

*In psicologia clinica e in psichiatria la parola “borderline” ha sempre avuto un significato molteplice. I diversi autori e le diverse scuole di pensiero hanno infatti impiegato questo termine in riferimento al proprio modo di intendere la psicopatologia e il lavoro clinico, basato a sua volta sulla teoria di riferimento adottata; ciò ha rappresentato una ricchezza ma anche un limite per lo sviluppo del pensiero teorico e clinico in quest’area diagnostica. Il concetto ha una lunga storia alle spalle e sono note le vicissitudini alle quali è andato incontro, a partire dalla sua prima formulazione ad opera di Adolph Stern nel 1938 e passando per il periodo in cui veniva utilizzato a sproposito diventando il cosiddetto “cestino della carta straccia”, nel quale finiva tutto ciò che, a livello diagnostico, non trovava posto altrove. La psichiatria, la psicoterapia nei suoi vari orientamenti e la psicoanalisi, in particolare, si sono cimentate con esso proficuamente, traendo vantaggio per la ricerca sulla psicopatologia di personalità, ma generando anche una certa confusione diagnostica in molti operatori della salute mentale.*

*Senza ripercorrere i vari passaggi di questo percorso, due sono i modi con i quali viene attualmente usato il termine “borderline”.*

*Da un lato, esso viene impiegato in senso categoriale per indicare una singola entità nosografica, uno specifico disturbo di personalità presente nelle classificazioni al fianco di altri, che possono risultare altrettanto gravi nella pratica clinica. Questo è l’uso del termine “borderline” che viene fatto in psichiatria descrittiva e che trova espressione nel DSM, fin dalla sua terza edizione del 1980 (la prima ad avere conquistato dignità scientifica) e frutto delle ricerche condotte a suo tempo dalla task force capitanata da Spitzer.*

*Dall’altro, il termine viene da sempre utilizzato anche nel suo significato etimologico, per indicare un livello di gravità. In senso dimensionale, dunque, e non categoriale, per descrivere un’organizzazione patologica di funzionamento più grave di quella nevrotica ma meno di quella psicotica,*

*che può essere presente in diversi stili di funzionamento e, quindi, appartenere a diverse categorie nosografiche. Sappiamo che in psicoanalisi si è sempre teso a preferire questa seconda accezione del termine.*

*Sarebbe tuttavia semplicistico vedere questo confronto come una contrapposizione netta tra scuole di pensiero al loro interno omogenee (psicoanalisi da una parte e psichiatria dall'altra). La letteratura clinica e di ricerca è molto vasta, e diverse sono le argomentazioni, i punti di vista e gli aspetti che vengono sviluppati. Anche nella pratica clinica ci si può trovare facilmente a ragionare sui pazienti utilizzando il concetto di borderline in termini sia categoriali (la concezione presente nell'Asse II del DSM) sia dimensionali e come organizzazione di personalità (a volte, con non poca confusione, ad esempio, nelle discussioni cliniche tra gruppi di colleghi).*

*Inoltre, da una parte alcune valide ricerche empiriche (come quelle di Shedler e Westen) sostengono che la patologia borderline non esiste "in natura" per come viene descritta nei DSM (dando quindi sostegno alla tradizione psicoanalitica); dall'altra vi sono molti colleghi, anche tra gli stessi psicoanalisti, che continuano a ritenere utile l'impiego di una categoria caratterizzata da instabilità comportamentale e affettiva e dell'immagine di sé coincidente con quanto proposto dalla psichiatria descrittiva.*

*Con il PDM, il manuale diagnostico psicodinamico uscito negli USA nel 2006 e in Italia nel 2008, la psicoanalisi ha preso una posizione ufficiale su come ritiene che debba essere impiegato questo termine, formalizzando con criteri chiari ed espliciti l'opportunità di utilizzarlo per indicare un'organizzazione del funzionamento della personalità di livello grave, trasversale ai diversi stili caratteriali che possono riscontrarsi nella popolazione. Nel PDM si trovano, quindi, diverse categorie di disturbo di personalità, ma non la categoria borderline, perché ognuna di esse può funzionare a livello borderline (sebbene alcune più probabilmente di altre).*

*I contributi presenti in questo numero, tratti dai lavori del convegno "La patologia borderline in psicoanalisi. Modelli per l'intervento", organizzato dalla SIPRe e svoltosi a Roma il 21 e 22 maggio 2011, si muovono a partire da quest'ultima prospettiva, grazie all'apporto di **Nancy McWilliams**, che è stata Presidente del gruppo di lavoro che ha realizzato l'Asse P del PDM (la parte dedicata ai disturbi di personalità negli adulti) e che fin dal suo libro sulla diagnosi psicoanalitica del 1994 ha sostenuto con convinzione la visione dimensionale della patologia borderline.*

*Nelle sue relazioni al convegno, Nancy McWilliams, oltre a trattare in termini generali il concetto di organizzazione borderline di personalità e le*

*sue implicazioni cliniche, porta un esempio concreto di lavoro in terapia individuale, attraverso la descrizione dei momenti salienti di un processo analitico con una paziente.*

*La gravità delle condizioni cliniche di queste persone richiede spesso, tuttavia, un contesto terapeutico assai più ampio di quello delle sedute di psicoterapia, per quanto intensiva questa possa essere. Con i loro contributi, **Antonello Correale** e **Salvatore Zito** affrontano il tema del difficile lavoro del gruppo degli operatori nelle comunità terapeutiche, dove l'incontro con questa patologia può risultare "traumatico", se non si trovano coordinate comuni per comprendere e integrare le complesse dinamiche che inevitabilmente si attivano.*

*Massimo Fontana*

*Ringrazio sentitamente **Massimo Fontana**, impeccabile curatore del convegno, per avermi risparmiato la fatica di scrivere gran parte dell'editoriale. Mi resta solo poco da fare: in primo luogo devo presentare il suo stesso contributo, La diagnosi in psicoanalisi relazionale, una prospettiva unitaria. L'autore prende in esame e scarta alcune spiegazioni fondamentali troppo fluide che sono state proposte per la psicoanalisi relazionale, come quella di Bromberg o del Mitchell di diretta ascendenza sullivaniana. Solo se intendiamo la personalità come un sistema dotato di coerenza e non semplicemente una collezione di modalità relazionali, ha senso investire sulla diagnosi, intendendola, questo è ovvio, come il tentativo di cogliere l'insieme delle caratteristiche del disagio psicologico delle persone e non proprio di individuare delle malattie sul modello della diagnosi medica e del procedimento medico organicistico. Per conservare sufficiente garbo, è necessario tenere conto di tutte le dimensioni conoscitive in gioco nel processo diagnostico: la dimensione nosografica (nomotetica), la formulazione del caso clinico (idiografica) e la dimensione relazionale (implicita).*

*Per finire, vi presento l'articolo di **Joyce Slochower**. Si tratta di uno studio sulla relazione psicoanalitica che Winnicott creò con il suo allievo e collaboratore M. Masud R. Khan. È difficile sottrarsi al fascino letterario e blasfemo di identificare quest'ultimo come un doppio di Winnicott stesso: il suo "mister Hyde", la personificazione inquietante di un suo nascosto lato border. D'altra parte, fu lo stesso Winnicott ad affermare ironicamente che «la psicoanalisi è una creazione di gente schizoide ad uso e consumo di altra gente schizoide» (a proposito di diagnosi, "schizoide" è un termine che oggi ha acquistato un più preciso valore catego-*

*riale, ma che ai tempi di Winnicott si usava spesso come sinonimo di patologia di base, patologia grave pur non psicotica – vedi Guntrip o Laing). Lungi da me qualsiasi intenzione denigratoria, vorrei anzi dire che mi sento in perfetta sintonia con Salvo che si esprime così nella sua relazione sul funzionamento borderline dell'equipe di comunità: «non sapremmo più bene quale senso dare al nostro impegno se ne escludessimo a priori il contatto con l'umano (e dunque con ciò che più profondamente ci appartiene) che la sofferenza del paziente finisce inevitabilmente per evocare in noi».*

*Buona lettura a tutti,*

*Alberto Lorenzini*