



# Psicoanalisi Contemporanea

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

“Stefano Calamandrei, I disturbi di personalità: la relazione terapeutica”

## I disturbi di personalità: la relazione terapeutica

Stefano Calamandrei

In psicoanalisi la diagnosi di Sindrome Borderline è stata introdotta da Stern, nel 1938, per indicare alcune patologie al “confine” rispetto alla nosologia freudiana classica e che incontravano difficoltà ad essere classificate anche in psichiatria, come per esempio le definizioni di “schizofrenia latente” di Bleuler, o di “patologia caratteriale” di W. Reich. La creazione di un’area intermedia, definita “marginale”, però, ha finito per costituire un contenitore aspecifico per disturbi disparati dove, alla fine, sono state confinate le alterazioni comportamentali di individui socialmente e terapeutamente rifiutati: travestiti, omosessuali, esibizionisti, perversi, delinquenti, sociopatici, ribelli. La divisione diagnostica freudiana tra le “Nevrosi di transfert”, cioè capaci di sviluppare il transfert, e le altre patologie, poneva già il problema del confine tra due diversi funzionamenti mentali. L’individuazione dei Disturbi di Personalità permise, così, di classificare una serie di patologie “intermedie” in cui si riteneva che fosse soprattutto il rapporto con la realtà esterna ad essere parzialmente alterato, mentre veniva mantenuta una ridotta capacità di sviluppare il transfert nei confronti del terapeuta, anche se in modalità intensa e particolare. Bisogna tenere presente che allora gli psicotici che venivano osservati erano prevalentemente quelli istituzionalizzati che, proprio per questo, presentavano un grave disturbo della realtà e della relazionalità. Mentre invece tali alterazioni erano piuttosto la conseguenza dei ricoveri manicomiali e dell’isolamento prolungato nel tempo, cioè dell’istituzionalizzazione. Distinguere la nosologia diagnostica con un solo criterio differenziale, ovvero in relazione al rapporto stabilito dal soggetto con la realtà esterna, è un criterio “fragile” ed insicuro soprattutto se, come oggi, consideriamo il “principio di realtà” una capacità psicologica che deve essere appresa e non una potenzialità oggettiva e neutrale della mente individuale. Dopo le scoperte degli ultimi anni, effettuate dalle neuroscienze e dalla stessa psicoanalisi, il “principio di realtà” viene considerato un’acquisizione individuale e molto soggettiva, che continua a perfezionarsi durante tutto l’arco della vita e che è particolarmente “immaturato” nel bambino e nell’adolescente. Nello schema classico, quindi, vi erano, da una parte, i nevrotici capaci di distinguere la propria vita psichica da quella dell’ambiente esterno, capaci di effettuare il lavoro elaborativo e, dall’altra, i pazienti gravi che ritiravano l’investimento dagli oggetti esterni, non capaci di elaborare la separazione poiché rimanevano legati all’oggetto, attraverso la “identificazione narcisistica (Freud, 1915)”. Tra queste due grandi entità è andato a costituirsi un contenitore molto generico, la grande area intermedia di confine in cui, nel tempo, sono andati a collocarsi i disturbi di personalità. Se utilizziamo la metafora spaziale per individuare la vasta zona intermedia, dovremmo piuttosto dire che più che individuare due grandi aree, separate da un confine vago, l’osservazione nosologica, anche psicoanalitica, in realtà, vedeva solamente la



# Psicoanalisi Contemporanea

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

“Stefano Calamandrei, I disturbi di personalità: la relazione terapeutica”

punta di un iceberg, che consisteva nella parte nevrotica. Tutto il resto, ovvero il modello di funzionamento mentale psicotico o melanconico restavano alquanto sconosciuti ed inesplorati, poiché l'osservazione diretta e quotidiana di queste persone, delle loro interazioni e dei loro transfert, osservati adeguatamente in ambienti di cura familiari o residenziali, ma non stigmatizzanti come il manicomio, non erano state ancora effettuate. Pertanto, i diversi autori che hanno affrontato le patologie borderline, concependole come appartenenti ad una zona intermedia al confine tra due territori distinti, hanno utilizzato ed adattato uno schema di riferimento teorico derivato dalle Nevrosi, soprattutto per impostarne la terapia. Ad esempio Kernberg (1984, 2002) classifica i borderline in tre livelli: un tipo di livello elevato, cioè nevrotico, le personalità isteriche, compulsivo-ossessive e depressive; un livello intermedio che comprende le forme narcisistiche di buon funzionamento, le personalità infantili e passivo-depressive; un ultimo livello che comprende la maggioranza delle personalità narcisistiche, schizoidi, paranoidi, ipomaniacali, le personalità “come se” e le antisociali, ovvero le forme gravi di patologia del carattere. La metafora spaziale, però, porta con sé un'altra importante imprecisione che è causa di molti equivoci e confusione teorica: quella di una progressione naturale da un livello mentale immaturo ad uno più maturo, nevrotico. In questo schema si concepisce che il neonato debba avere una parte psicotica della mente - come se la psicosi fosse solamente un funzionamento molto infantile, mentre sappiamo che in realtà è uno sviluppo diverso - che poi matura con un passaggio attraverso uno stato simile al funzionamento dei Disturbi di Personalità per poi arrivare alla personalità nevrotica. Un'impostazione che, implicitamente, considera come lo sviluppo mentale debba percorrere alcune tappe e dove, quindi, potrebbe incorrere in fenomeni di “fissazione” e “regressione” nella crescita, esattamente come in precedenza erano state concepite le zone erogene. Da questa concezione teorica ne deriva che la terapia classica e la psicoterapia psicoanalitica, così come viene applicata agli aspetti nevrotici della mente, potessero comunque essere uno strumento terapeutico valido, senza subire eccessive variazioni. L'esperienza clinica, però, ci ha mostrato che il metodo classico psicoanalitico non è l'approccio più adatto alla mente psicotica, a meno che non si sia consapevoli della qualità del suo funzionamento e non si apportino delle modifiche, essenzialmente all'assetto di ascolto del terapeuta. Il corretto modo di procedere in una psicoterapia è un'abilità complessa che può essere acquisita solo attraverso la combinazione di una formazione didattica, di una pratica clinica strettamente supervisionata e con lo sviluppo, da parte dell'allievo, delle proprie capacità introspettive. L'analisi personale è necessaria non solamente perché non dobbiamo gravare sui pazienti con i nostri conflitti irrisolti, ma anche perché se siamo passati attraverso elaborazioni personali allora abbiamo anche appreso come le interpretazioni sulle difese lavorano e vengono vissute dentro di noi. Inoltre, il nostro strumento terapeutico principale è proprio la nostra capacità di saper distinguere i nostri sentimenti transferali da quelli controtransferali, e questa distinzione è decisiva nel saper



# Psicoanalisi Contemporanea

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

“Stefano Calamandrei, I disturbi di personalità: la relazione terapeutica”

mantenere una adeguata professionalità nelle circostanze difficili in cui questo tipo di pazienti ci costringerà a impegnarci.

Se possiamo ad analizzare i Disturbi di Personalità, possiamo considerare come, all'interno di questa categoria diagnostica, ci troviamo ad affrontare un numero enorme di sfaccettature e variabilità individuali che rendono ancora più importante il saper fornire un approccio terapeutico personalizzato, proprio grazie alla nostra capacità empatica, che si adatti alle esigenze di ogni singolo paziente. Al contempo, si potrebbe perfino sostenere che le moderne patologie nevrotiche e psicotiche, a parte certe forme estreme, siano comunque ormai tutte confluite in questa area “intermedia”. Sempre più spesso il cosiddetto triangolo terapeutico emotivo-conflittuale non è più quello della nevrosi classica, basato sul far divenire consapevole un contenuto rimosso, e nemmeno quello della psicosi in cui la relazionalità viene così intensamente evitata, ma è un triangolo in cui il terapeuta deve sostenere il confronto con una angoscia o con una disforia, usate come difese che coprono un sottostante stato di “vuoto esistenziale”. In questo “mare magnum” diagnostico di entità psicopatologiche diverse vengono individuate due strutture prevalenti di riferimento: da un lato i cosiddetti “Stati Limite” e dall'altro le “Sindromi Borderline” che, a parte l'utilizzo, per distinguerle, di due differenti lingue, si presentano come due facce di una stessa medaglia. A loro volta queste due differenti lati della stessa medaglia, vengono ulteriormente suddivisi a seconda della loro vicinanza all'estremo psicotico o a quello nevrotico. Tutto ciò senza considerare le differenti impostazioni diagnostiche che nascono a seconda delle visioni delle differenti scuole teoriche: per esempio la psicoanalisi francese inserisce le sindromi borderline all'interno degli stati limite.

Entrando maggiormente nel merito direi che gli “Stati Limite” si caratterizzano per uno stato emotivo di fondo impostato, prevalentemente, ad una indeterminatezza fluida, al mantenere un forte desiderio, ad una profonda insoddisfazione che porta alla ricerca continua di “qualcosa” che può essere spinta fino all'impulsività, all'azione immediata o alla perversione.

Una mia paziente, Iris, un artista, che avrebbe potuto facilmente essere diagnosticata come prevalentemente isterica, cercava di vivere esclusivamente nel proprio sentire, evitava di pensare, di essere razionale. Mi diceva: “...le parole svalutano tutto, non si pensa con le parole, bisogna forse agire, forse immaginare, bisognerebbe vivere nell'immaginazione e poi pensare, dopo, in maniera separata”. Cercava emozioni, viveva le emozioni, voleva comunicare con gli altri solamente attraverso le emozioni e con lo stesso atteggiamento creava i suoi manufatti artistici, senza pensare con le parole. L'analisi era difficile perché, anche in seduta, la comunicazione doveva avvenire con l'intensità emotiva del racconto ma non con il suo contenuto. Iris aveva tutte le caratteristiche dei cosiddetti disturbi isterici e istrionici della personalità: in effetti aveva importanti aspetti esibizionistici, impulsivi, di seduttività e perversione anche agita, con uno stile cognitivo impressionistico aspecifico, confuso che non voleva o non riusciva a definire le cose nel dettaglio.



# Psicoanalisi Contemporanea

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

“Stefano Calamandrei, I disturbi di personalità: la relazione terapeutica”

Come vedemmo in seduta, però, tutto ciò dipendeva dalle difese contro un’angoscia persecutoria infantile nei confronti dei familiari, angoscia che si era altamente erotizzata e perversita nell’adolescenza, come unica modalità di elaborazione, in *après-coup*, della situazione traumatica di base.

Sembra evidente che nel concetto di “Stato Limite” esista una prevalenza di disturbi il cui nucleo patologico è maggiormente concentrato nell’area narcisistica della personalità e del formarsi dell’identità. Tali disturbi si caratterizzano prevalentemente per un’assenza di confini, per una grande sensibilità all’intrusività e alla persecuzione, per uno stato di indeterminatezza interiore, un’affettività diffusa, una mancanza di identità strutturata: si potrebbe dire che nello “Stato limite” il problema è proprio il limite, ma interiore cioè il confine dell’io. Secondo Green (1991) quest’area mentale indeterminata, fluida, che eccede in *acting* e somatizzazioni, determinerebbe una perdita sostanziosa della capacità di “pensare”, intendendo con questo una difficoltà a reperire le rappresentazioni adatte per i propri desideri, una difficoltà pertanto di simbolizzare. In quest’ottica, il rischio ma anche l’efficacia terapeutica, sono che, durante il percorso analitico, deve poter emergere quell’area di “follia privata” che si manifesta con una passionalità sregolata o con un transfert erotico, vissuto però dal soggetto passivamente, di fronte al quale accetta di soccombere, in maniera perversa, masochista e senza consapevolezza. Questa incapacità a rappresentare consapevolmente viene interpretata come un vuoto di pensiero, che verrebbe sostituito da “enactment” o costruzioni fittizie, sotto la spinta di forti emozioni, come identità imitative o un falso Sé. Iris, infatti, manifestò questa “crisi passionale” sviluppando un transfert erotico perverso, in cui temeva di essere abbandonata, come le era capitato nella situazione traumatica infantile, e che cercava di elaborare, erotizzandola, nella stessa maniera di come aveva provato a fare nella sua stessa adolescenza, in *après-coup*, con fantasie ed agiti sessuali. L’interpretazione di questa “follia privata” ci permise di arrivare alla consapevolezza e all’elaborazione dell’intera scena traumatica.

Per quanto riguarda l’altro polo di questa grandissima zona “intermedia”, ovvero la “Sindrome Borderline”, bisogna considerare che essa è un po’ la capostipite di tutti i Disturbi di Personalità, prima individuati come strutture “pre-schizofreniche”, personalità “come-se” e così via. Le descrizioni diagnostiche indicano che sono persone caratterizzate da un’organizzazione patologica specifica e stabile della personalità: con relazionalità intensa e oscillante; impulsività in aree dannose (soldi, sesso, droga, rubare, comportamenti pericolosi, eccessi alimentari, suicidi); con instabilità affettiva; rabbia immotivata che porta ad effettuare minacce e ricatti; con una dispersione dell’identità caratterizzata da un sentimento cronico di vuoto; drammatizzazione e soprattutto incapacità a sostenere la separazione. Più in generale il disturbo dell’identità ed il senso di vuoto, dovuti ad una scarsa integrazione del sé, non consentono una buona capacità di comunicare con se stessi e con gli altri.

Prima di passare alla impostazione terapeutica bisogna considerare che intorno alla “Sindrome Borderline”, più che su ogni altro aspetto clinico, si è consumata la moderna spaccatura teorica tra l’impostazione kleiniana-



# Psicoanalisi Contemporanea

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

“Stefano Calamandrei, I disturbi di personalità: la relazione terapeutica”

bioniana (il modello del conflitto) e quella degli studiosi del narcisismo (il modello del deficit), prevalentemente Kohut, Winnicott e la scuola interpersonale. Queste diverse impostazioni erano già presenti nel pensiero di Freud quando provò a riassumere il corpus psicoanalitico negli scritti della “Metapsicologia (1915)”. A seconda della differente concezione teorica si sono persino, forse, visti pazienti differenti, così come sono stati considerati diversamente i meccanismi di difesa e soprattutto è molto differente l’approccio terapeutico. Secondo la scuola Kleiniana (Kernberg, Gabbard), che è stata inizialmente prevalente, gli strumenti difensivi utilizzati dai borderline, a differenza dei nevrotici, non sono basati sulla rimozione, ma su difese maggiormente primitive come la scissione, l’identificazione proiettiva, la negazione, il controllo onnipotente, la svalutazione ed il cui scopo è proteggere l’io dal conflitto interno tra esperienze contraddittorie e dissociate del sé suscitate dalle persone significative. Se seguiamo l’impostazione di Kernberg, vi è la concezione di una forte aggressività interna, quasi in senso costituzionale, dovuta alla pulsione di morte o ad una debolezza congenita dell’io ed osserviamo soprattutto come la scissione suddivida il paziente e gli altri in totalmente buoni o cattivi, con continue inversioni dei ruoli. L’idealizzazione rende gli oggetti esterni perfetti, l’identificazione proiettiva attribuisce alle altre persone l’impulso che il paziente ha represso e, una volta proiettato, viene esperito nell’altro che così può far paura, in quanto agito da quell’impulso proiettato: di conseguenza c’è bisogno di controllare l’altra persona. La negazione dei propri sentimenti corrisponde ad una “non consapevolezza” del mondo interno, anche se nel disturbo di personalità si mantiene la capacità di un discreto esame di realtà, conservato, come nei nevrotici, nella capacità di distinguere il Sé dal non-Sé. Viene attribuita a tutti questi pazienti una specifica debolezza dell’io che genera l’impulsività, l’incapacità a tollerare l’ansia e le separazioni, poca capacità di sublimazione ed una patologia del Superio, che rimane infantile, immaturo, antisociale. Da queste descrizioni mi sembra evidente come il punto focale terapeutico sia rivolto all’insufficiente capacità interiore di moderare, di posticipare il desiderio, di affrontare le difficoltà contraddittorie dei conflitti soprattutto relazionali. Un contributo che deriva dalla psichiatria, ampiamente sottolineato da Rossi Monti (2005), è la onnipresenza della disforia, cioè di un’inquietudine diffusa, uno stato d’allarme, una insoddisfazione profonda che si accompagna a profonda reattività anche di fronte a frustrazioni modeste, un atteggiamento di sfida verso le persone, uno stato di ribellione che esige ciò che riceve nello scambio relazionale ma poi si ribella e non accetta, colpevolizzando gli altri. Le crisi di rabbia e disperazione sono frequenti, così come gli impulsi, gli atti violenti, il ricorso a sostanze per liberarsi di questo stato insopportabile. L’edificio teorico di Kernberg ha integrato la teoria della psicologia dell’io e quella kleiniana delle relazioni oggettuali, costruendo un preciso sistema che costituisce una buona bussola di orientamento. Il punto centrale è l’aggressività intesa come avidità orale ed invidia, che su base genetica contribuisce a modellare un temperamento “costituzionalmente dato e caratterizzato da una soglia personale, da un’intensità e da un ritmo peculiare di attivazione degli affetti aggressivi (Monari, 1999, p. 107)”.



# Psicoanalisi Contemporanea

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

“Stefano Calamandrei, I disturbi di personalità: la relazione terapeutica”

Così viene dato un minor valore ad eventi traumatici e alla carente sintonizzazione affettiva dell'ambiente primario. In questa teoria l'internalizzazione della relazione oggettuale primaria, che è il meccanismo di formazione dell'autonomia individuale, si organizza sui due gruppi principali di affetti kleiniani, scissi dalla idealizzazione e dalla persecutorietà, nella posizione schizoparanoide: da una parte le relazioni intrise di aggressività e frustrazione e all'altro polo le esperienze piacevoli di dipendenza. In questo modello il paziente cerca di sfuggire alle sensazioni negative, esternalizzandole, con “la fantasia liberatoria di distruggere l'oggetto e la speranza della gratificazione successiva (Monari, 1999, p. 108)”. Fin dall'inizio le interpretazioni devono affrontare la scissione che è ritenuta la causa che indebolisce l'io e trasforma il terapeuta in un oggetto parziale, per cui devono essere sottolineati, fin da subito, gli aspetti negativi del transfert e l'idealizzazione difensiva, nel tentativo di rinforzare la parte razionale e cognitiva del paziente e trovare in essa un alleato terapeutico. In quest'approccio le interpretazioni della scissione sono fondamentali e non ne viene considerata la sua funzione adattativa e, per questo, “... c'è il rischio di introdurre nella relazione terapeutica un clima affettivo di sfida (Monari, 1999, p. 109)”. Si capisce come il setting abbia una importanza determinante poiché deve reggere l'aggressività dei pazienti e la relazione terapeutica, per cui viene dato per scontato che il trattamento deve essere anche supportato dall'istituzione psichiatrica, che dovrebbe fare da holding alla terapia. Interpretazioni così dirette sono, in fondo, operazioni ad alto rischio soprattutto se il paziente non è in condizione di accettare il forte contratto iniziale, cioè il significato profondo del “come se” del gioco terapeutico: infatti si considera che, per quanto grave, il paziente deve sapere accettare il setting proposto, che è il cuore della cura. Un altro pericolo di quest'approccio, direi quasi un effetto collaterale, è la collusione del terapeuta con l'idealizzazione del paziente di un rapporto “speciale” con un oggetto perfetto, buono, che determina un'ulteriore separazione, al di fuori della stanza d'analisi, delle parti negative e favorisce la collusione idealizzante. Non a caso sono proprio gli autori legati a quest'approccio teorico a mettere in guardia, con estrema attenzione, dallo scivolamento del controtransfert che diviene facilmente speculare alla proiezione del paziente, con la scissione in “buono” e “cattivo”: così il terapeuta si trova forzato ad operare un distacco interiore dalla situazione clinica. Se il terapeuta collude con la gratificazione narcisistica, con l'idealizzazione di essere “buono”, perfetto per il paziente, migliore degli altri terapeuti che il paziente avrà già sicuramente avuto, vivrà nel controtransfert intensi sensi di colpa, che il borderline enfatizzerà ogni volta che si sentirà non accontentato. Può succedere che si apra la strada, attraverso questo senso di colpa, alla continua violazione dei confini professionali e del setting, entrando nella trappola del paziente: una spirale drammatizzante risarcitoria dell'abuso subito. La trappola per il terapeuta è sentirsi “salvatore” e professionalmente bravo, però, al tempo stesso, di sentirsi in colpa proprio mentre il paziente aumenta la pressione provocatoria.



# Psicoanalisi Contemporanea

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

“Stefano Calamandrei, I disturbi di personalità: la relazione terapeutica”

Un paziente mi diceva “è cattivo a dire così, cattivo, vuole farmi star male” ed era bravissimo ad evitare il contenuto razionale di quello di cui si stava parlando, ad annullare la mia interpretazione, spostandosi in un teatro che evocava in me gli stessi difficili sentimenti controtransferali che avevo provato nell’educazione dei miei figli: il sentirsi “cattivi”, cioè colpevoli nel dire “no” dei genitori e degli educatori; bisogna saper affrontare la stessa delusione di non essere perfetti e il loro risentimento rispetto alle loro esigenze frustrate. Così il paziente si fa sempre più vittima mentre il terapeuta, invece che auto-sostenere la propria “cattiveria”, entra nella spirale di essere sempre più riparativo, buono, per non essere accusato ed alla fine può accettare perfino il contatto fisico, il tenere la mano, e finisce per agire e smette di pensare. È evidente come sia fondamentale avere effettuato una profonda formazione personale. Gabbard (2004) arriva a fare l’esempio di terapeuti, che ormai in balia dei pazienti, prolungano l’orario delle sedute, si diminuiscono l’onorario, per gratificare i pazienti che erodono sempre più potere, arrivando a prenderli in collo, ad accarezzarne i capelli, a fare veri e propri “maternage” agiti. Penso che si potrebbe dire che non si riesca a fare il lutto da ambedue le parti, di rimanere in una dipendenza incrociata come se, alla fine, il terapeuta sperasse di essere salvato dalla propria stessa disperazione, dalla propria solitudine, perché assolto o perdonato dal paziente. Per Correale (2012) la patologia Borderline deriva dall’esperienza ripetuta di traumi infantili, durante i quali il paziente subisce un senso di morte: “Per morte intendo qui una brusca discontinuità del flusso della vita psichica, una modifica profonda, per collasso e contrazione, dei parametri spazio-temporali dell’esperienza, di un senso profondo e disperante di essere dominati da qualcosa, di essere passivi di fronte a forze-interne ed esterne- che non lasciano spazio a correzioni e modifiche. Potremmo dire che, in questa esperienza di morte, il tempo si ferma, lo spazio si contrae ed il senso di essere agente di sé stesso si annulla (p. 14)”. L’intensa rabbia, sempre per Correale (2012), però, è anche un segnale di profonda vitalità, pur accompagnandosi a intensi stati depressivi e a fantasie suicidarie che quasi sempre sono conseguenti al desiderio psicologico di non soffrire più, di fermare la propria disforia, l’aggressività e il senso di colpa. Il trauma infantile “... determinerebbe un eccesso di emozioni e un difetto di rappresentazioni, un vuoto psichico, dove le capacità di connessione, collegamento e giudizio sono fortemente danneggiate e le azioni intraprese sono quasi esclusivamente minate dalle emozioni (p. 16)”. Il nucleo profondo della tematica borderline consisterebbe nella ripetizione di questo antico trauma che il paziente è costretto a rivivere, quasi affascinato, in maniera irreversibile e che viene attualizzato nel transfert con intensa esasperazione dei toni, una sindrome da risarcimento che estenua il terapeuta. Anche per questo autore, come nell’impostazione kleiniana, prevale il fenomeno della scissione dell’io che manterrebbe, però, un nucleo psicotico: questo spiegherebbe la presenza del pensiero delirante e della caduta in stati psicotici. Il nucleo psicotico, operante ma nascosto, secondo me, viene invece ipotizzato per la difficoltà a distinguere questi pazienti da altri che sono gli attuali schizofrenici ed anche per le difficoltà proprie della terapia, quando fallisce il contenimento del setting e del transfert.



# Psicoanalisi Contemporanea

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

“Stefano Calamandrei, I disturbi di personalità: la relazione terapeutica”

Per alcuni autori la scissione può essere primaria mentre per altri è secondaria, comunque è la difesa principale e necessaria alla sopravvivenza del soggetto, in una visione teorica in cui la psicopatologia è dominata dall’esteriorizzazione e dalla proiezione dei propri stati d’animo. In questa visione, ciò che viene proiettato della propria personalità può essere perso, sicuramente non capito, non simbolizzato fino al concetto di “forclusione” di Lacan, per cui alcuni contenuti escono per sempre dal territorio del linguaggio ed entrano in uno statuto non verbale. Andrebbe così a costituirsi un’area parallela, un nucleo scisso psicotico, che fornisce un’attrazione irresistibile per la mente del borderline, una fascinazione simil-delirante poiché ritenuta capace di liberarla dal peso del reale e dalla frustrazione per farla entrare in un mondo di fantasia onnipotente.

Le impostazioni teoriche attuali, guidate dalla clinica, indirizzano sempre di più la psicoanalisi verso l’assimilazione piena, nella pratica terapeutica, dell’idea di seduta analitica come “campo bi-personale (Baranger M. e W., 1990)”, modificando profondamente la tecnica classica. L’analisi del controtransfert diviene centrale ed ha il significato che la partecipazione dell’analista, qualitativamente attiva anche se il terapeuta tace, è determinante nel formarsi della relazione della coppia terapeutica. Si potrebbe dire che questo spostamento del vertice di osservazione teorico è stato dovuto, senza dubbio, anche al presentarsi di nuove strutture di pazienti. Persone, cioè, per le quali l’elemento terapeutico prevalente non sembrava essere, esclusivamente, l’interpretazione del rimosso. Le nuove Personalità borderline, narcisiste, schizoidi, insieme a tutte le nuove modalità psicotiche di presentarsi, non essendo più così croniche e destrutturate, sembrano in grado di sostenere l’approccio psicoterapeutico. In fondo è lo stesso problema dell’impasse teorico e clinico che si era presentato a Freud intorno al 1915 e che lo aveva costretto a cercare nuove soluzioni teoriche. Come psichiatra del servizio pubblico ho potuto vedere la transizione clinica da esordi psicotici di forme schizofreniche gravissime, praticamente già croniche, negli anni ‘70, con già un’intensa compromissione della volizione, degli aspetti cognitivi, all’attuale drastica loro riduzione fino quasi alla scomparsa, a forme miste, ibride, veramente al “limite”. In quell’epoca ebbi modo di pensare che, paradossalmente, l’arrivo di questi “nuovi” pazienti fosse positivo, non solo per la prognosi di queste patologie, che era molto più fausta delle forme schizofreniche che conoscevamo, ma per l’impatto che queste patologie avrebbero necessariamente avuto sull’organizzazione dei servizi. Infatti, era evidente che fossero pazienti che avevano bisogno soprattutto di attenzione e di contatto umano, di relazione e fondamentalmente di psicoterapia: mi sembrava che avrebbero costretto l’organizzazione sanitaria ad una impostazione maggiormente psicologica piuttosto che esclusivamente farmacologica. La realtà, almeno nella mia regione, mi sembra sia andata nella direzione opposta alle mie aspettative, poiché alla maggior richiesta di attenzione psicologica e relazionale da parte dei pazienti è corrisposta un’impostazione ancora più farmacologica: sono diventati tutti prevalentemente pazienti bipolari o adatti solamente a terapie cognitivo-comportamentali, per cui i tempi e le modalità dell’ascolto della sofferenza psichica si sono ridotti drasticamente. Si potrebbe pensare che esista una correlazione tra questi





# Psicoanalisi Contemporanea

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

“Stefano Calamandrei, I disturbi di personalità: la relazione terapeutica”

due fenomeni, come se si fosse instaurata una difesa, questa volta diagnostica, da parte dei terapeuti, alle “eccessive” richieste dei pazienti perché è indubbio che queste “nuove” patologie richiedono molto a chi ascolta, soprattutto alla persona del terapeuta. Il dato statistico ci mostra comunque che anche le sindromi più severe tendono a migliorare spontaneamente dopo i trent’anni circa, dimostrando indirettamente che un certo livello di maturazione è terapeutico e che può essere raggiunto. Se analizziamo le teorie del “Modello del deficit” queste attribuiscono la sintomatologia borderline prevalentemente alla permanenza di stati primitivi del Sé, il cui sviluppo è stato traumaticamente interrotto da risposte non empatiche degli oggetti-Sé, come individuato da Kohut (1977), lasciando il futuro paziente in uno stato di dipendenza dalle relazioni di supporto empatico, attraverso le quali cerca di arrivare ad una maggior coesione interna e ad un sostegno per l’autostima. Secondo Stolorow et al (1987), l’organizzazione borderline di personalità, se concepita come costituita da conflitti istintuali e difese primitive come la scissione e l’identificazione proiettiva, nemmeno esisterebbe poiché tali meccanismi, invece, segnalerebbero solamente il bisogno patologico di ritrovare legami arcaici con l’oggetto-sè. Secondo questi autori l’impostazione di Kernberg (1989, 2007), che sottolinea eccessivamente l’aggressività, in realtà costruisce un artefatto iatrogeno del suo modello, originato dal troppo precoce confronto e dall’interpretazione del transfert negativo. La terapia, quindi, andrebbe impostata con un atteggiamento di estrema comprensione empatica e con la consapevolezza che le caratteristiche della relazione terapeutica sono modellate dalla peculiarità soggettiva e psicologica del terapeuta. L’incontro iniziale tra terapeuta e paziente è decisivo nel condizionare le modalità transferali del paziente e pertanto tutta la terapia. Il bisogno specifico del paziente deve essere riconosciuto dal terapeuta, rispetto alle dinamiche attuali della seduta, principalmente il suo desiderio di ripristinare un legame arcaico con un oggetto-sè, vissuto come onnipotente, che comporta il terrore della rottura traumatica ma anche la speranza di un nuovo inizio. In questa visione si teorizza che esista un continuum tra pazienti borderline e pazienti con disturbi narcisistici di personalità, perché si ritiene che la diagnosi è prevalentemente nella mente e nella personalità del terapeuta, rispetto all’accettazione del coinvolgimento personale nel particolarissimo legame transferale: in sintesi è come se si valorizzasse massimamente il suo essere “individuo” e non la sua diagnosi. Anche l’aggressività, in questa teoria, non viene considerata il problema terapeutico principale ma viene interpretata in maniera secondaria, come una reazione di rabbia, comunque giustificata e perciò reattiva, alla scarsa comprensione empatica del terapeuta.

Ritengo, comunque, che non dobbiamo sottovalutare l’esistenza di un terzo aspetto relativo all’aggressività ed a come il paziente la vive, cioè dobbiamo avere sempre ben presente come viene realizzato l’attacco aggressivo, soprattutto con quali modalità di piacere si realizza. Ad esempio, a volte l’attacco aggressivo suscita un piacere perverso, a volte, invece, è totalmente scisso e avviene come una scarica, altre volte è sostenuto da un forte senso di colpa persecutoria ed a volte sembra essere un attacco bulimico, un agito, una scossa emotiva che dà piacere



# Psicoanalisi Contemporanea

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

“Stefano Calamandrei, I disturbi di personalità: la relazione terapeutica”

e che rivitalizza il sé. Sia gli agiti che l'aggressività, mi sembra che siano quasi sempre comprensibili se li correliamo e analizziamo nel transfert, poiché hanno un valore di comunicazione che dovrebbe pilotare l'atteggiamento terapeutico. Infatti, questi indicano soprattutto dove è avvenuto il mancato contenimento, per cui non credo si debbano considerare come attacchi al setting o al terapeuta, ma assumono il significato simbolico relazionale di comunicazioni significative. Alla stessa maniera si possono interpretare i tentativi autolesivi legati al prevenire la solitudine, all'uso di sostanze, alla promiscuità sessuale, alla disforia, al tatuarsi: tutte attività con un alto significato simbolico relazionale, spesso ricattatorio, tutti tentativi di autogestire la propria autonomia, il bisogno degli altri e la percezione che siano trascuranti. L'atteggiamento terapeutico che mi sembra più importante avere è quello di essere disarmati di fronte all'aggressività del paziente, non reattivi, relativamente decentrati e molto professionali rispetto alla dinamica della seduta, con un atteggiamento mentale di freschezza piuttosto che seguirne le dinamiche attuali del “qui e ora”, poiché il paziente ci vorrebbe portare nelle cosiddette trappole paziente-specifiche (Gabbard, Wilkinson, 1994). Bisognerebbe sempre riuscire ad oltrepassare il ricatto che viene posto, accettando le proprie colpe e giustificando così la rabbia del paziente, ma rilanciando con una proposta mediatrice, a sorpresa, un ponte empatico analogo al gioco dello scarabocchio di Winnicott (1964/68).

Il terapeuta deve essere molto spontaneo e questo viene percepito dal paziente, anche fragile ma molto umano: ciò, di solito, arresta l'aggressività. Bisogna insegnare al paziente a giocare ed a rimanere nell'area transizionale del rapporto, uscendo dalla concretezza ed entrando nel “come se”, insegnando a descrivere minuziosamente i propri stati d'animo che sono nascosti dalla rabbia, non simbolizzati ed a volte nemmeno percepiti con consapevolezza. Il paziente dovrebbe avvertire la fatica che il terapeuta fa ad elaborare le sue provocazioni, deve sentire anche il piacere del terapeuta in questa elaborazione, così può apprendere un nuovo piacere vitale nel gioco dell'elaborare. Quando si interpreta il transfert bisognerebbe cercare sempre di effettuare anche un riconoscimento positivo dell'esperienza interna del paziente, per valorizzarla e confermarla. Quest'atteggiamento sembra placare l'attitudine del paziente borderline a consumarsi nel tentativo di stabilire una relazione esclusiva per evitare il rischio di abbandono, ma soprattutto per ottenere quel qualcosa di “speciale” che sente mancargli per sentirsi sicuro e senza ansia, cioè perfetto ed autosufficiente. Il paziente borderline si presenta, sotto la corazza difensiva di una rabbia che ferisce, con un vuoto, una tale mancanza di iniziativa e autonomia, una passività che paralizza il processo terapeutico perché egli si aspetta il nostro intervento miracoloso che lo modificherà in una persona perfetta. A differenza delle nevrosi, l'ansia non spinge il processo, come invece aveva ipotizzato Freud. Il borderline, ma anche, ad esempio, coloro che soffrono di attacchi di panico, vorrebbero che fosse tolta loro la sofferenza ma senza elaborazione e che quasi magicamente sparisse e questo, a me sembra, il punto saliente della difficoltà ad effettuare la terapia classica. Il malessere non ha più la funzione di cercare la relazionalità, la complementarità che serve alla propria elaborazione, la richiesta d'aiuto non è rivolta alla ricerca



# Psicoanalisi Contemporanea

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

“Stefano Calamandrei, I disturbi di personalità: la relazione terapeutica”

di elaborazione: è un altro tipo di ricerca. Una ricerca che mette in difficoltà il setting e l'assetto mentale di attesa tipico dell'analista classico. Il processo terapeutico non viene spinto dal malessere del paziente, la terapia non va avanti da sé e quindi non sono da attendersi le libere associazioni. Non basta cioè mantenere il setting e interpretare le resistenze che ostacolano il flusso, fiduciosi che prima o poi avverrà l'emersione del rimosso, dobbiamo considerare che esiste un sé che dobbiamo aiutare a crescere nella relazione terapeutica. Questi pazienti sono rimasti bloccati nella cosiddetta "identificazione narcisistica" che Freud ipotizzò in "Introduzione al narcisismo (1914)" e "Lutto e melanconia (1915)" e devono ancora sviluppare il proprio mondo intrapsichico, l'apparato Preconscio-Conscio. Pertanto le persone che entrano in relazione con loro sono vissute come mezzi per arrivare ad un fine, per ottenere qualcosa di concreto, piuttosto che un fine di per sé: così il concetto di relazione è sostituito dal bisogno di dipendenza da un oggetto-sé. Per questo motivo il terapeuta sente che le sue parole non costruiscono nel paziente, non vengono registrate nel loro contenuto, perché è cercato qualcos'altro. Non si è potuta sviluppare la spontaneità e il paziente non si sente al centro della propria vita: secondo Bromberg (1998/2001) è bloccato tra lo specchio e la maschera, cioè tra il compiacere l'altro e l'evitare una relazione troppo coinvolgente, in assenza di un'identità sufficientemente strutturata da tollerare lo scambio di emozioni. Sono frequenti le strutturazioni di "falsi Sé", che tendono a controllare l'ambiente e gli altri dietro una maschera razionale, non consapevole, e così prevale, piuttosto che il desiderio di realizzazione personale, quello di manipolare per ottenere, di sfruttare, di sentirsi migliori degli altri. Se una persona è carente, in maniera inconsapevole, di sufficienti risorse interne per dare significato alla propria vita, per quanto il sentimento di non-esistenza sia sempre molto vicino all'insight, non può che proteggersi amplificando il proprio narcisismo, fino a farlo divenire patologico e ciò lo farà sembrare vanitoso, esibizionista e arrogante. Questo narcisismo darà un minimo di coesione ad un sé molto fragile per nascondere la propria illusione di autosufficienza, di superiorità, del non aver bisogno di avere bisogno. Il rischio terapeutico è sempre che il paziente rimanga, in seduta, guidato dal solo bisogno di trovare un oggetto-sé, creandosi passivamente un appoggio che sarebbe infinito perché non promuoverebbe nessun cambiamento psicologico: per questo molto spesso questi pazienti sono considerati non analizzabili. Così bisogna intervenire terapeuticamente, giocando ed aiutando a far capire al paziente il tipo di processo in cui è coinvolto, perché riprenda a scorrere il flusso delle associazioni spontanee. Bisogna aiutarlo a far nascere e costruire un "io osservante", che possa aiutarci poiché gli mostra che può esistere un altro modo di vivere, per cui vale la pena di impegnarsi. Una persona che cerca un oggetto-Sé concretamente e porta in seduta questa richiesta, cioè rappresentazioni in cerca di fusionalità, di un rapporto speciale, non possiede un'identità stabile e flessibile che, al tempo stesso, possa osservarsi nel processo analitico. Di importanza vitale per il processo è promuovere lo sviluppo di una minima capacità di tollerare la propria angoscia, che va di pari passo con l'inizio della strutturazione del sé: imparare a fare da soli quello che ci si aspetta dalla madre, spostarsi dal controllare



# Psicoanalisi Contemporanea

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

“Stefano Calamandrei, I disturbi di personalità: la relazione terapeutica”

l'altro all'interiorizzazione. Siamo in un ambito più precoce dello sviluppo della “capacità di essere solo” di Winnicott (1965), siamo piuttosto in una fase di comunicazione empatica non-verbale di condivisione, di individuazione delle rappresentazioni, della loro contemplazione congiunta. Dobbiamo promuovere la ricostruzione di strutture mentali transizionali che consentano al paziente di fare esperienza di sé, attraverso un'area di scambio neutrale, che consenta delle micro-identificazioni con la funzione analitica dell'analista, della sua capacità elaborativa. La creazione di questo spazio transizionale neutrale è decisiva poiché l'analista non deve contaminare con la sua presenza, con la sua mente, il campo bipersonale, arrivando quasi a non esistere come persona, nella stessa maniera descritta come “preoccupazione materna primaria” di Winnicott (1958), l'atteggiamento che la madre dovrebbe assumere nel relazionarsi con il neonato. L'importanza del setting è evidente ed è quella di contenere e indirizzare l'aggressività di una richiesta che non trova risposta altrimenti. Ma la distruttività deve entrare nel setting e deve poter mettere a dura prova non solamente il terapeuta, ma soprattutto la “persona” del terapeuta, poiché il paziente deve fare qualcosa, dare un senso “relazionale” all'aggressività e alla rabbia da cui si sente invaso. Il terapeuta, quindi, in maniera professionale, deve poterla assumere senza sentirsi in colpa, considerando che se dimostriamo sempre empatia, calore e affetto, questa rabbia si intensifica, perchè l'empatia viene vissuta come indifferenza, mentre vi è la ricerca di trasformarci nell'oggetto cattivo o di provocarci per vedere se gli vogliamo veramente bene. Il problema è che troppo buono è troppo simile a troppo cattivo, poiché si viene percepiti freddi, solo professionali, meccanici, neutri, disinteressati: “lo fa solo per i soldi” e quindi non è un vero rapporto umano. Il terapeuta deve saper sostenere il proprio ruolo di “cattivo” senza sentirsi in colpa, è questa la dote necessaria per mantenere la professionalità, anche se siamo sconvolti, irritati, arrabbiati e mantenere soprattutto la capacità di riflettere sul processo in atto. Questo atteggiamento aiuta a promuovere la funzione riflessiva che nelle personalità “borderline” e in quelle di “Stato limite” non è del tutto posseduta. Questa capacità comprende la riflessione su se stessi e sull'altro, la teoria della mente, e lo sviluppo della capacità di distinguere tra la realtà interna e quella esterna, il funzionamento del “far finta che”. Il punto è far capire e far tollerare al paziente che lui e l'altro possiedono, entrambi, un mondo interno, ma separati e diversi, eppur dialoganti anche se non sono fusi insieme. Questo è l'obiettivo della terapia, che può essere definita anche come un processo di mentalizzazione, poiché spesso i meccanismi di difesa, che ricordano quelli psicotici, sono di ostacolo alla percezione del mondo interno. Ad esempio un mio paziente borderline, cominciò una rabbiosa contrattazione sull'orario di una seduta che gli veniva concessa, su sua richiesta, per uno spostamento: era molto aggressivo nel cercare di ottenere l'orario che voleva; vi era una differenza minima, tra le 9:30 proposte e le 11 che esigeva. Arrivò ad accusarmi di non volerlo accontentare, di effettuare una rappresaglia contro di lui, di essere “cattivo”, di non sopportarlo e per questo di essere così intransigente; cercò perfino di organizzare gli orari della mia giornata in sua funzione.



# Psicoanalisi Contemporanea

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

“Stefano Calamandrei, I disturbi di personalità: la relazione terapeutica”

La contrapposizione era così intensa da essere ad un passo quasi dall'agito fisico: così provai a spiegargli le motivazioni, del tutto analitiche, del perché avevo una sola possibilità. Infatti avevo capito che dovevo trovare una via di mezzo, un ponte empatico per non essere un “oggetto persecutorio”, e quindi gli spiegai che potevo compiere i cambiamenti di seduta solo se sapevo di poter effettuare una buona seduta, che mi consentisse di essere un buon analista, perché se facevo le cose di corsa o senza comodità, il mio assetto ne avrebbe risentito e la nostra seduta sarebbe stata inutile. Si potrebbe dire che il paziente rimase come “fulminato” da questa sorta di “self-disclosure” tecnica, la sua rabbia sparì, si sentì mortificato di aver alzato il livello dello scontro e cominciò a riflettere che non si era mai messo nei panni dei suoi analisti, che non pensava minimamente che un analista potesse far fatica, o essere stanco, o essere capace di fare una seduta migliore o peggiore a seconda dei diversi fattori: fu un passaggio molto importante per questo paziente. Quest'esempio è importante per capire come si debba sempre trovare una via di mezzo, nella contrapposizione anche molto dura, che non sia accontentare il paziente, ma al contempo che egli sia consapevole della sua sensazione di esclusione. Solo così una proposta può essere accettata, cioè quando viene mostrato qualcosa della persona dell'analista, perché al di là della tecnica rivelavo anche un accenno al funzionamento mentale dell'analista, concedevo una piccola confidenza che alludeva al tanto desiderato rapporto “speciale”.

## Bibliografia

Baranger M, Baranger W (1990), *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*, Raffaello Cortina editore, Milano.

Bromberg (1998/2001), *Clinica del trauma e della dissociazione Standing in the Spaces*, Raffaello Cortina Editore, 2007, Milano.

Correale A. et al. (2001), *Borderline Lo sfondo psichico naturale*, Edizioni Borla srl, Roma.

Correale A. (2012), Stato limite e disturbo borderline: differenze e somiglianze. La difficile questione del “nucleo psicotico”, *Relazione plenaria convegno SPI “2° Seminario di ricerca sulle patologie borderline*, 24 novembre 2012, Milano.

Gabbard G. (1990), *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina editore, 1992, Milano.

Gabbard G (2004), *La psicoterapia dei pazienti borderline*, Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi.

Gabbard G., Wilkinson S.M. (1994), *Management of countertransference with border-line patients*, American Psychiatric Press, Washington (DC), London.

Green A. (1991), *Psicoanalisi degli stati limite-La follia privata*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Kernberg O. (1984), *Disturbi gravi della personalità*, Bollati Boringhieri Editore, 1987, Torino.



# Psicoanalisi Contemporanea

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

“Stefano Calamandrei, I disturbi di personalità: la relazione terapeutica”

Kernberg O. et al (1989), *Psicoterapia psicodinamica dei pazienti borderline*, Edizioni universitarie romane, 1996, Roma.

Kernberg O. (2002), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri Editore, Torino.

Kernberg O. et al (2007), *Patologie della personalità di alto livello*, Raffaello Cortina editore, 2012, Milano.

Kohut H. (1977), *La guarigione del sé*, Boringhieri, 1980, Torino.

Monari M., Il disturbo borderline, in a cura di G. Berti Ceroni, A. Correale *Psicoanalisi e psichiatria*, Raffaello Cortina editore, 1999, Milano.

Rossi Monti M. (2005), *Disforia e condotte suicidarie nel disturbo borderline*, Frenis Zero, nr. 4, anno II.

Stolorow, R.D., Atwood, G.E., Brandchaft, B. (1994), *La prospettiva intersoggettiva*, Borla, 1996, Roma.

Winnicott D. (1958), *Dalla pediatria alla psicanalisi*, Martinelli, 1975, Firenze.

Winnicott D. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando editore, 1970, Roma.

Winnicott D. (1964-68), *Esplorazioni psicoanalitiche*. Raffaello Cortina Editore, 1995, Milano.



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale