Paolo Cozzaglio

Confini borderline

Psicoterapia analitica intersoggettiva dei disturbi di personalità

Nuova edizione

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati
possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page
al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Paolo Cozzaglio

Confini borderline

Psicoterapia analitica intersoggettiva dei disturbi di personalità

Nuova edizione

FrancoAngeli | PSICOTERAPIE

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Immagine di copertina: Logo della Comunità Terapeutica per il trattamento dei disturbi di personalità del Centro Sant'Ambrogio di Cernusco sul Naviglio, realizzato dai pazienti ricoverati

2a edizione. Copyright © 2017, 2022 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione alla nuova edizione pag. 7

1. Psicologia analitica intersoggettiva » 19
1.1. Fondamenti teorici » 20
1.2. Il Soggetto intersoggettivo » 23
1.3. Il Soggetto e l'inconscio » 49
1.4. Il Soggetto nell'interdipendenza e nell'intersoggettività » 68
1.5. La funzione riflessiva » 78

2. Psicologia intersoggettiva della personalità » 85
2.1. Confini diagnostici: tra modelli categoriali, dimensionali, relazionali » 87
2.2. Il Soggetto quale organizzatore unitario della personalità 101
2.3. Sintomi manifesti e sottorganizzatori inconsci » 107
2.4. Psicopatologia relazionale dell'organizzazione borderline di personalità » 122

3. I confini intersoggettivi della personalità » 139
3.1. Personalità ossessive » 150
3.2. Personalità isteriche » 154
3.3. Personalità narcisistiche e psicopatiche » 159
3.4. Personalità dipendenti ed evitanti » 171
3.5. Personalità schizoidi e schizotipiche » 175
3.6. Personalità depressive e ansiose » 181
3.7. Personalità ipocondriache e somatizzanti » 187
3.8. Personalità paranoidi » 191
3.9. Personalità sadiche e masochistiche » 194
3.10. Personalità dissociative » 201

4. Psicoterapia analitica intersoggettiva delle organizzazioni di personalità borderline pag. 211
4.1. I confini del setting » 215
4.2. I confini dell'alleanza terapeutica » 232
4.3. I confini dell'interpretazione » 238
4.4. I confini del sogno » 252
4.5. I confini del processo terapeutico » 258
4.6. I confini della cura » 268

5. La cura comunitaria intersoggettiva delle organizzazioni borderline di personalità » 299
5.1. Perché un trattamento in comunità? » 300
5.2. Confini terapeutici della Comunità Terapeutica » 307
5.3. Ingresso, processo terapeutico, dimissione » 327
5.4. Casi clinici » 342
5.5. Il confine tra cura e guarigione » 352

Bibliografia » 357

Schemi, figure e tabelle

Schema 1 - Livelli coscienza del soggetto » 83
Schema 2 - Personalità individuale » 135
Schema 3 - Personalità intersoggettiva » 136
Schema 4 - Deficit di funzione riflessiva » 295
Schema 5 - Organizzazione di personalità borderline » 296
Schema 6 - La cura della personalità borderline » 297
Figura 1 - Il fondale della complessità » 84
Figura 2 - Interdipendenza disfunzionale » 298
Figura 3 - Palline da massaggio » 298
Tabella 1 - Strutture della personalità » 137
Tabella 2 - Personalità: tratti, temi e stile dipendente » 207
Tabella 3 - Personalità: relazioni interdipendenti » 209

Introduzione alla nuova edizione

Questa nuova edizione aggiorna il volume edito nel 2017, alla luce degli approfondimenti teorici e clinici di questi anni. Le neuroscienze stanno compiendo passi da gigante nel definire sempre di più i meccanismi funzionali che consentono l'emergere della coscienza nell'uomo, e questi studi confermano la peculiarità dello sviluppo della capacità autoriflessiva nel nostro percepirci soggetti; come vedremo, le implicazioni della "funzione riflessiva" per lo sviluppo della personalità sono rilevanti. Nel 2018 è uscita la nuova edizione italiana del Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM2) che ha dato un ulteriore contributo al processo diagnostico della personalità. Nonostante nel PDM2 non sia più menzionata tra gli stili di personalità la "personalità dissociativa", ho comunque ritenuto opportuno considerarla in riferimento alla clinica del trauma. Infine, in questa edizione approfondisco il fronteggiamento dei sintomi gravi che accompagnano il disturbo borderline di personalità, quali l'autolesionismo, l'ideazione suicidaria, l'aggressività e l'abuso di sostanze psicoattive.

Dal 2018 il *Centro di Psicologia Evolutiva Intersoggettiva* organizza un corso di specializzazione in psicoterapia dei gravi disturbi di personalità. Il confronto attivo con i colleghi che vi partecipano mi ha permesso di articolare meglio alcune sezioni del libro e di approfondire le specificità del trattamento dei casi borderline.

I curanti e gli operatori sanitari che incontrano i pazienti con disturbo di personalità borderline riportano spesso alcune sensazioni sgradevoli. Ne ho raccolte alcune: il paziente mi manipola; il paziente prima mi adora, poi mi odia; il paziente è antipatico e rompiscatole; il paziente fa tutto quello che vuole; il paziente racconta "un sacco di balle"; il paziente mi ricatta; il paziente è ingestibile. Spero che alla fine della lettura di questo libro, le stesse affermazioni si trasformino in altre che le sostituiscano e che riporto nello

stesso ordine: il paziente *non sa quello che sente realmente*; il paziente *ha immagini incoerenti dell'altro*; il paziente *si sente continuamente giudicato*; il paziente *non tollera la frustrazione*; il paziente *teme il giudizio altrui*; il paziente *pensa che mi accanisca su di lui*; il paziente *non controlla le emozioni*.

Ma cosa è un "disturbo borderline" di personalità?

"Borderline" in inglese come sostantivo significa "confine", e si riferisce propriamente alla linea che segna il passaggio tra due aree delimitate. Come aggettivo, invece, borderline indica il confine su cui è difficile poter decidere l'esatta delimitazione e la pertinenza d'area (Ferrata, 2012). È in questa seconda accezione che, riferito alla personalità, il termine borderline è stato usato per la prima volta da Adolph Stern (1938), nel significato di "confine difficile da decidere", a indicare un gruppo "incerto" di pazienti nevrotici. Si trattava infatti di persone che "sembravano" nevrotiche, ma che manifestavano un funzionamento mentale molto più grave, al limite della psicosi. Nella loro sofferenza psichica, questi soggetti appartenevano all'area nevrotica o all'area psicotica dei disturbi mentali? Da queste riflessioni di Stern è nata una patologia "di confine" che – paradossalmente – non era "ben delimitata".

Oggigiorno, il termine "borderline" possiede ancora un significato ambivalente. Come parola che indica una patologia della personalità – il "disturbo borderline di personalità" – è usato in due accezioni: la prima indica un "tipo" di personalità; la seconda descrive l'organizzazione della personalità.

Per la psichiatria, principalmente, "borderline" indica un *tipo* di personalità, cioè un particolare disturbo di personalità, contraddistinto da un umore instabile e un comportamento oscillante, che dà luogo a relazioni caotiche: «Un pattern di personalità caratterizzato da instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, e da marcata impulsività» (DSM-5, 2013).

Nella seconda accezione, invece, adoperata in particolar modo dalla psicoanalisi, "borderline" indica una determinata *organizzazione* della personalità e non un "tipo". Infatti, seguendo il significato originario del termine proposto da Stern, e ripreso poi da Robert Knight (1953), "borderline" si riferisce a un livello di gravità della personalità: a un modo con cui il soggetto organizza la propria interiorità, e al modo in cui la sua mente opera nel rapporto con la realtà.

Noi concettualizziamo il caso borderline come un caso in cui le normali funzioni dell'Io: processo di pensiero secondario, integrazione, progettualità realistica, adattamento all'ambiente, mantenimento delle relazioni oggettuali e difese contro impulsi inconsci primitivi sono profondamente indeboliti (Knight, 1953, p. 5).

Anche per Otto Kernberg (1984), "borderline" descrive come l'individuo organizza il proprio mondo interno e le relazioni oggettuali, l'immaturità delle "difese" usate per difendersi dai conflitti inconsci e il grado di distorsione che opera della realtà. Disturbo borderline di personalità significa, allora, parlare di un disturbo *al confine* tra la minore gravità dei comportamenti e delle distorsioni psichiche nevrotiche, e l'estrema gravità del mondo interno psicotico e delle sue manifestazioni sintomatiche.

La parola "confine" non traduce però solamente l'inglese "borderline": essa indica anche il metodo di cura di questa particolare organizzazione di personalità. Infatti, oltre alle questioni sulla difficile delimitazione della patologia, *il confine è ciò che occorre al soggetto borderline per ritrovare sé stesso e le sue coordinate nel mondo*. Principalmente, considero il paziente borderline come un soggetto che ha perso del tutto l'orientamento di sé nella realtà in cui vive, e quindi ha l'inderogabile bisogno di ritrovarne i confini. "Borderline", allora, come patologia della personalità, ma anche come "confine" da ricercare per la cura.

La *psicoterapia analitica intersoggettiva* è qui proposta per curare il disturbo borderline di personalità. "Psicoterapia analitica intersoggettiva" è l'evoluzione della teoria psicoanalitica di Carl Gustav Jung operata da Silvia Montefoschi, alla luce dei suoi sviluppi relazionali.

Tramite la psicologia analitica intersoggettiva, in *Confini borderline* desidero trasmettere soprattutto la mia esperienza clinica, proponendo un modello *experience based*, piuttosto che *evidence based* come è ora di moda in psichiatria. Al di là dell'esperienza clinica, però, è necessario inquadrare il proprio approccio operativo in una cornice epistemologica definita, con chiarezza e onestà intellettuale.

Il mio approccio clinico ed euristico pone il Soggetto al centro della cura, e si riconosce nella psicoanalisi, quale metodo di conoscenza e di trasformazione di sé nel rapporto con la realtà. Avrò modo di trattare ampiamente questi argomenti nel primo capitolo.

Proprio perché il mio vuole essere un approccio *experience based*, aggiungo alcune note di storia personale.

Sin dagli ultimi anni degli studi liceali sono stato affascinato dalla psicoanalisi, dopo aver letto i libri di Freud. Intenzionato a studiare medicina, per poi seguire un'analisi personale e iscrivermi alla Società Psicoanalitica Italiana (una delle poche scuole di psicoanalisi, quando ancora non era stata varata la legge n. 56 sulla psicoterapia del 1989), mi sono iscritto alla facoltà di Medicina e Chirurgia. Durante il corso di studi, però, ho posticipato il mio interesse per la psicoanalisi, e ho approfondito maggiormente lo studio della medicina e della psichiatria. Dopo la laurea, mi sono interessato nuovamente alla psicoterapia e, a seguito di una conferenza dove il mio primo analista – Antonino Messina – illustrava la psicologia analitica di Jung, decisi di iniziare una analisi junghiana.

Dell'approccio di Jung mi attirava la curiosità che aveva per le diverse discipline, i molteplici interessi clinici e culturali, e il modo approfondito con cui esaminava i sogni. Avevo trovato *L'interpretazione dei sogni* di Freud (1899) un testo acutissimo: mostrava che un comune fenomeno biochimico – il sogno – poteva aprire una porta sul nostro sconfinato mondo interiore – l'inconscio –; era per me una scoperta meravigliosa. Tuttavia, la lettura pratica che Freud faceva dei sogni mi appariva ripetitiva e piatta, per la sua riduzione continua dei contenuti onirici alle pulsioni principali: alla sessualità e all'aggressività. Inoltre, non mi convinceva l'assunto di Freud che il contenuto esplicito (manifesto) del sogno non fosse da prendere in seria considerazione, ma servisse unicamente a copertura di qualcosa di nascosto (latente) e inaccettabile per il sognatore. Tutto il mondo simbolico che scaturiva dai sogni rischiava così di essere ridotto a uno stratagemma, per proteggere il sonno del sognatore da desideri insopportabili.

L'approccio originale di Jung mi appariva più completo e rispettoso del contenuto onirico. Jung considerava il linguaggio simbolico già contenuto nella narrazione esplicita, perciò non aveva bisogno di distinguere tra contenuto manifesto e contenuto latente del sogno.

La psicologia di Jung si estendeva in ricerca, curiosità e creatività, e sottolineava, almeno implicitamente, la ricchezza del soggetto umano in relazione a tutto ciò che vive della realtà. Mi sembrò, pertanto, che la psicologia analitica junghiana stesse alla psicoanalisi freudiana come la fisica quantistica stava alla fisica classica. L'una non disconferma l'altra, ma la scala di valutazione impiegata è diversa. La fisica classica descrive bene i fenomeni comuni, a misura d'uomo, ma, avvicinandosi ai microfenomeni atomici o ai macrofenomeni cosmici, è insufficiente e imprecisa. La lettura della realtà in quest'ultimo caso necessita di ampliamento, ed è qui che subentra la fisica dei quanti. *La realtà non è come ci appare* (Rovelli, 2014a):

è molto più ricca e complessa, se vogliamo interagire creativamente con lei.

Per coltivare il suo desiderio generativo di conoscenza, Carl Gustav Jung spaziava tra le discipline, organizzava incontri multidisciplinari a Eranos sul Lago Maggiore (Bernardini, 2011) e aveva intrattenuto strette relazioni, terapeutiche e di ricerca comune, con il fisico quantistico Wolfgang Pauli (Pauli, 1992; Tagliagambe e Malinconico, 2011; Sparzani e Panepucci, 2015).

Jung inoltre, con grande umiltà, considerava la sua psicologia provvisoria e non esaustiva (Jung, 1912), e così lasciava spazio agli sviluppi futuri della sua teoria. Non è un caso se diversi junghiani hanno letto il pensiero del maestro in modo alquanto originale, discostandosene in parte, per elaborare una propria visione; basti citare James Hillmann (1926-2011) e, in Italia, Silvia Montefoschi (1926-2011).

A quest'ultima mi riferisco per quanto riguarda l'intersoggettività. Dopo la lettura, consigliatami dal mio analista, di alcuni suoi libri (in particolare: *L'uno e l'altro*, *Dialettica dell'inconscio*, *Il sistema uomo*), decisi di proseguire l'analisi e la ricerca con lei. Furono anni per me di intenso stimolo interiore, che mi aprirono alla centralità del Soggetto nella cura, e mi fecero fare esperienza dell'importanza di concepire il soggetto quale Soggetto intersoggettivo. La teoria della relazione intersoggettiva, elaborata da Montefoschi negli anni '70 del secolo scorso, si distingue affatto dalla "psicoanalisi intersoggettiva" di Stolorow e Atwood, che è nata dalla psicologia del Sé di Kohut. Per *intersoggettività* Montefoschi intendeva, innanzitutto, un diverso modo evolutivo di relazionarsi e, in questo senso, sviluppava alcuni concetti junghiani, come quelli di individuazione, funzione trascendente, Sé, inconscio personale, inconscio collettivo, sincronicità. Questi stessi concetti erano da lei letti con uno sguardo radicalmente relazionale, e forse il suo pensiero ha solo questo in comune con le correnti americane. Gli "psicoanalisti relazionali" americani intendono l'intersoggettività in modo piuttosto generico, come sistema o campo dove si misurano, si influenzano e si relativizzano i soggetti in gioco. Per Montefoschi, invece, l'intersoggettività è il modo per riconoscersi pienamente Soggetto e non "subire" la vita (Cozzaglio e Cutrale, 2013).

> Se cerco di cogliere sul piano esperienziale il fenomeno intersoggettivo […] devo dire che esso si rivela a me come la felice condizione dell'esistere con l'altro [fondata] sul soddisfacimento di due bisogni che le sono essenziali; quello che l'altro ci sia, in quanto è grazie all'esserci dell'altro che io mi manifesto come esistente e mi riconosco, e quello che io ci sia in libertà, poiché mi riconosco solo se sono libera di dirmi e di darmi così come, di volta in volta, l'esistere dell'altro mi

rivela a me stessa. (Montefoschi, 1977).

L'intersoggettività nasce come spinta originaria nel percorso di individuazione che il soggetto compie per uscire dalla dipendenza, che lo caratterizza inizialmente nello sviluppo e che spesso si consolida in quella che è l'espressione della psicopatologia (della vita quotidiana). Intersoggettività e interdipendenza costituiscono la dialettica delle relazioni interpersonali.

Per quanto riguarda invece l'approccio ai gravi disturbi di personalità, mi è capitato di incontrare due diverse tipologie di persone nella mia professione di psichiatra e psicoanalista.

In studio, ho incontrato per lo più quei pazienti che ora sarebbero definiti affetti da "disturbo di personalità ad alto funzionamento" (Caligor *et al.*, 2007). Soggetti sofferenti, in particolare per le relazioni affettive difficili e discontinue, e per le continue fluttuazioni dell'umore e della percezione di sé stessi; tuttavia, riuscivano ad avere un'attività lavorativa che permettesse loro di essere autonomi, almeno parzialmente, o addirittura ottenevano alte prestazioni in campo professionale.

In ambito istituzionale, invece, nelle comunità terapeutiche dove lavoro, incontro soggetti considerati pazienti molto difficili, che vivono situazioni sociali e affettive disastrose, che spesso agiscono atti autolesionistici gravi o sono dipendenti dalle droghe, che beneficiano poco delle cure (almeno quelle psicofarmacologiche) e che, in genere, creano problemi sociali nel loro ambiente di vita.

Nonostante la significativa diversità "di presentazione", entrambi i soggetti – quello conosciuto in ambito privato e quello conosciuto in ambito istituzionale – avevano qualcosa in comune: l'intensa sofferenza personale, e la difficoltà di creare una valida relazione terapeutica e d'aiuto. All'inizio della mia esperienza come psicoterapeuta, almeno in ambito privato, la maggior parte di questi pazienti abbandonava dopo pochi incontri le sedute. Le loro reazioni improvvisamente cangianti, la tendenza al risentimento e alla polemica, la rabbia intensa facevano sì che non mi trovassi a mio agio con loro, senza capire bene fino in fondo il perché. Non mi consolavano le descrizioni di Kernberg (Kernberg 1984, 1997; Maffei, 1993; Clarkin, 2000) che menzionavano abbandoni precoci della terapia, continui cambi di terapeuta, équipe terapeutiche spaccate, intense identificazioni proiettive con induzione di rabbia nel terapeuta, e violenti affetti transferali e controtransferali.

Capii la mia difficoltà – e la difficoltà del paziente con me – solo dopo

aver conosciuto e sperimentato la prospettiva intersoggettiva. Riuscii così a vedere nel paziente il tentativo di cercare di ritrovarsi come soggetto in relazione: poter reggere l'angoscia di fidarsi dell'altro, pur riconoscendolo diverso da sé. I meccanismi di difesa borderline più frequentemente descritti in letteratura (identificazione, svalutazione, scissione, identificazione proiettiva) sono in realtà l'estremo tentativo del soggetto di uscire dall'interdipendenza (o almeno di cercare di trasformarla), senza perdere sé stesso e il rapporto con l'altro. Un tentativo disperato, perché conduce, il più delle volte, a dover vivere le relazioni in modo precario e mutevole, per non far avvicinare troppo l'altro e, allo stesso tempo, per non perderlo.

La prospettiva intersoggettiva, per poter essere vissuta come metodo psicoterapeutico, richiedeva una tecnica flessibile, anche se rigorosamente fondata. A questo fine, veniva immediatamente in aiuto la psicologia analitica di Jung, con il suo setting duttile e soggettivamente personalizzabile: le sedute *vis-a-vis*; il numero variabile di incontri settimanali (non eccessivamente frequenti); il metodo dell'amplificazione (e non solo delle solipsistiche associazioni verbali), in cui l'analista entra direttamente in rapporto con il paziente, per riflettere e simbolizzare le proprie esperienze; quelli che, con il linguaggio di oggi, si chiamerebbero "interventi dosati di self-disclosure" (Lingiardi e Gazzillo, 2014). Proseguendo il discorso junghiano, Silvia Montefoschi faceva coincidere la tecnica dell'analisi con l'analista stesso, e il metodo con la ricerca dell'intersoggettività.

> La tecnica, quale espediente cui ricorrere per attuare il metodo, è di volta in volta da inventare, fermo restando un momento essenziale: l'atto della mediazione riflessiva da parte dell'analista nei confronti di sé e del contesto in cui pur tuttavia è calato. In quanto è proprio questo prendere distanza da sé, dall'Altro e dal contesto, questo suo essere contemporaneamente dentro e fuori dalla vicenda, che mentre consente a lui di vederla, anziché agire in essa i propri vissuti immediati, costringe a sua volta l'Altro a prendere quella distanza in cui soltanto può affiorare la presenza soggettiva (Montefoschi, 1982, p. 503).

Vedremo in questo libro che, come continua anche l'autrice stessa nelle sue successive considerazioni, la "tecnica di volta in volta da inventare" non esime dal prendere una posizione di metodo rigorosa e fondata; ne indica solo lo scopo principale – l'emergenza del Soggetto intersoggettivo – e la versatilità.

La psicologia analitica intersoggettiva è perciò quell'approccio psicoterapico che contiene in sé i presupposti e il metodo della psicoanalisi e si pone come obiettivo la cura del Soggetto. Cura che, però, consiste nel pro-

muoverlo *Soggetto della cura* (Cozzaglio, 2014) in quanto Soggetto intersoggettivo. Il metodo della psicologia analitica intersoggettiva può essere applicato, come vedremo, sia alla relazione duale nella stanza d'analisi sia in ambiente istituzionale. Forma di psicoterapia, ma anche metodo di lavoro in équipe multidisciplinare. Indipendentemente dalle tecniche psicoterapiche e riabilitative applicate, costituisce il presupposto di base della cura, il *frame* o griglia di lettura dell'operare terapeutico.

Poiché l'obiettivo di questo testo è la messa a fuoco del funzionamento dell'organizzazione borderline di personalità e dell'intervento di cura, concludo questa premessa proponendo una considerazione generale, riguardo alla psicoterapia con i pazienti che vivono questo tipo di disagio.

I soggetti borderline vivono sé stessi, le relazioni e le proprie esperienze in modo non coerente, confuso e caotico. I sintomi comuni a tutte le espressioni di personalità di struttura borderline sono: la difficoltà a esercitare la funzione riflessiva e a gestire gli stati emotivi, la sfiducia, le difficoltà relazionali e sociali, l'autolesionismo. Per questo i pazienti borderline appaiono agli altri come fragili, incoerenti, instabili, inaffidabili, manipolatori, esagerati, fastidiosi e invadenti. Le reazioni controtransferali, e l'interdipendenza che si prova con questi soggetti sono perciò intense e di difficile gestione. Chi cura i pazienti borderline, o entra in relazione con loro, ha una sgradevole impressione di confusione, di muoversi costantemente su un terreno minato, di trovarsi ad agire reazioni estreme che pensava di poter facilmente dominare. Per tutte queste ragioni, i pazienti borderline sono considerati generalmente individui "difficili", e hanno la nomea di indurre nei curanti sentimenti al limite dell'accettabile o di "spaccare" le équipe terapeutiche. Personalmente ritengo che, per evitare questi (pre)giudizi sulla personalità borderline, ogni terapeuta debba tenere in considerazione alcuni punti chiave del trattamento.

1. Mantenere un setting coerente e rigoroso, ma accompagnato da un atteggiamento professionale accogliente e sincero.
2. Pensare sempre, anche nei momenti di conflittualità, che il paziente non intende manipolare il rapporto con il terapeuta (una sorta di presunzione d'innocenza): egli esprime sé stesso nel solo modo che sa essere con l'altro, per cercare di mantenere stretta la relazione, anche se spesso ottiene il risultato contrario.
3. Poter accettare le contraddizioni e l'incoerenza del paziente, ritenendole comunque l'espressione autentica delle sue difficoltà.

4. Accogliere le reazioni emotive estreme, cercando semmai la strategia migliore per modularle, senza rispecchiare una reazione di paura, di impotenza o di impossibilità di controllo: non spaventarsi!
5. Considerare sempre attentamente ciò che il paziente racconta e dice di sé, favorendo l'espressione di ogni argomento che possa ritenere superfluo, insignificante, inaccettabile o riprovevole.

In ultimo, il terapeuta (o l'équipe curante, se si tratta di più figure professionali) deve costantemente applicare la funzione riflessiva a ciò che accade, dentro e fuori la seduta, e questo è molto faticoso. Non è dunque utile moltiplicare troppo i colloqui o accudire oltre misura il paziente borderline, accogliendo ogni suo bisogno immediato. Gli spazi e i tempi di "distacco", in cui al paziente, come soggetto, si demanda il dover reggere la tensione emotiva autonomamente, sono assolutamente necessari: «Il riposo è sacro!» recitava un vecchio adagio.

Confini borderline è una sinonimia che indica al tempo stesso una patologia della personalità (il disturbo borderline di personalità) e il metodo per superarla (ritrovare i confini del proprio sé).

Come si articola il volume?

Il *primo capitolo* è dedicato al Soggetto e agli stati di coscienza che lo caratterizzano. È il capitolo che espone l'epistemologia della psicologia analitica intersoggettiva, e lo ritengo premessa indispensabile a tutto il discorso sulla personalità. Ho cercato di mettere in relazione un modello psicoanalitico di soggetto con gli studi più recenti sulla coscienza, promossi dalle neuroscienze. Inoltre, ho voluto descrivere il soggetto non come entità a sé stante, ma definirlo secondo le relazioni che il soggetto intraprende con gli altri nella realtà in cui vive, e con ciò che di essa conosce. Illustro qui la differenza tra interdipendenza e intersoggettività.

Propongo poi un discorso psicoanalitico articolato sull'inconscio, ormai troppo spesso ridotto alle operazioni implicite del sistema nervoso centrale, che non sono considerate appannaggio della coscienza. La psicoanalisi si è originariamente definita proprio a partire dalla descrizione dell'inconscio, ma ultimamente sembra sempre di più rinunciarvi, per trovare maggiori argomenti di dialogo con le scienze cognitive. Riprendo invece qui l'importanza dell'inconscio nella sua prospettiva più estesa, secondo la descrizione fatta da Carl Gustav Jung.

Infine, concludo con una considerazione sul valore della "funzione riflessiva", cercando di precisarne l'ambito di significanza. La funzione ri-

flessiva è un altro termine oggigiorno molto usato, che viene solitamente ricondotto alla teoria della mente e che, invece, nell'accezione estesa di Silvia Montefoschi, definisce il modo che il Soggetto ha di conoscere sé stesso, l'altro e il mondo in cui vive, includendo in questa conoscenza l'inconscio.

Il *secondo capitolo* è dedicato alla personalità. Cercherò di precisare come si può intendere la personalità in riferimento al Soggetto, considerato come organizzatore centrale e unitario della propria esperienza e del modo di rapportarsi al mondo. Affronterò i problemi inerenti la diagnosi di personalità, distinguendo tra "organizzazione" e "tipi" o "stili" di personalità, prendendo in considerazione i tratti osservabili della personalità e i temi inconsci che li sottintendono. Suggerirò di osservare la personalità all'interno delle relazioni che si vengono a creare tra i soggetti che la esprimono.

Quest'ultimo punto è particolarmente importante perché cerca di superare la visione individualistica della personalità (come di solito è descritta nei diversi testi che la illustrano) e propone di considerarla, sempre e comunque, l'espressione dei modi di relazione con cui il soggetto interagisce.

Il *terzo capitolo* è dedicato alla descrizione delle diverse tipologie di personalità, presentate attraverso alcune caratteristiche fondamentali e con l'esposizione di numerosi casi clinici. Le caratteristiche che prenderò in esame per descrivere i tipi di personalità sono: i tratti espressivi e i loro temi inconsci; il tipo di relazione dipendente che preoccupa il soggetto, che esprime un determinato tipo di personalità; gli effetti interdipendenti dei diversi tipi di personalità, che si danno nelle relazioni tra soggetti.

Il *quarto capitolo* è dedicato alla psicoterapia del disturbo borderline di personalità. Illustrando l'applicazione del metodo della psicoterapia analitica intersoggettiva, cercherò di proporre una rilettura dei problemi della terapia dei pazienti borderline che discenda dal considerare il Soggetto come centro epistemico della terapia. Posto che il soggetto borderline è un soggetto che non trova i confini del proprio sé, tratterò i confini del setting e dell'alleanza terapeutica. Entrerò poi nel merito di alcune importanti questioni tecniche: l'uso dell'interpretazione in seduta, il processo terapeutico e gli obiettivi della cura. Tratterò in modo sintetico l'uso dell'analisi dei sogni, un argomento molto trascurato nei testi che illustrano i metodi di psicoterapia, anche psicoanalitica, della personalità.

Questo capitolo intende definire nella pratica clinica cosa significhi centrare la cura sul Soggetto, e cosa possa comportare la visione intersoggetti-

va della personalità per la psicoterapia.

Il *quinto capitolo* è affatto originale nel panorama dei libri che trattano dei disturbi di personalità, perché approfondisce la cura del disturbo borderline in Comunità Terapeutica psichiatrica. Descriverò l'organizzazione del trattamento comunitario nella cornice della psicologia analitica intersoggettiva, e le diverse funzioni che caratterizzano il lavoro di cura dell'équipe terapeutica multidisciplinare. Tre casi clinici esemplificheranno gli argomenti e i problemi esaminati. In conclusione, proporrò un modo di concepire la cura e la guarigione dei disturbi borderline di personalità, diverso dal consueto modello medico e psicologico.

Gli schemi, le figure e le tabelle che corredano i diversi capitoli vogliono essere un aiuto alla lettura. Personalmente apprezzo la rappresentazione grafica dei concetti complessi, e spesso la propongo ai miei stessi pazienti, perché aiuta a fare una buona sintesi mentale.

Desidero innanzitutto ringraziare chi sta lavorando creativamente con me e attivamente porta avanti il corso di psicoterapia borderline che trae spunto da questo libro: Marco Canciani, Mimma Cutrale, Stefania Greppo. Tutta la riflessione sulla psicologia analitica intersoggettiva non sarebbe stata possibile senza il continuo confronto, anche costruttivamente critico, con i colleghi del CEPEI (Centro di psicologia analitica intersoggettiva), con cui condivido da anni le mie riflessioni. Ringrazio i colleghi e il personale che con me lavorano nella CRA "San Riccardo", comunità che accoglie pazienti con gravi disturbi di personalità, e nella CRA "Olallo Valdes", comunità per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare.

A Mimma (Miriam) e a Maria Luisa Tricoli devo un grazie particolare per la pazienza e la competenza preziosa nell'aiutarmi a rivedere quanto ho scritto; le suggestioni che mi hanno dato, e l'esperienza che generosamente hanno condiviso con me, le rendono vere co-autrici del libro. Gianna Cerruti ha poi sapientemente aiutato a correggere la forma del testo, per renderlo più godibile e comunicabile. Baldo Lami e Maria Mastrantoni, editori dell'opera omnia di Silvia Montefoschi, hanno favorito le numerose citazioni dei suoi testi, ormai irreperibili nelle edizioni originali.

Ringrazio di cuore tutti i pazienti che in questo libro compaiono, anche se in modo ovviamente celato, per aver dato un forte impulso alla mia funzione riflessiva e per avermi insegnato tanto.

1. Psicologia analitica intersoggettiva

L'indagine scientifica della coscienza
è compatibile con i fatti della individualità
e della soggettività umana.
Gerald M. Edelman

Il fondamento epistemologico di quanto è scritto in questo libro è innanzitutto il Soggetto. Siamo infatti noi, quali Soggetti, che conosciamo la realtà e diamo il senso alla vita che viviamo. Il nostro punto di vista soggettivo è ciò che conta di più in ciò che facciamo e comunichiamo agli altri. Soggetto è ciò che siamo anche in questo istante: Tu, lettore di questo libro, sei il Soggetto che entra in contatto con la mia soggettività di scrittore in ciò che trovi qui scritto.

È però altrettanto vero che il Soggetto, nelle discipline medico-psicologiche che trattano dell'uomo, si pone in esse come oggetto della propria conoscenza. La medicina e la psicologia corrono il rischio di dimenticare il Soggetto e di parlare del *soggetto* solo quale *oggetto* di studio, e descrivono l'uomo nella sua generalità di specie e nel suo comportamento oggettivato. Questo non esautora però il Soggetto dall'essere il vero centro epistemico e il referente ultimo dell'indagine scientifica che egli stesso promuove. In questo senso, il Soggetto è anche il fondamento meta-fisico della scienza, perché è attraverso la sua attività conoscitiva e riflessiva che va *oltre* le cose, cioè oltre il dato immediato che la realtà gli prospetta, e dà un senso e un'organizzazione teleologica alla realtà.

Queste considerazioni sono, a mio avviso, cruciali per discipline come la psichiatria e la psicologia per le conseguenze sul metodo e le tecniche di cura, e in particolar modo per la "cura della personalità", che è l'argomento di questo libro. Nella psichiatria il soggetto non è solo oggetto di conoscenza, ma è spesso anche *oggetto della cura*. Il paziente stesso si sente oggetto della sua malattia e non soggetto sofferente. Ritengo che passare da sentirsi "oggetto" della cura (o dall'idea di una "cura del soggetto") ad essere *Soggetto della cura* sia lo scopo intrinseco della cura stessa e l'unica via che

può portare alla guarigione (Cozzaglio, 2014).

Il correlato irrinunciabile al fondamento epistemologico della scienza basata sul Soggetto è che egli non è ontologicamente solo. Sicuramente, il Soggetto scopre negli altri soggetti e nella realtà una decisa somiglianza, unita a una accentuata diversità. La diversità, tuttavia, non deve essere intesa come radicale separazione interpersonale o, come spesso avviene, come problema alla comunicazione tra individui. Intendo invece la *diversità come dinamismo della somiglianza*, come qualità che dà spessore all'individualità del singolo essere umano, e che non interrompe il dialogo d'insieme che permette di organizzare la realtà. Il Soggetto è tale, quindi, se si percepisce in costante dialogo con il mondo che lo circonda, fatto di eventi e relazioni, cioè se è in costante presenza dell'Altro[1]. È questo il fondamento dell'intersoggettività, che permette al Soggetto individuale di riconoscersi come Soggetto intersoggettivo.

1.1. Fondamenti teorici

La *psicologia analitica intersoggettiva* si fonda sull'idea di Soggetto, sulla psicologia analitica di Carl Gustav Jung, e sulla elaborazione della teoria della relazione intersoggettiva proposta da Silvia Montefoschi[2].

Al Soggetto, all'autocoscienza riflessiva e alla funzione riflessiva che ne è il fondamento, dedicherò i successivi paragrafi di questo capitolo.

La psicologia analitica di Carl Gustav Jung è una particolare prospettiva della psicoanalisi, che si discosta dallo schema interpretativo pulsionale e omeostatico della teoria freudiana, ma che altresì assume come propri alcuni concetti cardine, impliciti ed espliciti, che ne fondano le basi: 1) l'esistenza di una attività inconscia nell'uomo che promuove l'attività della coscienza; 2) la coincidenza del processo di cura con il processo di ampliamento di conoscenza; 3) la relazione come presupposto, almeno implicito, della conoscenza e della cura.

Sigmund Freud ha fondato la terapia che ha denominato "psicoanalisi"

[1] Altro con l'iniziale maiuscola, non per seguire suggestione lacaniane, ma perché si riferisce all'altro Soggetto, quale "altra persona da me", ma anche agli eventi che ci troviamo a vivere se sussunti come interlocuzioni della nostra soggettività, e non solo percepiti come meri fatti oggettivi. Così come "Soggetto" maiuscolo indicherà nel testo il soggetto che è consapevole di sé, come vedremo più avanti.

[2] Per approfondire suggerisco le seguenti letture: Freud (1932) *Introduzione alla psicoanalisi*; Jung (1928) *L'io e l'inconscio*; Montefoschi (1977) *L'uno e l'altro. Interdipendenza e intersoggettività nella pratica psicoanalitica*.