

## BREVI NOTE SU O.F. KERNBERG

**Nicola Lalli**

Ritengo che il prof. Kernberg, oltre che un teorico, sia soprattutto un clinico eccezionale e del clinico possiede la caratteristica più notevole: non essere né dogmatico né categorico, ma sempre aperto al confronto (con i colleghi e con i pazienti) e quindi ricettivo e disponibile a modificare, sulla base dell'esperienza clinica, il proprio pensiero.

Questa affermazione non è solo un riconoscimento, ma anche un evidenziare che alcuni aspetti del suo pensiero e della sua prassi, a mio parere, si sono andati modificando nel tempo.

Ritengo che il pensiero di Kernberg dell'ultimo decennio (mi riferisco in particolare a *Psicoterapia della personalità borderline*) presenti delle diversità rispetto a quello forse più conosciuto in Italia (mi riferisco in particolare a *Sindromi marginali e narcisismo patologico* del '75). Pertanto vorrei soffermarmi su questi aspetti per fornire un mio contributo a questo Convegno<sup>1</sup>.

Anche a costo di essere ripetitivo, mi sembra inevitabile riassumere alcuni punti essenziali della genesi e della dinamica della sindrome borderline, come sono stati postulati da Kernberg e che sono ampiamente condivisi da quanti si occupano, attraverso un orientamento psicodinamico, di questa patologia che sembra essere in netto aumento, almeno per quanto attiene alla richiesta di una psicoterapia.

Il sistema difensivo basilare nella sindrome borderline è la *scissione*, quella stessa che, fisiologica nel primo anno di vita per la congenita incapacità integrativa dell'IO, diventa, se protratta nel tempo, il meccanismo psicopatologico primario ed originario del paziente borderline, nel senso che molte delle peculiarità di questa patologia sono dirette derivazioni della scissione.

La scissione, o dissociazione primitiva, è caratterizzata da una totale sconnessione emotiva tra stati contraddittori dell'IO, in particolare l'esperire in modo totalmente scisso percezioni idealizzate e persecutorie nelle relazioni oggettuali. E fin quando la scissione permane, si disinnescano l'emergenza dell'angoscia, beneficio che viene pagato con una serie di gravi problematiche relazionali.

Una prima conseguenza della scissione è la *dispersione dell'identità*, vale a dire la mancata integrazione di rappresentazioni opposte e la mancanza di un vissuto stabile di oggetti totali in rapporto con il Sé, con la conseguente mancata integrazione del Sé.

---

<sup>1</sup> III Convegno Internazionale organizzato dalla SIRPIDI "Attualità e prospettive dell'intervento terapeutico nei disturbi di personalità" Roma, 21,22,23 Febbraio 2003.

La manifestazione relazionale più evidente di questa dispersione dell'identità è la divisione degli oggetti esterni in totalmente buoni e totalmente cattivi, con la concomitante possibilità di oscillazioni estreme di tali vissuti, sullo stesso oggetto. Questa rapida, continua, iterativa oscillazione spesso determina nell'oggetto relazionale un vissuto di confusione e caos. E' quello che io definisco come tendenza a far impazzire l'altro<sup>2</sup>.

Tralascio altri meccanismi difensivi primitivi come l'idealizzazione, la negazione, l'onnipotenza, la svalutazione, per soffermarmi brevemente sulla *identificazione proiettiva* che costituisce, insieme alla *scissione* ed alla *dispersione dell'identità* la triade patognomica del paziente borderline.

L'identificazione proiettiva è costituita dalla tendenza inconscia a indurre, nell'altro significativo, atteggiamenti o reazioni dovute alle proiezioni di parti del Sé prevalentemente negative e aggressive, e poi a controllare l'altro che si suppone funzioni sotto il dominio di queste proiezioni.

Il paziente borderline presenta quindi un mondo interno frammentato e rigido, una dispersione dell'identità che può sconfinare nel disconoscimento della differenza tra Sé e non Sé ed una modalità relazionale caotica, ostile, contraddittoria, con una spiccata tendenza alla identificazione proiettiva.

Questa realtà intrapsichica e relazionale che si mostra fin dai primi incontri (già nella raccolta dell'anamnesi), caratterizzata da contraddizioni, oscillazione rapida tra vissuti opposti, tendenza a mettere in difficoltà l'altro soprattutto nella capacità di comprendere, suscita nel terapeuta un controtransfert particolare. Ma, come vedremo, sarà proprio la corretta lettura ed elaborazione del controtransfert ad essere per il terapeuta il fondamentale canale informativo, circa la realtà psichica del paziente.

Infatti tra le tre modalità comunicative, mentre il verbale e il comportamentale, in questi pazienti, sono in genere poco affidabili, la modalità comunicativa del transfert e la conseguente lettura controtransferale è la via privilegiata di accesso alla conoscenza del paziente.

Certamente il controtransfert unito alla interpretazione, che rappresenta la comunicazione verbale di un vissuto controtransferale elaborato, sono gli strumenti di ogni psicoterapia analitica e per qualsiasi psicopatologia: ma nel caso del paziente borderline è, come dicevo, la via privilegiata alla conoscenza ed alla trasformazione.

Mi sembra utile una breve notazione: spesso, e non solo in Kernberg, si parla di controtransfert e di controidentificazione proiettiva come se questi due termini fossero assimilabili.

---

<sup>2</sup> Vedi in N.Lalli, *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, Liguori Editore, Napoli 2000, il capitolo "La sindrome borderline e i disturbi di personalità"

Infatti nella teorizzazione di Kernberg non sembra esserci una differenza tra queste due operazioni del terapeuta se non per la maggiore attenzione che il terapeuta deve porre nei confronti della dinamica di identificazione proiettiva e, senza colludervi, utilizzarla per comprendere il livello più profondo del conflitto del paziente.

Sembra quindi che controidentificazione proiettiva e controtransfert siano equivalenti: se fosse così dovremmo trovare un termine nuovo e diverso per indicare quelle situazioni ove il terapeuta, sotto la pressione della proiezione del paziente, tende a colludere, attuando così una modalità anti-terapeutica.

Personalmente ritengo che sia più opportuno utilizzare il termine di controidentificazione proiettiva come modalità negativa ed anti-terapeutica. Non credo che sia una pura questione lessicale: comunque l'importante è intendersi. In questo contesto userò comunque il termine controtransfert per indicare il transfert "trasformativo" del terapeuta, eliminando quindi anche l'ambiguo concetto di controtransfert negativo e positivo.

Ritornando al problema della terapia, è evidente che non basta sottolineare esclusivamente una corretta ed attenta gestione del controtransfert.

Proprio la complessità della patologia, per la tendenza all'acting out, la presenza di dinamiche fortemente ostili ed aggressive, la tendenza all'identificazione proiettiva, richiede qualche ulteriore accorgimento.

Molto brevemente ne segnalo i più importanti:

1. è necessario un livello ottimale di partecipazione e di presenza del terapeuta, senza ovviamente scadere in un atteggiamento banalmente supportivo
2. mantenere un setting molto stabile anche a fronte di comportamenti aggressivi (o a volte seduttivi) del paziente. Soprattutto non reagire a provocazioni ( come annunciati propositi autolesionistici) ricorrendo a strumenti terapeutici alternativi come ad esempio la psicofarmacologica
3. necessità di avere una notevole capacità di empatia e di accettazione degli atteggiamenti ostili ed aggressivi del paziente
4. opportunità di chiarificazioni e spiegazioni prima di giungere a delle vere e proprie interpretazioni. Interpretazione che deve privilegiare il qui ed ora, rispetto al materiale attinente il periodo infantile, e soprattutto rendere chiari ed evidenti i rispettivi e diversi ruoli. L'interpretazione inoltre deve rivolgersi prevalentemente agli aspetti aggressivi o di negazione del paziente. In altri termini l'interpretazione deve riguardare prevalentemente il transfert negativo.

In chiusura, vorrei riportare una mia personale esperienza per segnalare l'importanza degli scritti di Kernberg, quale fonte di riflessione e di ispirazione. Nel suo libro *“Sindromi marginali e narcisismo patologico”*, letto alcuni decenni fa, fui colpito da una sua notazione a proposito del disturbo narcisistico di personalità. Ne riporto integralmente la frase: *“Sono carenti soprattutto per quanto riguarda l’esperienza genuina di sentimenti di malinconia, rimpianto e lutto; l’incapacità di provare reazioni depressive è il tratto fondamentale della loro personalità”*.

Nel tempo, con l’esperienza prolungata di terapia con soggetti affetti da disturbo narcisistico di personalità, questo dato semiologico mi è sembrato un punto qualificante e patognomonico. Partendo da tale presupposto, ho ritenuto che nel corso della terapia di tali disturbi, indurre nel soggetto la capacità di esperire sentimenti depressivi, potesse segnalare un progresso della terapia stessa.

Ma come evidenziare questa “capacità depressiva” dal momento che molto spesso il soggetto con disturbo narcisistico di personalità, presenta apparenti depressioni, espressione di una violenta rabbia repressa, del senso di vuoto o semplicemente di una somatizzazione di tipo depressivo. Molto spesso nella mia pratica psichiatrica ho visto considerare come depressi e quindi trattare con antidepressivi, pazienti affetti invece da un disturbo di personalità.

La possibilità di una reazione depressiva reale, emerge quando il paziente comincia a riconoscere ed accettare l’altro come persona e quindi a temerne la perdita: cioè quando rinuncia alla intercambiabilità dell’oggetto.

Molto spesso il segno di una capacità depressiva, prima ancora di evidenziarsi in maniera chiara, si può intuire dalla presenza di un sintomo ben conosciuto alla psicopatologia classica, ma attualmente dimenticato. E’ il sentimento della perdita del sentimento che a livello fenomenologico segnala la comparsa di un affetto che sul piano psicodinamico è segno del timore della perdita dell’oggetto che, reale o fantasmatica, suscita nel depresso uno dei sintomi più dolorosamente vissuti.