorno d'oggi stia diventando difficile trovare dei "buoni" pazienti per i quali sia appropriata la tecnica classica (Holt).

Queste ultime considerazioni inducono a rettificare il concetto di nuove sindromi. Il fatto è che, a parte i casi di psicosi più o meno conclamate, per un lungo periodo gran parte della sintomatologia grave, spesso

scambiata per nevrosi, era ugualmente inclusa nel trattamento. Dunque le “nuove” sindromi forse non sono poi tanto nuove, senz'altro nuovi sono gli occhi per vederle.

Di fatto, finché la psicoanalisi con la sua tecnica classica deteneva la posizione di variabile indipendente, il paziente o ne veniva schizzato fuori o infilato dentro, più o meno maldestramente, stravolgendone i contorni per adattarlo alla griglia di lettura delle psiconevrosi.

C'è motivo di sospettare che il largo ventaglio, che va dai disturbi narcisistici della personalità e del comportamento alle sindromi marginali, non sia il prodotto dei “tempi moderni”, piuttosto s'affaccia l'idea che la percezione e i tentativi di decifrazione di questi ultimi quadri patologici si siano potuti verificare a condizione che l'approccio psicoanalitico fosse disposto a coglierne l'esistenza.

Ma c'è dell'altro.

Senz'altro la cesura tra nevrosi e psicosi che la psicoanalisi ereditò dalla psichiatria, stava a testimoniare la linea di demarcazione che, divaricando normalità e follia, dava l'illusione di controllare differenze, decorsi e destini.

Storicamente l'ingresso delle nuove sindromi significò frantumare il rigido spartiacque tra nevrosi e psicosi.

Ormai le nuove sindromi, posizionandosi a cavallo, al margine o al limite dei due blocchi, ne rappresentavano anche l'implicito collegamento. Tutto ciò stava a provare che, a dispetto delle false concezioni a motivo di controllo, la scala del disagio psichico risultava essere senza soluzione di continuità e che la dicotomia nosografica, utile a non contaminare il sano con il malato, oltre a non rispondere alla realtà dei fatti, contraeva scarsa efficacia operativa.

Ci vollero circa cinquant'anni di apprendistato psicoterapeutico perché la generazione psicoanalitica fosse pronta a riconoscere questa diversa realtà e si sentisse capace di sottrarsi all'aut-aut “nevrosi sì - psicosi no”, dotandosi così di una strumentazione più raffinata nell'apprezzare le varie forme del disagio psichico e nell'intervenire sull'unicità della sofferenza.

È a questo punto, non a caso, che tra le nuove sindromi la comunità scientifica “scopre” il borderline e, a sua volta, il borderline si affaccia all'incontro terapeutico.

Ripercorriamone la storia.

Fino ad una certa data nella storia della clinica colui che con motivazione autonoma era in grado di accedere con le proprie gambe allo studio del terapeuta, esente da rimarcabili deficit nell'esame di realtà, poteva essere facilmente incluso nella categoria del clinicamente “operazionalizzabile”, nella lista dei malati della normalità.

Però ancor prima degli anni '50 qualcuno cominciò ad accorgersi che a trattamento iniziato o nel corso della terapia, in taluni pazienti spuntavano improvvisamente, quanto repentine regressioni d'ordine psicotico, scattavano transfert (sia libidici che aggressivi), spesso di incontrollabile intensità e di ardua gestibilità da parte dell'analista e, non da ultimo, si sgranavano una serie di preoccupanti acting-out.

“Allora non si trattava di nevrotici - sentenziarono esterrefatti i clinici - piuttosto di un camuffamento!”. Il decorso del trattamento indicava che in verità si aveva a che fare con ben altro: schizofrenie latenti o schizofrenie pseudonevrotiche furono i primi termini di cui si arricchì il dizionario psichiatrico per designare ciò che di lì a poco sarebbe stato chiamato con maggiore autonomia lessicale, ma non con altrettanta padronanza concettuale, “borderline”.

Pur se precocemente “individuato” il borderline non impegnò prontamente le energie dei ricercatori, troppo intenti a dirimere prima il problema delle schizofrenie, poi quello dei disturbi affettivi, cosicché soltanto l'ultimo ventennio ha fornito una vera e propria esplosione di contributi a queste sindromi di frontiera, tanto che gli anni '90 hanno tutta l'aria di preannunciarsi come il decennio del borderline.

Tale patologia di confine, che sembra stare alle problematiche del nostri) tempo come l'isteria stava agli enigmi di fine '800, fu prontamente concettualizzata in un quadro patologico a cavallo tra due territori posti da una parte e dall'altra della frontiera tra nevrosi e psicosi.

Ubbidendo quasi a una proprietà ricorsiva, il borderline in quanto linea di contatto, sembrava occupare la stessa posizione che, tempo addietro, aveva occupato la paranoia, crinale nosografico tra nevrosi e schizofrenia.

Senza altro la stigmatizzazione che, tanto la diagnosi fenomenologica quanto l'orientamento psicodinamico, colsero nel borderline fu un oscillante posizionamento esemplificato in una delle prime formule classificatorie: schizofrenia latente con sintomatologia ad andamento nevrotico.

È lecito chiedersi a distanza di tanto tempo cosa sia rimasto del verdetto iniziale. Dopo diversi anni d'investigazione psicodinamica, dagli anni '70 in poi, in alcuni settori di punta non solo della psichiatria psicodinamica, ma anche dell'orientamento empirico e descrittivo (Grinker), un'inversione di tendenza ha restituito al borderline una netta autonomia sintomale, rivendicando un'organizzazione non sfumata e labile, ma strutturalmente e stabilmente configurata.

Per tali esponenti i casi limite, sganciati dal confuso e doppio registro tra ordine nevrotico e ordine psicotico, tendono a configurarsi come una patologia a carico dell'identità, una sorta di sindrome di Amleto (Green), portavoce di un'identità monca o difettosa, costruita sul nulla; all'interno il vuoto esistenziale viene negato e camuffato da meccanismi difensivi e falsi adattamenti, cui sono deputate le componenti nevrotiche, proprio come aveva suggerito negli anni '50 la precoce lettura di Knight. Il converso nevrotico persiste, ma con tutt'altra accezione: non una struttura di base in gemellaggio con la struttura psicotica, ma ricorso con funzionalità difensiva.

Passando poi ai modelli di lettura di questa arca, Kemberg, il gigante dell'approccio al borderline, propone una "teoria limite" (Green) tra la psicologia dell'io e l'orientamento Kleiniano, individuando nel quadro border un disturbo relativo alla dispersione dell'identità, una specie di carenza ontologica che viene a coincidere con la non integrazione del Sé. Qui l'interpretazione della personalità limite avviene nell'ottica delle relazioni oggettuali interiorizzate. Tema dominante il perdurare della scissione tra immagini positive e negative appartenenti sia al Sé sia all'oggetto.

Più in dettaglio, a monte dell'incapacità di padroneggiare gli impulsi aggressivi e della conseguente angoscia, vi può essere sia una risposta primaria rispetto all'iperpulsionalità costituzionale, sia una risposta secondaria o reattiva, rispetto all'insoddisfamento ambientale dei bisogni. Tale iperpulsionalità provocherebbe, in entrambi i casi, una mancanza evolutiva a carico della capacità di sintetizzare in immagini coerenti le immagini buone e cattive del Sé e dell'oggetto, in ubbidienza alla legge funzionale intrapsichica di preservare la bontà delle immagini positive.

In sintesi la patologia borderline è la manifestazione di situazioni non "metabolizzate" di stati scissi dell'io, la cui origine è da collegarsi nella fase di riavvicinamento.

Diverso il modello per Kohut, ricavato fuori dall'io e dentro il Sé. All'origine della sindrome tre concetti: il non superamento dell'esperienza di rispecchiamento empatico, il fallimento della coesione del Sé e per ultimo la sua disintegrazione.

In Masterson invece, fedele al modello conflittuale, il conflitto si posiziona tra esigenze di separazione e necessità di sostegno, cosicché il soggetto oscilla tra la paura della "depressione abbandonica" e l'angoscia del soffocamento simbiotico.

Per Buie e Adler, che datano il conflitto originario alla fase di individuazione-separazione, posizionandolo sull'internalizzazione degli oggetti, il disordine borderline è ascrivibile ad un deficit di sintetizzazione tra rappresentazioni dell'oggetto buono e cattivo, provocate da una scarsa internalizzazione di oggetti buoni a causa di carenze ambientali.

Le esperienze distoniche con l'ambiente fanno sì che il bambino, non potendo controbilanciarne gli effetti con il ricorso a introietti positivi, sia preda degli impulsi aggressivi relativi alle immagini negative. Su questa linea Giovacchini tematizza un Io strutturalmente più primitivo e debole, non esercitato alla familiarità con esperienze stabilmente proficue, primariamente più grave, in quanto "privato" e non "deprivato".

Come si vede tra gli autori citati, anche se molti altri potrebbero aggiungersi a completare la lista, la varietà delle proposte teoriche si distribuiscono tra due opposti rimandi: conflitto o deficit. Con l'attenzione però a non identificare massivamente le teorie del conflitto a sostegno dei fattori costituzionali e le teorie del deficit a vantaggio dei fattori ambientali.

Alcuni autori, al di là dello schieramento deficit/conflitto, sono propensi a posizionare fattori esogeni ed endogeni in forma variamente combinata (Kernberg, Gunderson, in parte anche Giovacchini), altri invece ascrivono all'ambiente l'etiologia della sindrome (Masterson, Rinsley, Buie e Adler).

Teorie del conflitto e teorie del deficit, a ciascuno il suo metodo differenziale.

Nel primo caso si ha a che fare con un conflitto di matrice kleiniana tra immagini internalizzate a valenza positiva e negativa. Quanto al metodo, l'analisi del conflitto si posiziona su interpretazioni di contenuto, centrate sulle operazioni di difesa, sul transfert negativo e sugli acting-out. Paladino del "purismo" dell'interpretazione è Kernberg, sempre allertato contro i violatori dell'astinenza sia metodologica che reale.

Sul fronte opposto la considerazione del deficit. Qui non è di casa la corretta interpretazione, quanto l'esperienza curativa di per sé. In linea con la teoria impostata sulla carenza affettiva e storica contratta dal paziente, il metodo prende le distanze dall'interpretazione, per accedere a ciò che sotto i vari panni dell'"holding", del "maternage", dell'"esperienza emozionale correttiva", caldeggia, contro il decalogo dell'astinenza, un maggior e diverso interventismo dell'analista, tirato in ballo a "ricostruire (o meglio a costruire) un'esperienza di rispecchiamento su cui il paziente potrà fondare e coltivare uno stabile senso dell'identità, di continuità esistenziale e di fiducia nella vita" (S. Freni, 1990, p. 149).

Oltre l'opzione teorico-metodologica tra deficit e conflitto, già veicolo di dicotomie e diatribe, sul discorso del borderline la cultura di matrice psicoanalitica e psicodinamica è disomogenea e contrastante: con un tantino di eclettismo, un pizzico di confusione e una buona dose di zone d'ombra, la ricetta sul borderline giustifica una diffusa insoddisfazione diagnostica (Schwartz), che coglie nel profilo di questi quadri una definizione in negativo (Salant) e che fa ragionevolmente pensare al caso limite come una sfida aperta a qualsiasi tentativo di definizione (Rycroft).

Discordi i pareri sulla gestione del transfert, sull'utilizzo del controtransfert, sui fattori etiologici, sulle fasi evolutive interessate all'origine del disturbo e perfino sui parametri fenomenologici connotativi della sintomatologia.

Tanto labili i criteri differenziali, che sotto la categoria borderline si trovano incluse le personalità più difformi: dalle psicopatiche alle perverse, dalle delinquenti alle nevrosi gravi del carattere (J.Laplanche, J.B.Pontalis, 1967).

Per giunta chi classifica l'area border un territorio di frontiera incorre nella critica secondo cui la gamma degli stati nevrotici e psicotici che contemporaneamente si ascrivono al borderline, non corrispondono né all'una, né all'altra delle categorie (B.E.Moore, D.I.Fine, 1967).

Insomma allo stato dei fatti è facile cogliere un "hodge podge", come dice Widiger, un guazzabuglio, non privo di conseguenze non indolori: in mancanza di confini definitivi e univoci le sindromi marginali rischiano di trasformarsi in una parola magica a cui tutto è lecito ascrivere e in cui nulla si definisce. Come accennavo prima, al momento della "scoperta" di queste sindromi il vantaggio del situarsi ai bordi, implicava la possibilità di mettere in connessione i due mondi della nevrosi e della psicosi, della norma e della devianza. Se a tutt'oggi però il borderline sembra collocarsi "più che su una linea di frontiera in una terra di nessuno,

cioè in un territorio le cui frontiere sono fluide” (A.Green, 1990, p.100), può risultare compromessa la funzione storica di linea di collegamento che da più parti si sperava il borderline assolvesse, con l'esito di riproporre le vecchie demarcazioni tra sanità e follia.

Tuttavia sento che ogni tentativo d'inquadrare lo stato della ricerca sul borderline lascia a desiderare se non contrae agganci con un altro fronte: lo sviluppo clinico delle nevrosi, perché ho motivo di credere le sorti delle sindromi c.d. di frontiera, per certi aspetti sia legato a doppio filo ai suoi vecchi compagni di viaggio.

Ormai in tutta l'area psicomodinamica l'interesse terapeutico sembra aver voltato le spalle alle nevrosi; e non solo perché rappresenterebbero uno stato non problematico, in quanto ampiamente compreso dal sistema freudiano, ma soprattutto perché sembrerebbe che le manifestazioni nevrotiche siano sempre più obsolete.

Non credo nella scomparsa delle nevrosi dall'universo del disagio, piuttosto anche in questo caso, ricorro all'idea che oggi possano risultare concettualizzate, e quindi lette, in un altro modo. Se il codice libidico, comprendente pulsione e oggetto pulsionale, metro interpretativo di ossessioni, fobie e isterie, ha ceduto il passo perché soppiantato dal concetto dell'io e dell'altro, posizionati sull'asse della relazione, è lecito aspettarsi che esso possa non funzionare più anche per quelle categorie sintomali per le quali era stato confezionato.

Dal momento che il sintomo, senza eccezioni di sorta, può essere letto non come un arresto nell'evoluzione sessuale, ma una produzione in riferimento all'identità della persona, e nello specifico alla sua organizzazione strutturale e funzionale, ciò potrebbe confermare perché oggi nevrosi e nevrotici non siano in minoranza, ma in disuso.

A questo punto introduco una constatazione: tanto più è decaduta la sacra triade delle nevrosi, tanto più sono venute alla ribalta e si sono affermate le sindromi marginali e le nevrosi narcisistiche.

Questo rilievo mi suscita il dubbio che attualmente borderline e narcisismo siano storicamente bacini di raccolta deputati a contenere gran parte di ciò che prima era catalogabile come nevrosi e che ora non si sa più dove collocare e non si sa ancora come ordinare.

In questo senso faccio mia l'idea che il borderline rappresenti una “grey area” (Samuels). Non è mia intenzione usare la metafora in un'accezione negativa; il termine “zona grigia” contrae un altro significato se l'immagine è inserita in un contesto di discussione che amplifica la portata della riflessione sui casi limite. Mi riferisco alla considerazione che la problematicità dell'approccio del border potrebbe riflettere non la difficoltà di decifrare un nuovo e sfuggente quadro clinico; piuttosto potrebbe essere testimonianza della complessità in cui si imbatte la ricerca nell'individuare un inedita Weltanschauung di decifrazione della psicopatologia.

In questa dimensione interpretativa più allargata, il “guazzabuglio” borderline può contrarre un senso logico, tale da restituire un profilo più comprensibile e giustificabile dello stato di disordine, in questo caso e una volta tanto, non del paziente ma dell'investigatore.

## BIBLIOGRAFIA

- Freni S. (1990) *Diagnosi, prognosi e pianificazione del trattamento* in Lingiardi V., Madeddu F. *La diagnosi del paziente borderline* Franco Angeli, Milano.
- Freud S. (1913) *L'interesse per la psicoanalisi* O.S.F., vol. VII, Boringhieri, Torino, 1975.
- Freud S. (1915-1917) *Introduzione alla psicoanalisi* O.S.F., vol. VIII, Boringhieri, Torino, 1975.
- Freud S. (1924) *La perdita di realtà nelle nevrosi e nelle psicosi* O.S.F., vol. VIII, Boringhieri, Torino, 1978.
- Green A. (1990) *Psicoanalisi degli stati limite* trad. it. Cortina, Milano, 1991.
- Laplanche J., Pontalis J.B. (1967) *Enciclopedia della psicoanalisi* trad. it. Laterza, Bari, 1968.

Moore B.E., Fine B.D. (1967) *Glossary of Psychoanalysis terms and concepts* Amer. Psychoan. Ass. and Yale University, New Haven.

Weiss P. (1967) *Presentazione* in Federn P. *Psicosi e psicologia dell'Io* trad. it., Boringhieri, Torino.