

FIGURE DELLA CORPOREITÀ E COREOGRAFIE DELL'ESSERE-CON NELLA CLINICA BORDERLINE

Mario Rossi Monti

Borderline in fondo significa soltanto "frontiera",
al di qua o al di là dipende magari da come ti trattano»

(Clara Sereni, *Manicomio primavera*, Giunti, Firenze, 1989 p.39)

1. INTRODUZIONE

Il termine borderline, nonostante abbia ancora acerrimi nemici, designa oggi una condizione clinica chiaramente delimitata grazie all'incrocio dei criteri sintomatologico descrittivi del DSM-5 con la diagnosi strutturale di organizzazione borderline proposta da Kernberg e i suoi successivi sviluppi (PDM 3). Si tratta di fatto di una vasta regione dell'esperienza psicopatologica contemporanea con la quale si confrontano con grande fatica tutti gli operatori dei Servizi e gli psicoterapeuti. Non abbiamo più a che fare con il vecchio "cestino dei rifiuti" della nosografia né con forme cliniche che si collocherebbero ai margini della schizofrenia o alla periferia di altre forme psicopatologiche. La psicopatologia borderline di personalità rappresenta oggi uno dei territori centrali della clinica contemporanea caratterizzato da una grande eterogeneità. Ma da dove sono saltati fuori i pazienti borderline?

La mia generazione di clinici è cresciuta nell'alveo di una cultura psichiatrica e psicopatologica fortemente dicotomica. Da una parte le nevrosi, dall'altra le psicosi. Da una parte la psicosi schizofrenica, dall'altra la psicosi maniaco-depressiva poi mutata nel Disturbo bipolare. Queste erano le grandi partizioni ordinatrici. La nevrosi la conoscevo già "di mio", per esperienza, per formazione e per familiarità non solo clinica e teorica. La mia attenzione, nella fase di formazione, si era andata progressivamente concentrando sulle psicosi schizofreniche, sul mondo della schizofrenia, sulle sue forme, sui suoi enigmi, sui suoi paradossi (Racamier, 1980). D'altra parte la mia generazione si è trovata di fronte a un compito molto impegnativo: gestire lo smantellamento del manicomio o di quello che ne restava e contemporaneamente avviare una psichiatria comunitaria territoriale. Accompagnare la chiusura dell'istituzione manicomiale e la gestione del suo "residuo" (come allora si diceva) ma costruire anche e soprattutto una clinica del territorio (Rossi Monti, 1994). In questo ambito spiccava il tema della cosiddetta "nuova cronicità": persone che non avevano mai varcato la soglia del manicomio e che tuttavia presentavano un decorso schizofrenico cronico ingravescente, con gravi regressioni, stereotipie, manierismi e tutto il corteo dell'autismo bleuleriano. Fenomeni clinici che infrangevano un'illusione che aveva accompagnato il superamento dei manicomi. L'illusione che la chiusura del manicomio coincidesse di per sé con la scomparsa della cronicità schizofrenica. Non era così. La cronicità non era soltanto un prodotto dell'istituzione. Continuava a esistere anche fuori dal manicomio, nel territorio, nelle famiglie, nei Servizi, nelle vite quotidiane. I temi che a quell'epoca mi appassionavano

appartenevano alla grande clinica della psicosi schizofrenica, maniaco-depressiva e melanconica che ancora offrivano, pur nella loro drammaticità, forme strutturate e riconoscibili. Mi interessavano i deliri primari, la struttura formale della percezione delirante, l'organizzazione sistemica articolata dell'impalcatura nel mondo paranoico, la centralità della esperienza della colpa nella melanconia. La percezione delirante, in particolare, esercitava su di me un fascino formale. Non tanto per il suo contenuto, quanto per la sua struttura. Vi era una specie di magia insita nella percezione delirante: il mondo cambiava improvvisamente di segno, la realtà si faceva allusiva, cifrata, gravida di significati o, come diceva una mia paziente, "bifida". Il soggetto si trovava improvvisamente esposto a una realtà che non era più familiare o neutra ma carica di intenzioni, messaggi, rimandi. Tutto gli "parlava". Nella paranoia l'impalcatura era sistematica, verosimile, una costruzione complessa e avvolgente. Il mondo diventava minaccioso, ma non informe. Al contrario era un mondo organizzato sulla base di principi logici distorti, radicali, implacabili nel quale tutto era già successo una volta per tutte. Un mondo che non riservava sorprese. Tutte queste modalità di vivere nel mondo, per quanto fragili, disgraziate e cariche di sofferenza, assicuravano tuttavia una qualche stabilità. Erano forme di esistenza incrinata, tragiche, ma dotate di una architettura interna nelle quali le persone potevano, in maniera certamente molto coartata, abitare anche per tempi lunghi. Vivevano aggrappate a un equilibrio molto fragile, ma ancora possibile, che consentiva loro di tenere a bada l'incertezza e l'imprevedibilità. Non solo dei pazienti ma anche dei clinici. A nessuno di noi, quando ci confrontavamo con le forme cliniche all'epoca dominanti, sarebbe mai venuto in mente di connotare il nostro vissuto controtransferale con la sensazione di "camminare sulle uova" o di "essere sulle montagne russe". Vissuti che vengono regolarmente riportati oggi da tutti gli operatori che si cimentano con i pazienti dell'area borderline. Al contrario il clinico pativa la "stabilità" del quadro clinico, l'inerzia della cronicità, il senso di impotenza di fronte ad esistenze che sembravano essersi incamminate su una strada irreversibile.

In questo paesaggio clinico, le persone borderline comparvero inizialmente come una sorta di rottura epistemologica. Si collocavano in quello spazio in cui la dicotomia tra nevrosi e psicosi cominciava a incrinarsi, a confondersi, a perdere nettezza. Il borderline era, almeno all'inizio, una figura di confine: non propriamente nevrotica, non pienamente psicotica. Una figura che disturbava la tradizionale geografia nosografica. Un effetto provocato da tutti i "disorganizzatori nosografici" (Rossi Monti, 1996), vale a dire tutte quelle entità cliniche che occupano una posizione di mezzo (stati misti, disturbi schizoaffettivi). In una nosografia che ambisce a una esaustività e cristallizzazione un po' ossessiva i disorganizzatori nosografici portano disordine, mescolano le carte ma aprono anche nuovi orizzonti. In una prima fase i pazienti borderline venivano considerati schizofrenici "atipici" (nel senso di schizofrenici che guarivano o che non si erano del tutto rinserrati in un mondo schizofrenico). Winnicott (1969), ad esempio, scriveva: "con il termine caso borderline io intendo il tipo di caso in cui il nucleo del disturbo è psicotico, però il paziente ha un'organizzazione psiconevrotica sufficiente a permettergli di mostrare una psiconevrosi o un disturbo psicosomatico mentre l'angoscia psicotica centrale minaccia di irrompere in forma grossolana". Pochi anni più tardi Dario De Martis e Fausto Petrella (1970) mostravano come nella categoria borderline confluissero "manifestazioni caratteropatiche (si

pensi per esempio alla antica nozione di eboidofrenia), ora perturbazioni psicosomatiche o schizofreniche abortive".

In sostanza anche un paziente che si presentava con sintomi, modalità relazionali o richieste apparentemente nevrotiche poteva nascondere una organizzazione più fragile, esposta alla disintegrazione. Una psicosi acuta, per esempio nella forma della *bouffée* delirante, poteva scatenarsi quando qualcosa interveniva a rompere l'equilibrio del soggetto. Alcuni di questi scompensi venivano descritti da colleghi psicoanalisti nel corso dei primi mesi di analisi. Il setting psicoanalitico, centrato sulla asimmetria delle posizioni, la perdita del contatto visivo e l'induzione di una regressione slatentizzava in alcune persone un funzionamento psicotico che si manifestava con una vera e propria psicosi di transfert (Meissner, 1984). In questa prima rappresentazione la clinica borderline era dunque ancora pensata a partire dalla sponda psicotica: area di confine, psicosi mascherata, psicosi attenuata, psicosi che poteva slatentizzarsi quando una struttura vulnerabile apparentemente nevrotica veniva sottoposta a troppo intense sollecitazioni.

In seguito il modo di pensare alle persone borderline è molto cambiato. Oggi questa area clinica non è più marginale ad altre. Occupa una posizione centrale e ha una sua solidità rappresentativa teorico-clinica soprattutto grazie ai contributi della psicoanalisi e della psichiatria dinamica. Nel ripensare ai pazienti borderline che ho incontrato e nel tempo in un percorso psicoterapeutico della durata di diversi anni mi è stata utile l'immagine del condominio borderline (Rossi Monti, 2014). Una immagine che riprende la tipizzazione di Clarkin, Hull e Hurt (1993) e si fonda sull'idea di rappresentare l'area borderline come una casa a tre piani: un piano terra in cui vivono persone borderline connotate da un'irrefrenabile spinta all'azione. Persone giovani, con importanti condotte autolesive, tentativi di suicidio, relazioni tormentose, tempestose, spesso brevi ma intense. Al primo piano abitano invece borderline la cui problematica si esprime nella forma di depressioni atipiche o, ancora più spesso, depressioni arrabbiate, venute da un umore disforico che viene considerato paradigmatico della condizione borderline (D'Agostino et al., 1996). Al secondo piano abitano quelli che alcuni autori hanno chiamato «borderline tranquilli» (Sherwood, Cohen, 1995): persone che vivono un dramma di carattere identitario e soffrono di stati cronici di disperazione, ma che non presentano comportamenti impulsivi come quelli che connotano i borderline del piano terreno. Si tratta in genere di persone più avanti negli anni che cominciano a sviluppare una consapevolezza della problematicità di un percorso di vita estremamente dispendioso e si pongono domande intorno alla inconsistenza della loro identità.

Mentre i borderline che abitano al primo e al secondo piano sono spesso nelle condizioni di potere avanzare anche autonomamente una richiesta di aiuto, i borderline che vivono al piano terra sono in una condizione più problematica, "murati", come sono, all'interno di una modalità di funzionamento che ricerca una soluzione della loro sofferenza istantanea e immediata. Di conseguenza in genere i borderline che abitano al piano terra, quando arrivano a una richiesta di psicoterapia, arrivano con fatica, indirizzati dai Servizi di Salute Mentale, magari dopo uno o più ricoveri in SPDC. In questo caso il percorso psicoterapeutico si svolge sullo sfondo di una presa in carico più globale che accompagna la persona nelle varie fasi del suo trattamento.

Dal piano terra mi sono arrivati pazienti, spesso donne, con condotte autolesionistiche, inviate dai Servizi per affiancare alla presa in carico psichiatrica un progetto psicoterapeutico. Qui entrava subito in scena il corpo. Un corpo tagliato, ferito, usato come superficie di scarica o come strumento di regolazione emotiva. Chi definisce queste condotte come "attacchi al corpo" assume troppo frettolosamente una prospettiva in terza persona: valuta ciò che osserva dalla prospettiva esterna di chi vede una persona infliggere una ferita al proprio corpo. Ma non necessariamente l'intenzionalità insita nella ferita è un attacco. Certo, può accadere che lo sia, ma perlopiù la ferita è realizzata nell'intento di procurarsi sollievo da una tensione intollerabile e non altrimenti gestibile. Quando ci facciamo raccontare dalle persone che si tagliano come loro stesse vivono il taglio scopriamo una galassia di esperienze soggettive nelle quali l'esperienza dell'attacco è davvero un fenomeno marginale. Il taglio in prima persona è molto diverso dal taglio descritto in terza persona: il corpo diventa spesso il luogo grazie al quale proteggersi da esperienze emotivamente intollerabili, tentare di arginare una dispersione interna, contenere un eccesso, ritrovare un bordo, oggettivare nella lesione un malessere strisciante, pervasivo e indefinibile e così via.

Dal secondo piano, invece, sono arrivati pazienti che soffrivano quella condizione che Otto Kernberg (1984) ha descritto come diffusione dell'identità. Persone nelle quali sembrava valere la formula: sotto il vestito niente. Non nel senso di una superficialità banale, ma nel senso di una fragilità della consistenza soggettiva. Persone capaci di produrre - come diceva un mio paziente - "tempeste in un bicchiere d'acqua" nelle relazioni, non perché fossero semplicemente esagerate o teatrali, ma perché mancava un centro sufficientemente stabile capace di ordinare l'esperienza, di darle proporzione, continuità, prospettiva.

2. CLINICA DELLA SOGGETTIVAZIONE

La clinica borderline oggi sembra costituire un sottoinsieme particolarmente problematico di una clinica più ampia: la clinica della soggettivazione. Una clinica della contemporaneità con la quale ci confrontiamo sempre più spesso.

Arrivano nei nostri studi e ambulatori persone che chiedono aiuto pur non presentando un quadro clinico riconducibile a una delle categorie diagnostiche descritte dalla nosografia psichiatrica. Sono portatrici di una sofferenza diffusa, talvolta intensa, spesso difficilmente circoscrivibile nei termini un determinato disturbo mentale. Come è ovvio si può soffrire molto nella vita anche senza sviluppare una patologia psichiatrica in senso stretto.

Con il termine clinica della soggettivazione vorrei indicare l'insieme di quelle condizioni nelle quali il problema clinico non si lascia risolvere in nessuno dei quadri nosografici tradizionali. Il nostro armamentario nosografico classificatorio si rivela in questi casi assolutamente insufficiente. Sono persone che raccontano di "essere cadute in buca", di non riuscire ad andare né avanti né indietro, di essersi arenate, di non farcela. Non riescono a riprendere la loro strada o, più spesso, fanno fatica a trovarla. Sembrano appesantite da qualcosa che rende loro difficile, talvolta quasi impossibile, prendere una decisione, assumere una direzione o avviare un percorso vitale adulto. Ma un percorso verso dove? Spesso non lo sanno neppure loro. È come se la vita fosse lì davanti a loro ma non riuscisse a configurarsi come possibilità abitabile. Non manca

soltanto l'energia per procedere; manca più radicalmente la possibilità di riconoscere una direzione come propria. In questi casi non si tratta di curare un sintomo. Si tratta di accompagnare qualcuno che fatica a farsi soggetto della propria esperienza. Qualcuno che non riesce a prendere posizione rispetto a sé, agli altri, al mondo, alle proprie scelte. Il problema non è: "che disturbo ha?". Ma piuttosto: "come può diventare soggetto della propria vita?". Riesce ad ascoltare e dare importanza a ciò che prova? Riesce a riconoscere i propri stati interni come qualcosa che lo riguarda davvero? Riesce a prendere posizione rispetto ai propri desideri, ai propri legami, alle proprie scelte? Riesce a trasformare una sequenza di stati psichici che si succedono l'uno con l'altro senza legarsi tra loro in una narrazione dotata di senso? Riesce ad abbozzare una risposta anche provvisoria alla domanda "Che cosa voglio veramente?". La sofferenza gira intorno a interrogativi di fondo: "Ma questa è davvero la mia vita? Come posso rinunciare a altre possibilità? Tutto qui? Come faccio a impegnarmi in qualcosa senza sentirmi intrappolato?".

La difficoltà centrale riguarda la possibilità di raccogliere la propria esperienza intorno a un baricentro sufficientemente stabile. Il termine soggettivazione non indica soltanto il fatto che una persona viva un'esperienza ma il processo attraverso cui quella persona riesce a legarla, pensarla, farla propria, assumerla come parte della propria storia, sentirsi soggetto e artefice.

Naturalmente soggettivazione è un termine è rischioso. Può facilmente diventare fumoso, troppo ampio, quasi un passe-partout teorico. Tuttavia può essere utile per individuare un'area della sofferenza trasversale, vasta e sfumata a partire dalla quale sempre più persone cercano nella psicoterapia un aiuto a costituire, mantenere o ritrovare una posizione soggettiva rispetto alla propria esistenza. Questa posizione riguarda il corpo, gli affetti, le relazioni, il tempo, le scelte, il rapporto con il desiderio e con le possibilità della propria vita. In questo senso, la clinica della soggettivazione non è primariamente una clinica del sintomo. È una clinica del diventare soggetto: del poter dire, non semplicemente "mi accade qualcosa", ma "ciò che mi accade mi riguarda, posso farne qualcosa, si iscrive nella mia vita".

Una precisazione necessaria. Queste domande elementari e allo stesso tempo radicali non incidono sul piano della coscienza di sé preriflessiva, come accade nelle psicosi. Non riguardano cioè quella certezza tacita e immediata per cui ogni esperienza si dà come mia, prima ancora di essere tematizzata. Nella clinica della soggettivazione non è compromesso il sentimento minimo di esistere come sé, né il senso di appartenenza dei propri pensieri, del proprio corpo, delle proprie percezioni. La difficoltà si situa piuttosto su un altro piano: quello dell'appropriazione riflessiva, narrativa e pratica della propria esistenza. Il problema non è tanto "sono io colui che vive questa esperienza?", quanto: "che cosa posso farne?", "come posso assumerla?", "grazie a cosa posso trasformarla in una direzione, in una scelta, in una vita che possa riconoscere come mia?". Non è dunque la soggettività minima (*minimal Self*) a entrare in crisi ma la possibilità di articolare quella soggettività in un progetto, in una posizione, in una forma di vita.

La clinica borderline di personalità può essere pensata come un sottoinsieme della più ampia clinica della soggettivazione, nel quale le questioni fin qui indicate non solo si radicalizzano, ma tendono a tradursi in configurazioni sintomatiche più riconoscibili e clinicamente più allarmanti. Le condotte autolesionistiche, le crisi di rabbia, la grave

disregolazione emozionale, le oscillazioni violente dell'immagine di sé e dell'altro, fino ai tentativi di suicidio, possono essere pensate come tentativi estremi e fallimentari di dare una risposta alla fatica della soggettivazione. In questa prospettiva, il sintomo borderline non è tanto l'espressione di un disturbo. È soprattutto una forma di risposta, per quanto dolorosa e disorganizzata, al problema di come diventare soggetto della propria esperienza. Il taglio, l'esplosione rabbiosa, l'urgenza relazionale, la crisi suicidaria possono allora essere pensati come modi drammatici di interrompere e rendere percepibile un dolore informe, uno spaesamento, un senso di vacuità e inanità, di trasformare un'esperienza dispersa e intollerabile in qualcosa che abbia almeno una forma, un bordo, una scena. Si fa strada in questo modo una "soluzione" sintomatica che rischia di inchiodare la persona proprio a ciò da cui cerca di liberarsi. Il sintomo, infatti, offre una forma provvisoria all'esperienza, ma al prezzo di restringere sempre di più il campo delle possibilità.

Più che una linea sottile, la clinica borderline si configura come una vasta area (borderland (Chessick 1977)) in cui coabitano forme psicopatologiche anche molto differenti tra loro. Parlare di *Borderland* permette di mettere in evidenza non soltanto l'eterogeneità delle configurazioni borderline, ma anche il loro carattere mobile, transizionale, policentrico: un paesaggio attraversato da molteplici modi di vivere il Sé, corpo, tempo, spazio, relazione e continuità dell'esistere. Il condominio borderline è un condominio in cui c'è molto movimento: lungo le scale transitano inquilini che dal piano terra si spostano ai piani più alti o anche viceversa.

Muovendosi in questo territorio, ognuno di noi clinici si è familiarizzato con alcune specifiche configurazioni dell'essere borderline, con certe tonalità emotive, con certi modi di stare nella relazione e di esprimere le proprie emozioni e i propri pensieri. Ognuno di noi, forse, ha imparato a lavorare con un certo modo di essere borderline. Ognuno di noi, forse, ha in mente o ha sviluppato una pratica terapeutica con un "un suo borderline" che non coincide necessariamente con quello che hanno in mente o con cui lavorano altri colleghi. Quante volte nel corso della presentazione clinica di un collega si ha l'impressione che la persona con cui lui lavora in terapia sia lontano dal nostro personale modo di intendere la clinica borderline? Del resto la mutevolezza dell'espressione clinica caratteristica della persona borderline, molto ben rappresentata anni fa da Francesco Barale (2008) con l'immagine del "prisma rotante", dà un qualche fondamento a questa sensazione. Il prisma ha molte facce e ciascuno di noi ha maggiore familiarità con alcune di esse. Il "mio" borderline, ad esempio, non coincide con tutte le possibili forme della clinica borderline. Parlare del "mio borderline" non significa rivendicare una categoria privata o soggettiva, ma riconoscere che la clinica borderline si presenta sempre attraverso una relazione, uno stile di incontro, una particolare sensibilità osservativa e relazionale. Ogni clinico finisce così per abitare e forse conoscere meglio una specifica zona di questa vasta geografia psicopatologica.

La conoscenza del "mio borderline" nasce dall'avere seguito un numero limitato di giovani pazienti, perlopiù di sesso femminile, arrivati a me attraverso i Servizi in un percorso psicoterapeutico della durata media di 4-5 anni che si è affiancato alla presa in carico psichiatrica istituzionale. Si tratta di giovani pazienti che arrivano in contatto con i Servizi a causa di un tentato suicidio (o di una serie ripetuta di tentati suicidi), condotte autolesive, abusi alcolici, crisi bulimiche subentranti, crisi di rabbia spesso

violente e ripetute, in genere scatenate da configurazioni relazionali ripetitive, condotte di carattere irreflessivo e impulsivo, rotture improvvise delle relazioni. Spesso i primi contatti con il Servizio passano dal reparto di Diagnosi e cura. Qualcuno di loro – ricordo – ha preso contatto con me proprio dall'SPDC: iniziare una psicoterapia era una delle precondizioni per pensare alla dimissione. Sono persone che appaiono frammentate, nel senso che le loro esperienze sono episodiche e non precipitano in un fondo che dia continuità alla loro esperienza e alla loro vita. Presentano quasi sempre una profonda compromissione della capacità narrativa, nel senso che non sono in grado di raccontare la loro storia, nemmeno la loro storia psichiatrica. Esperienze frammentarie, slegate tra loro, stati emozionali, pensieri, stati corporei, comportamenti si succedono l'uno all'altro senza che sia possibile inscrivere in una continuità di senso. Non colpisce soltanto la gravità delle espressioni ma colpisce soprattutto il modo in cui questi fenomeni emergono: scaturiscono improvvisamente, come «eruzioni» dal nulla, prive di genealogia (capacità di risalire alle origini di ciò che accade) e di continuità.

Non si tratta dunque di una ricerca sistematica né di un campione rappresentativo della clinica borderline ma di un'esperienza clinica personale, costruita attraverso il lavoro intensivo con pochi pazienti e intrecciata con suggestioni teorico-cliniche rintracciate in una serie di autori che mi hanno accompagnato in questo percorso e che ho provato ad assemblare in maniera personale, secondo una logica inevitabilmente parziale, in una sorta di *patchwork* teorico-clinico.

Una caratteristica che mi ha colpito di queste persone è la sorprendente chiarezza con la quale individuano la “soluzione” da mettere in atto senza però riuscire a dare conto di quale sia il problema al quale quella soluzione si riferisce né di come siano giunti ad individuare quella soluzione. Ho in mente casi nei quali “la soluzione” era darsi la morte, una “soluzione” suicidaria della quale non era possibile cogliere il retroterra. Quella soluzione veniva individuata, programmata, magari messa in atto ma mai pensata come “soluzione” di qualcosa di cui sarebbe stato possibile parlare o intorno alla quale sarebbe stato possibile pensare. In maniera analoga l'abbuffata, il taglio, l'abuso alcolico, il tentativo suicidario si configurano come “soluzioni” a un malessere oscuro, diffuso e indecifrabile, una sofferenza che la persona fatica a riconoscere come propriamente psichica o propriamente corporea. Si presenta piuttosto come una condizione globale dell'esperienza, un disagio insieme psico-somatico e somato-psichico che invade il soggetto prima ancora di poter essere nominato, pensato o raccontato. Le condotte appaiono scollegate da una trama narrativa capace di inscrivere dentro una continuità di senso. Non è possibile ricostruire un percorso che conduce alla soluzione agita, né storicizzare la crisi che si ripete come se ogni volta fosse la prima volta, nella impossibilità di apprendere dall'esperienza, né prendere una posizione diversa e riflessiva nei confronti delle proprie difficoltà. Spesso l'unico comportamento che viene avvertito come problematico è rappresentato dalle abbuffate che vengono vissute a posteriori con senso di colpa e autodisprezzo. Come se insomma la sofferenza fosse immediatamente tradotta in risposta, saltando quel lavoro di simbolizzazione e di appropriazione narrativa che consente di trasformare un'esperienza in una storia e un accadimento in un evento dotato di senso.

È in questo contesto complessivo che il corpo assume una posizione centrale. Non il corpo oggettivo della medicina, ma il corpo vissuto o meglio ancora il corpo vivente: la corporeità come modo incarnato di stare al mondo.

3. RIPENSARE GLI ESISTENZIALI

La tradizione fenomenologica ci ha insegnato a considerare tempo, spazio, corpo, alterità, sé, emozioni, valori come dimensioni fondamentali dell'esperienza vissuta, modi originari attraverso i quali il soggetto si rapporta a sé stesso, al corpo, agli altri, al tempo, allo spazio e al mondo. In questo senso gli esistenziali possono essere concepiti come coordinate invisibili che rendono possibile il configurarsi dell'esperienza. Si qualificano come trascendentali perché costituiscono le condizioni di possibilità dell'esperire, ma sono al tempo stesso incarnati, poiché non si danno mai come forme astratte, bensì sempre come modalità concrete e vissute dell'esistenza. La fenomenologia clinica ha avuto il merito straordinario di mostrare come ogni forma psicopatologica implichi una modificazione della struttura degli esistenziali o di alcuni di essi: trasformazioni dell'essere-nel-mondo nelle quali cambia il modo di abitare lo spazio, vivere il tempo, vivere il corpo, etc.. L'impressione molto generale è che la fenomenologia clinica abbia perseguito l'obiettivo di individuare forme pure dell'esperienza patologica: ad esempio l'alterazione della temporalità nella melanconia, la perdita dell'evidenza naturale nella schizofrenia, la festinazione nel mondo maniaco e così via. Quasi si coltivasse l'idea di cogliere per ciascuno di questi mondi una specifica tonalità fondamentale, stabile se non addirittura invariabile: una sorta di paesaggio climatico uniforme. Parlare del "mondo del melanconico" o della "corporeità borderline" può dare l'impressione di un irrigidimento di queste configurazioni in formulazioni statiche. Quasi che la fenomenologia clinica avesse sviluppato una attenzione alla morfologia dei mondi vissuti inseguendo una sorta di fantasma platonico in base al quale conferire a queste strutture una loro consistenza ideale, indipendente dalla storia personale e dalle esperienze di vita del soggetto. In questa prospettiva, temporalità, corporeità e spazialità e tutti gli altri esistenziali vengono trattati come modificazioni strutturali dell'essere nel mondo, mentre la domanda relativa alla loro costituzione concreta e biografica viene a cadere o quantomeno resta sullo sfondo. Un problema posto con grande chiarezza da Alice Holzey-Kunz (2012) quando scrive: "Binswanger descrive un progetto di mondo, seguendo Kant, come un 'a priori trascendentale'. Con questa espressione egli intende sottolineare che il progetto di mondo (*Weltentwurf*) è un dato ultimo, che non può essere ricondotto o derivato da null'altro, neppure geneticamente dalle esperienze infantili. Al contrario, esso è la condizione preliminare di tutte le manifestazioni psicologiche". Ma se un progetto di mondo è un dato a priori da ciò deriva che "non possiamo chiederci a suo riguardo: 'Da dove proviene? Perché? A quale scopo?'". Non sorprende dunque – commenta Holzey-Kunz – che Binswanger non faccia tante concessioni alla psicoterapia. In effetti "se le deviazioni patologiche dalla norma della totalità strutturale non sono il risultato di una storia individuale, ma determinano tale storia fin dall'inizio, diventa difficile spiegare in che modo la psicoterapia possa modificare il progetto di mondo".

Ma quando la fenomenologia clinica ci consente di mettere a fuoco una trasformazione profonda degli esistenziali, come ad esempio nel caso della

melanconia, sta individuando una specifica trasformazione, oppure una trasformazione prevalente che magari si affianca ad altre modalità? Quando ad esempio si dice che nella melanconia il tempo non è più vissuto come un orizzonte aperto di possibilità ma come durata svuotata di avvenire, nella quale il passato grava sul presente e il futuro cessa di esercitare la sua funzione propulsiva, si delinea una trasformazione della struttura temporale dell'esistenza connotata da questa unica forma? Questo e questo soltanto è il modo di vivere la temporalità del melanconico? La mia esperienza clinica mi farebbe propendere per il sì. Ma quando mi pongo la stessa domanda nel contesto della area clinica borderline non sono più così sicuro della risposta perché la clinica borderline è molto più mobile, variabile, instabile, episodica, mutevole, imprevedibile e in perenne trasformazione.

A partire dall'analisi della temporalità borderline così come è stata delineata dalla fenomenologia clinica vorrei sottoporre a verifica un interrogativo che nasce direttamente dall'esperienza clinica: siamo davvero di fronte all'unica temporalità del mondo borderline o, quanto meno, alla sua forma prevalente? Oppure la natura stessa della condizione borderline rende inevitabile la presenza di differenti modalità di vivere il tempo, intrecciate tra loro e irriducibili a un unico modello?

Se così fosse, la clinica borderline continuerebbe a svolgere quella funzione epistemologica che da sempre la contraddistingue: mettere in discussione le nostre categorie, sottrarsi alle classificazioni troppo ordinate e costringerci a ripensare i nostri apparati teorico-clinici e quindi anche gli stessi esistenziali. Temporalità, corporeità, spazialità, e così via cesserebbero di apparire come strutture unitarie e compatte per mostrarsi come configurazioni dinamiche, mobili, in costante tensione e trasformazione reciproca.

Forse è proprio sul terreno del corpo che tale impostazione rivela tutta la sua fecondità. Se infatti risulta difficile ricondurre l'esperienza temporale borderline a un'unica configurazione, ancora più difficile sembra costringere la corporeità borderline entro una sola figura fenomenologica. La clinica ci mette di fronte a corpi profondamente diversi tra loro: corpi vuoti e corpi saturi, corpi anestetizzati e corpi dolorosamente esposti, corpi frammentati e corpi invasi, corpi che non sentono e corpi che sentono troppo. Più che una corporeità borderline, sembrerebbe allora necessario parlare di molteplici configurazioni della corporeità borderline, legate tra loro da somiglianze di famiglia piuttosto che da una medesima struttura essenziale.

Muoversi tra le varie facce del prisma borderline costringe a tenere presente che gli esistenziali non sono entità immobili da catalogare una volta per tutte, ma campi dinamici di possibilità, capaci di assumere forme differenti e talvolta contraddittorie senza per questo perdere la loro appartenenza a una medesima costellazione clinica. Del resto la clinica borderline rappresenta da sempre una grande occasione per ripensare i nostri apparati teorico-clinici ma anche per sviluppare la capacità di entrare e mantenere una relazione terapeutica complessa. Tanto che, in maniera forse troppo ottimistica, Gunderson (2009) scriveva: "Gli specializzandi che si avvicinano alla psichiatria con un interesse per il coinvolgimento personale, per calarsi nelle esperienze dei loro pazienti e vedere sé stessi come strumenti terapeutici, possono trovare pochi altri posti in psichiatria dove realizzare queste aspirazioni". Ma a quanti psichiatri interessa davvero cogliere questa occasione? Ho l'impressione che una parte non trascurabile della psichiatria contemporanea preferisca sottrarsi alla

complessità della clinica borderline riducendola a una categoria nosografica più maneggevole, facendola scivolare nell'area del disturbo bipolare II. In questo modo diventa possibile coltivare l'illusione che ciò che richiederebbe una lunga e difficile elaborazione relazionale possa essere affrontato quasi esclusivamente attraverso il trattamento psicofarmacologico. Anche quando i risultati dei trattamenti psicofarmacologici sono assai deludenti rispetto a quanto accade con le persone bipolari I. Questo tentativo di "riduzione" di una clinica borderline centrata sulla problematicità della relazione a una clinica bipolare trattata solo come disturbo dell'umore favorisce qualche volta la vera e propria "costruzione" di un paziente bipolare che altri non è, in questo caso, se non una persona congelata nella sua problematicità personologica e esistenziale.

Proprio così va perso qualcosa di essenziale. La clinica borderline richiede di restare nella relazione quando la relazione è instabile, di pensare quando tutto spinge a precipitare nell'azione, mantenere una posizione terapeutica quando il paziente sembra continuamente spingerci fuori dal nostro ruolo. È forse per questo che questa continua a essere una delle esperienze più difficili e una delle prove più rivelatrici della nostra identità clinica.

4. TEMPORALITÀ BORDERLINE

Kimura Bin (1992) definisce la temporalità borderline come temporalità *intra-festum*, distinguendola dalla temporalità *post-festum* della melanconia e da quella *ante-festum* della schizofrenia. Se il melanconico vive come se "la festa" fosse terminata una volta per tutte e lo schizofrenico come se qualcosa di decisivo dovesse ancora accadere, il borderline sembra vivere immerso nell'evento stesso, catturato dall'intensità del presente. L'esistenza si organizza attorno a ciò che accade ora. La regola generale è l'assorbimento nell'immediatezza: il soggetto si lascia catturare dalla presenza immediata degli oggetti, delle emozioni e delle situazioni, fino a rischiare di smarrire la distanza riflessiva necessaria a mantenere un senso stabile di sé. Come osserva Meares (2000), queste persone soffrono di una sorta di intrappolamento negli stimoli, risultando continuamente assorbiti da ciò che si impone nell'orizzonte percettivo ed emotivo del momento. La caratteristica fondamentale di questa struttura temporale può essere descritta come una progressiva momentaneizzazione dell'esperienza. Il borderline vive nell'adesso, istante per istante, all'interno di una sorta di presente assoluto. Il presente si espande e occupa l'intero campo della coscienza. Gli eventi non si depositano facilmente nella memoria autobiografica né vengono integrati in una trama narrativa coerente. Ogni esperienza tende ad apparire assoluta, definitiva, totalizzante. Ciò che viene vissuto in un determinato momento sembra rappresentare l'intera realtà psichica del soggetto. Quando il paziente si sente amato, l'amore appare totale e indiscutibile. Quando si sente abbandonato, l'abbandono sembra assoluto. Quando prova rabbia, quella rabbia occupa l'intero orizzonte dell'esperienza.

La temporalità borderline è stata spesso descritta attraverso due concetti apparentemente vicini ma in realtà distinti: immediatezza e istantaneità. L'immediatezza riguarda il modo in cui l'esperienza raggiunge il soggetto. Gli eventi emotivi, relazionali e corporei tendono a imporsi senza mediazioni. Ciò che accade viene vissuto in modo diretto, urgente, non elaborato. Il soggetto fatica a costruire una

distanza che permetta di osservare ciò che prova, attribuirgli un significato e collocarlo entro una storia personale. Emozioni, impulsi, sensazioni corporee e vissuti relazionali irrompono nella coscienza con carattere di evidenza immediata.

L'istantaneità riguarda invece il modo in cui l'esperienza si organizza nel tempo. Gli stati mentali tendono a consumarsi nel presente immediato senza riuscire a sedimentarsi in una continuità temporale stabile. Ogni momento appare relativamente scollegato da ciò che lo ha preceduto e da ciò che lo seguirà. L'esperienza fatica a costituirsi in una narrazione. Se l'immediatezza descrive una crisi della mediazione, l'istantaneità descrive una crisi della continuità.

Nella clinica borderline queste due dimensioni tendono costantemente a intrecciarsi. Ciò che invade immediatamente il soggetto tende anche a consumarsi nell'istante, senza trasformarsi in esperienza narrativa stabile. Gli eventi sembrano precipitare nella vita psichica senza sedimentarsi. L'esperienza viene vissuta prima ancora di poter essere raccontata. Gli affetti si susseguono rapidamente, ma lasciano poche tracce integrabili in una storia coerente.

Questa temporalità dell'attimo o puntiforme è anche una temporalità della urgenza. Ogni vissuto tende a imporsi con carattere di urgenza, come se non esistesse uno sfondo temporale sufficientemente stabile entro cui collocarlo. L'esperienza appare privata di un'articolazione con uno sfondo continuo di significati e di memoria. Ne deriva quella che è stata descritta come una "storia non-storia": non una vicenda che si sviluppa nel tempo secondo una continuità narrativa, ma una successione di episodi relativamente indipendenti, una sequenza di fotogrammi scollati gli uni dagli altri. A questo si riferisce Thomas Fuchs (2007) quando descrive la frammentazione del sé narrativo: l'identità personale non si configura come una storia che attraversa il tempo, ma come una costellazione mutevole di stati del sé. La visione di sé diviene cangiante e instabile, caratterizzata da forti discontinuità accompagnate da una persistente sensazione di vuoto interiore, incoerenza e inautenticità. La realtà stessa tende ad apparire "a chiazze", organizzata in nuclei di esperienza intensamente vissuti ma scarsamente collegati tra loro.

La temporalità borderline appare caratterizzata da una peculiare tensione tra intensità e continuità. L'esperienza è intensa, viva, spesso drammatica, ma fatica a trasformarsi in storia. Il soggetto vive immerso in un susseguirsi di presenti affettivamente saturi che tendono a sostituirsi reciprocamente senza integrarsi. Ne deriva una forma di esistenza in cui il tempo non è bloccato come nella melanconia né proiettato verso un avvenire enigmatico come nella schizofrenia ma frammentato in una molteplicità di istanti che faticano a costituirsi in durata. La sofferenza borderline può così essere letta anche come una difficoltà a trasformare il flusso degli eventi in esperienza vissuta e l'esperienza vissuta in biografia. Non manca il tempo. Manca la possibilità di abitarlo con una continuità narrativa sufficientemente stabile da consentire al soggetto di riconoscersi come lo stesso attraverso il mutare degli stati affettivi, delle relazioni e delle circostanze della vita.

Ma questa è l'unica forma di temporalità intorno a cui si organizza l'esperienza borderline? Oppure è possibile rintracciare, ai bordi di questa modalità di vivere il tempo, altre forme di temporalità che si affianchino o si intreccino a quella appena descritta?

Dietro la continua immersione nell'attualità si cela un paradosso. Il tempo borderline non è soltanto un tempo dell'immediatezza, ma anche un tempo della sospensione. Molti autori hanno sottolineato come questi pazienti sembrano vivere in una condizione di permanente transizione, "sempre sul punto di..." . Si tratta di una temporalità al limite tra l'ora e il non ancora, caratterizzata da una tensione incessante verso qualcosa che dovrebbe accadere e che tuttavia non arriva mai in modo definitivo. Roberta Cermisoni (2010) ha parlato di una vera e propria *fenomenopatia della sospensione*: una sofferenza legata a quel tempo anomalo degli istanti che imprigiona il soggetto in un orizzonte apparentemente immobile. Il movimento incessante da un'esperienza all'altra non produce un avanzamento temporale, ma spesso soltanto la ripetizione di configurazioni emotive analoghe. Il soggetto resta così sospeso tra il bisogno di un cambiamento radicale e l'impossibilità di consolidarlo, tra l'aspettativa di una trasformazione imminente e la sensazione che nulla cambi davvero. L'apparente dominio dell'istante convive così con un peculiare senso di irrequieta infinitudine. Pur essendo assorbito dal presente, il soggetto non riesce mai a trovarvi un approdo. L'esperienza finisce così per richiudersi in una temporalità ciclica, ripetitiva, nella quale gli stessi scenari affettivi, le stesse speranze e le stesse delusioni tendono a ripresentarsi incessantemente. In questa oscillazione si manifesta forse uno dei nuclei più profondi della temporalità borderline: una vita costantemente proiettata verso l'evento capace di salvarla e, nello stesso tempo, costretta a ricominciare sempre da capo. Una temporalità irrequieta siglata dall'essere "sempre sul punto di ... senza mai" (Di Petta, 2004), incastrata tra l'ora e il non-ancora (Cermisoni, 2010). Ma anche una temporalità centrata sull'urgenza. Il futuro esiste, ma è ridotto a pochi minuti, poche ore, pochi giorni. Non è il futuro ampio di un progetto esistenziale. È un futuro contratto, dominato dalla necessità di porre fine immediatamente a uno stato affettivo intollerabile. L'autolesionismo, l'abuso di sostanze, la ricerca compulsiva dell'altro o l'esplosione aggressiva si collocano spesso in questa temporalità. La potremmo descrivere come una temporalità centrata sulla sostituzione o sullo spiazzamento di uno stato mentale con un altro. Uno stato mentale viene sostituito da un altro prima che il precedente abbia avuto il tempo di sedimentarsi. Un amore spiazza una delusione, una rabbia spiazza una vergogna, una nuova relazione spiazza un lutto, un incontro spiazza un fallimento. Una temporalità scandita dal movimento di una sorta di tergicristallo: un nuovo evento non si aggiunge al precedente ma viene spazzato via dal primo piano dell'esperienza. Un tempo che non procede per sedimentazione ma per sostituzione. Potremmo chiamarla una *temporalità dello spiazzamento* ma il termine rischia di descrivere ciò che osserva il clinico più che ciò che vive la persona borderline. Dal punto di vista soggettivo, il nucleo dell'esperienza sembra corrispondere a una irrequietezza di fondo che impedisce di sostare troppo a lungo in uno stesso stato emotivo, in un pensiero o in una situazione relazionale. Come in una sorta di acatisia esistenziale emerge la necessità di spostarsi continuamente altrove, l'impossibilità di trattenersi là dove si è. La consapevolezza dello spiazzamento emerge in genere in seguito, in fasi avanzate del percorso psicoterapeutico, e va considerato un importante punto di passaggio. Nella condizione di base il vissuto è del tipo "devo uscire di qui", "deve accadere qualcosa che interrompa ciò che sto vivendo adesso". In una prospettiva in prima persona si delinea più che una temporalità dello spiazzamento una temporalità centrata sulla insofferenza alla permanenza. Ogni

presente diventa presto intollerabile e viene investita di valore salvifico la possibilità di un altrove. Si delinea così una temporalità della speranza in un "urgente" evento trasformativo che deve attuarsi immediatamente in una sorta di brandello di futuro-presente. Molti pazienti borderline vivono all'inseguimento dell'incontro "giusto", della relazione ideale, di un terapeuta capace di capirli davvero, di un lavoro perfetto. Dopo l'ennesima catastrofe relazionale la persona borderline riparte, si rianima, reinveste in una nuova relazione. Ogni nuova relazione è un "ancora una volta". Ogni nuovo legame porta con sé l'idea implicita che questa volta possa andare diversamente. Non è soltanto la coazione a ripetere. È anche una forma di perseveranza esistenziale. Il soggetto continua a cercare ciò che gli è mancato, anche a costo – come precisa Bolognini (2008) – di forzare i confini dell'oggetto, là dove forzare il limite dell'altro costituisce *l'unico modo possibile di attuare un incontro mai avvenuto*, costringendo l'oggetto ad una "accoglienza" mancata nella relazione primaria.

La metafora dei grandi navigatori del passato che armano una flotta con l'intento di oltrepassare uno stretto mai violato rispecchia bene questa particolare configurazione temporale. La spedizione fallisce, le navi fanno naufragio, i superstiti rientrano in patria. Ma il fallimento non conduce alla rinuncia. Dopo un periodo di preparazione viene armata una nuova flotta, il Grande Navigatore recluta nuovi uomini e riparte verso la stessa meta. Ogni fallimento viene assorbito e relativizzato dalla promessa contenuta nel tentativo successivo. Allo stesso modo, nel vissuto borderline, ogni nuova relazione, ogni nuovo investimento affettivo contiene la speranza implicita che questa volta il viaggio riesca, che questa volta l'oggetto sia finalmente quello giusto, capace di colmare il vuoto, stabilizzare il senso di sé e interrompere la sequenza delle delusioni. Il passato perde così il suo potere dissuasivo e viene continuamente riscritto alla luce di un futuro che torna a presentarsi come occasione di redenzione. Potremmo definire questa configurazione una *temporalità della reiterazione salvifica*, una temporalità scandita non tanto dalla memoria del fallimento quanto dalla persistente aspettativa che, questa volta, possa accadere il miracolo (una temporalità del "questa volta"?). Una figura della temporalità che evoca la descrizione che David Le Breton (1991) ha dato della temporalità ordalica: non si tratta tanto di una categoria comportamentale riferita alle condizioni a rischio ma di una specifica configurazione del tempo vissuto. Quando l'esistenza appare bloccata in una condizione di impasse (o di insostenibilità di uno stato mentale) il soggetto cerca una cesura che consenta di separare in maniera netta un prima da un dopo, uno stato del prima da uno stato del dopo. La prova, il rischio, il confronto con il pericolo svolgono la funzione di dispositivo di trasformazione. La trasformazione indotta dal superamento della prova, dal "trionfo" sulla morte, conferisce alla temporalità ordalica il valore di una (transitoria) rifondazione. Come se soltanto l'attraversamento di una soglia estrema potesse interrompere una condizione vissuta come intollerabile e inaugurare una nuova fase mediante una sorta di rito di passaggio privato. L'esposizione al pericolo – scrive Le Breton (1991) – ha come scopo l'espulsione di ciò che è intollerabile. Il confronto con la morte è un tentativo di ridefinire l'esistenza: non ha tanto a che fare col suicidio ma col tentativo di rilanciare il senso della vita. Nella temporalità della reiterazione salvifica il soggetto cerca "questa volta" qualcosa di diverso. Nella temporalità ordalica è il

soggetto stesso a produrre l'evento. Non aspetta più che qualcosa accada. Fa accadere qualcosa.

Nel complesso l'esistenziale temporalità nel mondo borderline non può essere costretto in un'unica figura. Siamo di fronte a un sistema, ad un sistema meteorologico instabile, nel quale si alternano l'istante assoluto, la momentaneizzazione, l'urgenza, la sospensione, lo spiazzamento, l'attesa, la reiterazione salvifica con il ritorno ciclico degli stessi scenari relazionali. La metafora meteorologica presenta un ulteriore vantaggio. Così come il meteorologo sa che le previsioni a lungo termine diventano rapidamente incerte, anche il clinico è chiamato a rinunciare all'aspirazione a individuare una struttura temporale unica e stabile. Più che formulare previsioni definitive, egli deve mantenersi in contatto con le configurazioni temporali che, di volta in volta, attraversano l'esperienza del paziente. L'attenzione si sposta allora dalle presunte leggi generali del clima alla descrizione delle perturbazioni in atto, degli addensamenti, delle schiarite improvvise e dei repentini cambiamenti di fronte che caratterizzano il vissuto temporale borderline.

5. LA CORPOREITÀ BORDERLINE E LE SUE FIGURE

La clinica borderline ha messo fortemente in crisi una concezione troppo statica degli esistenziali. Emerge una pluralità di configurazioni che si alternano, si sovrappongono e talvolta entrano in conflitto tra loro. È forse nell'ambito della corporeità che la pluralità delle configurazioni appare con maggiore evidenza. Parlare della "corporeità borderline" al singolare rischia di essere fuorviante. Il corpo borderline non sembra abitato da una tonalità fondamentale ma da figure corporee oscillanti e talvolta contraddittorie che possono coesistere nello stesso soggetto o succedersi con estrema rapidità: un corpo vuoto, un corpo eccessivo, un corpo eccitato, un corpo ferito, un corpo frammentato, un corpo anestetizzato, un corpo irritato e disforico, un corpo esposto, invaso dallo sguardo dell'altro oppure che cerca disperatamente di sentirsi vivo.

Più che una corporeità borderline dovremmo allora parlare di *figure della corporeità borderline*: configurazioni incarnate che possono coesistere nello stesso soggetto, alternarsi rapidamente, trasformarsi le une nelle altre, essere in relazione tra loro ma non in dialogo. Il problema clinico non è dunque individuare la "forma" della corporeità borderline ma cogliere e muoversi lungo le sue oscillazioni, le sue fratture, i suoi passaggi. La clinica borderline invita così a passare da una fenomenologia delle forme a una fenomenologia delle figure intese come configurazioni emergenti, nella quale gli esistenziali non sono concepiti come strutture immobili, ma come campi dinamici di variazione dell'esperienza.

Queste configurazioni emergenti della corporeità possono essere osservate soprattutto in una prospettiva diacronica, quale quella resa possibile da una psicoterapia di lungo corso. Al contrario, nei contatti clinici episodici, rarefatti o puntiformi, tali fenomeni risultano molto difficili da cogliere. Per descrivere un insieme di configurazioni parziali che si alternano, si sovrappongono e talvolta si contraddicono André Green (1986) ha proposto l'immagine di un arcipelago: una costellazione di nuclei isolati, privi di vie di comunicazione reciproca, in cui l'insieme fatica a costituirsi come unità coesa e coerente.

L'immagine dell'arcipelago risulta particolarmente feconda per comprendere la molteplicità delle figure corporee che emergono nell'esperienza borderline. Tuttavia, accogliendo un suggerimento di Anne Alvarez (2012), occorre evitare di interpretare automaticamente la mancanza di collegamenti tra le diverse "isole" come una fuga o come l'effetto di un meccanismo difensivo. Una posizione, quest'ultima, assunta come noto da Otto Kernberg (1974) quando scrive che il bambino che diventerà un paziente borderline, *vive da un momento a quello successivo* tagliando attivamente i legami emotivi fra esperienze emotive che diventano così caotiche e contraddittorie. Al contrario, scrive Anne Alvarez (2012), «ho visto vari pazienti nei quali il salto brusco da uno stato d'animo o da un pensiero all'altro non era, come alla fine ho imparato, una fuga o una tecnica evasiva. Semplicemente mancavano certi collegamenti cruciali che facilitano la transizione».

Nell'esperienza di questi pazienti sembrano assenti quei passaggi gradualmente che consentono di transitare da una configurazione emotiva all'altra senza soluzioni di continuità. Non si tratta necessariamente di un movimento difensivo, ma piuttosto della difficoltà di percorrere il tragitto che conduce, per esempio, da uno stato di sovraeccitazione a una condizione di piacere regolato o da una tensione insostenibile a uno stato di maggiore calma. I bruschi passaggi da uno stato all'altro, spesso accompagnati da cambiamenti altrettanto repentini del comportamento motorio, della postura, dell'espressione del volto, del tono della voce e dell'assetto corporeo complessivo, possono essere letti come l'espressione di una particolare vulnerabilità emotiva. Ciò che sembra mancare non è soltanto la possibilità di collegare in una narrativa stati differenti, ma soprattutto la possibilità di transitare gradualmente dall'uno all'altro. La difficoltà riguarda meno la molteplicità degli stati che la fragilità dei passaggi che dovrebbero collegarli. Manca quella trama di raccordi che permette all'esperienza di trasformarsi senza interrompersi, di modificarsi senza spezzarsi.

Potremmo dire che ciò che viene meno non è tanto il contenuto delle esperienze quanto la loro continuità genetica, nel senso attribuito da Jaspers (1913) alla comprensione genetica: la possibilità di cogliere come uno stato derivi dall'altro e si sviluppi a partire da esso secondo una sequenza comprensibile, riconoscibile e ripercorribile. In questa prospettiva il problema non riguarda soltanto la presenza di nuclei esperienziali separati ma la mancata costituzione di quei momenti intermedi che consentono il passaggio da una configurazione all'altra. L'organizzazione di collegamenti tra le isole dell'arcipelago presupporrebbe processi di integrazione fondati sulla capacità di permanere in uno stato definito per un tempo sufficientemente lungo e di attraversare gradualmente la transizione verso un altro stato (Alvarez, 2012).

Quando tali collegamenti non si consolidano, l'esperienza tende a organizzarsi per blocchi relativamente isolati, accostati più che articolati tra loro. Il soggetto si ritrova così a vivere una successione di stati che possono apparire reciprocamente estranei: l'entusiasmo si trasforma improvvisamente in vuoto, l'investimento appassionato in indifferenza, la vicinanza in lontananza, la fiducia in sospetto. Non perché una forza nascosta espella attivamente uno stato per sostituirlo con un altro, ma perché manca la possibilità di accompagnare la trasformazione. In assenza di quei collegamenti che consentono trasformazioni progressive dell'esperienza, il soggetto può trovarsi costretto

a passaggi bruschi e discontinui: da uno stato di sovraeccitazione a uno di apparente svuotamento, da una tensione insostenibile a un improvviso senso di vuoto, da un coinvolgimento corporeo intensissimo a una sensazione di estraneità o di anestesia. Non si assiste allora semplicemente a una successione di stati differenti, ma alla difficoltà di abitare le transizioni stesse.

Forse è proprio in questo spazio intermedio, nel problema dei passaggi più che in quello degli stati, che si colloca una delle chiavi per comprendere meglio la corporeità borderline. Da questo punto di vista, le figure della corporeità borderline possono essere concepite come configurazioni temporaneamente emergenti: forme relativamente riconoscibili che acquistano significato non tanto per la loro stabilità intrinseca quanto per le modalità con cui compaiono, scompaiono e si avvicinano nel corso della relazione terapeutica. Il problema fondamentale non è dunque la presenza di molte figure della corporeità ma la difficoltà di legarle tra loro in una continuità trasformativa.

Quando i passaggi non possono essere vissuti le diverse configurazioni dell'esperienza rischiano di rimanere isolate e di non inserirsi in una narrazione più ampia. Ciò che non trova una via di trasformazione può allora precipitare nell'atto, in quelle che agli occhi dell'osservatore appaiono come vere e proprie eruzioni comportamentali spesso frettolosamente ricondotte al registro della impulsività. Ciò che la clinica descrive come comportamento impulsivo è l'effetto di una transizione mancata: non semplicemente un eccesso di azione ma il fallimento di un passaggio che non ha trovato tempo, forma e parola per compiersi.

«Con Paola», racconta una collega in supervisione, «non riuscivamo a portare a termine un colloquio. Si metteva a sedere sulla sedia, cominciamo a parlare e poi, magari dopo 5 minuti, del tutto improvvisamente e per me incomprensibilmente, rovesciava a terra la sedia e se ne andava sbattendo la porta. Si arrabbiava per un qualsiasi dettaglio, anche solo per una parola. Io non capivo nemmeno quale». Il gesto impulsivo appare tale nella misura in cui si presenta isolato dal contesto. Il gesto si impone allo sguardo. Il contesto scolora. L'azione occupa l'intera scena e il suo orizzonte di senso arretra sullo sfondo fino a scomparire. Ciò che emerge è una sorta di «esplosione», mentre ciò da cui essa prende forma resta invisibile.

È come se la mancanza di passaggi e transizioni ci costringesse a osservare questi aspetti cangianti della corporeità borderline sotto l'effetto di una luce stroboscopica. Come accade in discoteca, non vediamo il movimento continuo, ma soltanto una successione di fotogrammi isolati. Cogliremo allora soprattutto ciò che irrompe, ciò che interrompe, ciò che invade il campo relazionale. Non sorprende che il clinico possa sentirsi pressato, invaso nei propri spazi professionali e umani, trascinato in coinvolgimenti emotivi turbolenti, talvolta manipolato, traumatizzato. La forza d'impatto di questi fenomeni rischia di monopolizzare l'attenzione e di portarci a cogliere quasi esclusivamente gli aspetti di scarica, traumaticità, subitanità e intrusività del gesto, magari lasciando in ombra altre funzioni più nascoste. Ciò che appare come una esplosione impulsiva può rappresentare infatti, a un altro livello, un tentativo di tenere insieme ciò che tende a disperdersi. Il gesto può assolvere una funzione antidispersione, costituire un punto di condensazione provvisorio dell'esperienza, un modo rudimentale e corporeo per ristabilire una continuità che altrimenti rischierebbe di andare perduta. In questa prospettiva, il comportamento

impulsivo non appare soltanto come una rottura del legame, ma anche, paradossalmente, come un tentativo estremo di preservarlo. Mettere un punto fermo, "inchiodare" una esperienza sfuggente: un po' come attaccare un post-it comportamentale in bacheca!

Il punto è che la corporeità e le forme della sua messa in atto non possono più essere pensate semplicemente come l'esito di un processo di scarica o di espulsione, secondo la metafora implicita del *corpo come discarica della mente*. Una tale prospettiva coglie certamente qualcosa di importante, soprattutto quando mette in evidenza la funzione di alleggerimento della tensione svolta dall'azione. Tuttavia rischia di lasciare in ombra altre dimensioni, forse ancora più importanti.

Le manifestazioni corporee del paziente borderline possono infatti essere considerate non soltanto come il prodotto di un corpo che scarica, ma anche di un corpo che, in qualche modo, "pensa". Un corpo che tenta di organizzare l'esperienza, di conferirle una forma, di renderla comunicabile. Le sue messe in atto sembrano talvolta assumere la funzione di un linguaggio: cercano di dare voce a un personaggio in cerca d'autore, di esprimere qualcosa che non ha ancora trovato una rappresentazione stabile sul piano simbolico, come scrivono Bastianini et al. (2021). Accedere a questo livello non è facile. Ancora più difficile è riuscire a mantenerlo aperto nel lavoro clinico quotidiano.

Giuliana Barbieri (2011) ricorda che noi sappiamo, e talvolta persino diciamo, che il corpo pensa e che il pensiero stesso prende forma anche attraverso il corpo. Tuttavia non è detto che siamo davvero disposti a trarne tutte le conseguenze. Proprio questa ipotesi, invece, può aprire una via preziosa per comprendere alcune dimensioni dell'esperienza borderline che restano in ombra quando la si interpreta soltanto come scarica pulsionale o come problema di regolazione affettiva.

Nella prospettiva classica, l'agire tende a essere compreso come il luogo in cui affiora ciò che non ha potuto trovare accesso alla rappresentazione. Quando un contenuto psichico non può essere ricordato, pensato, verbalizzato o simbolizzato, esso può manifestarsi sotto forma di azione. L'agire prende il posto del pensiero: il soggetto non riesce a rappresentare ciò che vive e lo mette in scena nel comportamento, nel corpo, nella relazione. Una lettura che rischia tuttavia di diventare riduttiva se considera l'azione soltanto come evacuazione o fuga dal pensiero. In alcune forme dell'esperienza borderline, l'agire può certamente avere una funzione di scarica, ma può anche costituire un tentativo embrionale di dare forma a qualcosa, di cercare una risposta nell'altro, trasformare un'esperienza non ancora pensabile in una configurazione almeno parzialmente dotata di senso e condivisibile. Insomma, è possibile che il corpo, mentre scarica una tensione, stia simultaneamente cercando qualcosa. Questa prospettiva richiama quanto Ajuriaguerra (1977) descriveva come dialogo tonico nella relazione precoce tra genitore e neonato: uno scambio affettivo primario che si realizza attraverso posture, ritmi del movimento, variazioni della tensione muscolare e modalità di contatto. Prima ancora delle parole, il corpo parla al corpo; prima ancora di poter dire "io", il bambino deve poter fare esperienza di essere raggiunto, accolto e risposto. Analogamente, alcune manifestazioni corporee del paziente borderline sembrano rivolgersi all'altro in cerca di una risposta, più che limitarsi a evacuare una tensione interna. Ciò che appare come pura scarica può essere letto, almeno in parte, come un'interrogazione rivolta al mondo circostante: un

tentativo pre-riflessivo di stabilire un contatto, verificare una presenza, ottenere una regolazione.

Merleau-Ponty (1945) vede il movimento non tanto come reazione a uno stimolo o effetto meccanico di una causa interna, ma come una modalità di essere-nel-mondo. Attraverso il gesto, il corpo si orienta, esplora, anticipa, domanda. Prima ancora che il soggetto possa formulare un'intenzione in termini coscienti, il corpo ha già preso posizione nei confronti dell'ambiente. Da questo punto di vista, molte messe in atto borderline possono essere comprese non solo come tentativi di liberarsi da un eccesso emotivo, ma anche come modi corporei di cercare una forma, una risposta, una regolazione, un interlocutore. Il corpo non appare allora semplicemente come il luogo in cui qualcosa viene espulso, ma come il luogo in cui o mediante il quale qualcosa viene cercato: uno spazio nel quale si organizzano molteplici tentativi di dare forma all'esperienza. Tentativi spesso instabili, frammentari, talvolta contraddittori, che emergono nel corso della relazione terapeutica sotto forma di vere e proprie figure della corporeità.

6. DAL CORPO ESTRANEO AL CORPO SPUGNA

Penso a come mi parlano del corpo alcuni pazienti. Non mi parlano di un'unica esperienza corporea stabile e riconoscibile. Mi parlano piuttosto di un corpo che cambia continuamente forma, come se attraversasse configurazioni diverse e solo parzialmente integrate tra loro.

Il *corpo estraneo*: si tratta di un corpo nel quale non ci si sente mai a casa, abitato con difficoltà e percepito più come un luogo estraneo che come una dimora familiare. È la corporeità della dispersonalizzazione borderline (Le Goc Diaz, 1988), caratterizzata dall'inquietante sensazione che il corpo appartenga solo in parte a chi lo abita. Dal suo interno emergono segnali oscuri, enigmatici, talvolta minacciosi, quasi fossero messaggi provenienti da un pianeta sconosciuto.

Altre volte emerge un *corpo informe*. Il corpo si espande o si ritrae nello spazio, diventa gonfio, appesantito, torpido, opprimente e inefficiente. Si trasforma in un fardello da trascinare, una massa priva di forma e di energia. È il corpo luogo di deposito di emozioni, tensioni e stati affettivi "pesanti" che non trovano altre vie di elaborazione. In altre circostanze questo stesso corpo può rivelarsi forte, resistente, asciutto, capace di affrontare qualsiasi ostacolo. Una paziente racconta che le ferite dei tagli che si infligge guariscono con sorprendente rapidità, quasi che il corpo sapesse richiudere le proprie lacerazioni più velocemente di quanto lei riesca ad aprirle.

Una terza figura è quella del *corpo frammentato*. Non il corpo come totalità unitaria, ma un corpo "episodico", che emerge a pezzi. Di volta in volta una parte conquista tutta la scena: il volto, la pelle, una gamba, un braccio, la postura. Ogni frammento si staglia di volta in volta sullo sfondo e sembra sostituirsi temporaneamente all'insieme. In altri momenti emerge il *corpo spugna*: una corporeità particolarmente permeabile alle atmosfere relazionali. Più che vivere emozioni proprie, sembra assorbire gli stati emotivi dell'ambiente circostante funzionando come superficie sensibile sulla quale si imprime gli umori presenti nell'ambiente. Un corpo con una superficie porosa che si impregna delle tensioni, umori, atmosfere emotive circostanti per poi "rilasciare" tutto questo, magari in maniera brusca o "violenta", in contesti che nulla hanno a che fare con quello originario.

Il corpo diventa spesso oggetto di una continua attività di monitoraggio. Una paziente mi chiede: «Se mi siedo in pubblico è meglio che tenga questo braccio così o in quest'altra posizione? È meglio accavallare questa gamba o quell'altra?». Ogni gesto, ogni postura, ogni movimento devono essere sottoposti a verifica. Il corpo si trasforma così nel luogo privilegiato di una sorveglianza incessante, esercitata sia sotto il proprio sguardo sia sotto quello, reale o immaginato, dell'altro.

Il corpo gettato nella relazione. Un corpo offerto all'altro come primo terreno d'incontro, un po' come uno pseudopodo proteso verso l'altro per esplorarlo, saggiarne la tenuta. Prima ancora delle parole, il corpo viene utilizzato per stabilire un contatto, neutralizzare il rischio del rifiuto, garantirsi la presenza dell'altro. È come se il corpo venisse proiettato verso l'altro per verificare che l'altro esista davvero, che sia ancora presente, che possa essere raggiunto e per capire come sia. Non si tratta semplicemente di un corpo che esprime qualcosa, ma di un corpo che cerca qualcosa: una risposta, una conferma, un aggancio relazionale.

All'estremo opposto incontriamo il *corpo vuoto*. Un corpo distante, anestetizzato, poco abitato. Un corpo irreali che si ritrae dall'esperienza e assume talvolta i tratti di una vera e propria corporeità morta. Qui dominano il freezing, la dissociazione e la depersonalizzazione più che l'impulsività e l'esplosione. Tuttavia proprio questo corpo svuotato può essere spinto a cercare nell'intensità sensoriale una prova della propria esistenza in vita. Da questa esigenza può emergere una corporeità dell'eccesso, una *corporeità eruttiva*. In questo caso il corpo appare invaso da una vitalità disperata e non modulabile. L'emozione non viene contenuta ma tracima. Il vissuto corporeo diventa materia emotivamente incandescente. È un corpo saturo di tensione, in espansione, in urgenza, costantemente orientato verso l'intensità. Il soggetto non riesce a sostare nell'esperienza e finisce per attraversarla corporalmente. Il corpo non accompagna l'esperienza: la precipita.

Questo elenco del tutto provvisorio e incompleto di "figure" non riguarda tanto tipi di pazienti borderline diversi ma stati della corporeità che si alternano nello stesso paziente, secondo la metafora dell'arcipelago: più che una mappa di territori separati, delineano un arcipelago in continuo assestamento.

È in questo contesto che prende forma la figura della dissipazione (Stanghellini, 2023). Il termine "dissipare" deriva dal latino e significa disperdere, sparpagliare, far andare in pezzi. L'immagine implicita è quella di qualcosa che possedeva una certa compattezza e che successivamente si diffonde, si consuma, si disperde. Quando si dice che un soggetto "dissipa", si intende generalmente che scarica la tensione interna verso l'esterno, disperde l'eccitazione invece di contenerla, consuma rapidamente energie, relazioni ed esperienze, non riesce a trattenere o consolidare ciò che vive e finisce per perdere continuità e coesione.

In questa prospettiva, la dissipazione sembra ricondurci alla classica immagine del corpo come discarica della mente, come via di fuga o via di scarica delle tensioni interne. La corporeità borderline apparirebbe allora essenzialmente all'insegna della perdita, della dispersione, dello "scaricare fuori". Tuttavia questa lettura coglie soltanto una parte del fenomeno. Nella teoria dei sistemi dissipativi di Ilya Prigogine, (1979) alcune strutture riescono a mantenersi proprio grazie a uno scambio continuo con l'ambiente. Una fiamma o un vortice conservano la propria forma non perché trattengano energia, ma perché la trasformano incessantemente attraverso uno

scambio con ciò che le circonda. In questo senso dissipare non significa semplicemente perdere, ma partecipare a un processo di continua riorganizzazione. Da questa prospettiva diventa possibile rileggere alcuni aspetti della corporeità borderline. In che misura l'agitazione, l'intensità corporea, l'eruzione emotiva e ciò che Correale et al. (2001) hanno definito "corporeità emorragica" possono essere interpretati non soltanto come dispersione, scarica o emorragia affettiva ma anche come tentativi di trovare una qualche frammentaria consistenza di sé? In che misura questa figura classica della corporeità borderline, centrata sull'eccesso, funziona non soltanto come evacuazione della tensione, ma anche come tentativo di costruire una forma transitoria di coesione soggettiva nello scambio con l'ambiente? Anche la metafora dell'emorragia rischia infatti di essere intesa in modo esclusivamente idraulico: troppa tensione interna che deve uscire. Ma questo rappresenta soltanto metà del movimento. Accanto alla *vis a tergo*, alla pressione che spinge da dentro, sembra essere presente anche una *vis a fronte*: qualcosa che attrae, convoca, promette una forma, un limite, una consistenza.

Anche quando appare caotico e impulsivo, il comportamento borderline raramente coincide con una pura evacuazione. Possiede quasi sempre una direzionalità implicita. Oscilla tra emorragia e protensione, tra dispersione e ricerca. È come se, non potendo contare su uno sfondo stabile, continuo e tacito dell'essere-con-l'altro, la persona borderline fosse costretta a produrre localmente e episodicamente delle condensazioni di realtà. Come se la continuità dell'esistere insieme non fosse data una volta per tutte, ma dovesse essere continuamente ricreata in specifici frammenti dell'esperienza. In questa prospettiva il frammento non rappresenta soltanto il prodotto della dispersione. Può anche essere un tentativo locale di produrre consistenza. Una lite violentissima, un amore assoluto, un taglio sulla pelle, una crisi di rabbia, un orgasmo, un'abbuffata possono essere considerati esempi di micro-configurazioni esperienziali nelle quali qualcosa improvvisamente prende corpo, si addensa, acquista intensità e realtà. Proprio perché manca una continuità sufficientemente stabile sullo sfondo, la consistenza viene ricercata nei picchi.

Il frammento diventa così una soluzione locale a un problema globale. Non potendo contare su una continuità tacita dell'essere-con-l'altro, il soggetto costruisce intensità situate che funzionano come vere e proprie temporanee microprotesi di continuità intersoggettiva. Non protesi della meità preriflessiva, come accade nelle esperienze psicotiche più radicali, ma tentativi di sostenere la continuità dell'essere-con.

È come se la continuità relazionale dovesse essere continuamente ricreata attraverso condensazioni locali. Queste ultime esperienze sostengono, sia pure per brevi periodi, il sentimento di esistere, di essere presenti, di avere una forma e una consistenza. Il problema, tuttavia, non riguarda tanto la costituzione originaria della soggettività quanto la stabilità dinamica della relazione. La domanda implicita sembra essere: la relazione continua a esistere abbastanza perché io possa continuare a sentirmi consistente? Si tratta meno di un'ontologia dell'io che di un'ontologia della coesione relazionale. Il frammento intenso produce simultaneamente delimitazione, presenza, affettività, realtà e contatto. È una sorta di unità minima di autocostruzione possibile. Un'isola di presenza in un mare nel quale la continuità non è garantita.

Ma in quanto locale, episodica, a alta intensità, questa consistenza tende rapidamente a dissolversi. Non sedimenta in una continuità narrativa stabile. Il

soggetto non vive tanto all'interno di un'identità diacronica relativamente continua quanto attraverso episodi di condensazione del sé che devono essere continuamente rigenerati. La vita psichica assume allora una forma intermittente. Non un tessuto continuo, ma una costellazione di addensamenti esperienziali separati da vuoti, dispersioni e crolli. Da questo punto di vista la dissipazione non coincide semplicemente con la perdita, la dispersione o lo sparpagliamento ma indica anche il rapido dissolversi di configurazioni esperienziali che riescono momentaneamente a produrre presenza e consistenza, ma che non riescono a stabilizzarsi nel tempo.

7. CORPI IN MOVIMENTO

Ancora il corpo. Ma non un corpo statico, fermo, immobile. Piuttosto un corpo in movimento. Il movimento rappresenta una delle manifestazioni fondamentali del corpo vivente. Il movimento trasmette senso di vitalità. Come osserva Daniel Stern (2010), l'esperienza vitale è intrinseca all'atto stesso del movimento corporeo. Vivere significa anzitutto muoversi. Malloch e Trevarthen (2009) ci ricordano che «noi viviamo, pensiamo, percepiamo, immaginiamo e ricordiamo in movimento». Gli esseri umani si muovono sotto il controllo coordinato e integrato di un ritmo motivazionale intrinseco che organizza il tempo e regola l'energia dell'esperienza. Ma di cosa parliamo quando parliamo di movimento? Erwin Straus (1935) precisa che non esiste mai "il" movimento, vale a dire un movimento isolato. Non siamo mai fissati in un movimento singolo e non siamo mai realmente all'inizio di un movimento. Il punto di partenza di ogni movimento coincide sempre con il punto di arrivo di un movimento precedente. Il movimento vissuto è dunque un continuo divenire. Per questo motivo i movimenti non si presentano mai come unità separate, ma come sequenze. E normalmente queste sequenze possiedono una certa fluidità. I gesti si concatenano, si modulano reciprocamente, trovano momenti di rallentamento, accelerazione, attesa e riposo.

Nella corporeità borderline sembra accadere qualcosa di diverso. Correale (2006) ha più volte insistito sull'impossibilità, per molti pazienti borderline, di riposare. Non si tratta soltanto di una difficoltà a fermarsi fisicamente ma dell'impossibilità di sostare in uno stato sufficientemente stabile. Il soggetto borderline è continuamente in movimento, ma si tratta spesso di un movimento privo di fluidità e continuità.

Si potrebbe dire che il borderline nella vita non cammina: corre. Una corsa precipitosa dominata dall'urgenza. Un corpo costantemente slanciato in avanti, come alla rincorsa di un baricentro che non verrà mai definitivamente raggiunto. Siamo di fronte a una corporeità caratterizzata da un movimento incessante che non consente tregua. L'intero spazio esistenziale sembra dover essere continuamente riempito di attività, iniziative, stimoli, relazioni ed esperienze, all'interno di un clima permanente di concitazione e urgenza.

Ma un ulteriore aspetto colpisce. Questo movimento appare spesso discontinuo. Non vediamo una traiettoria continua, ma una successione di scatti, accelerazioni, arresti improvvisi e bruschi cambiamenti di direzione. Correale et al. (2001) descrive questa condizione come un corpo in continuo svolgimento, caratterizzato da rapide transizioni, flussi incessanti di sensazioni e stati psichici e da una ridotta stabilità delle configurazioni esperienziali. Occorre tuttavia ricordare che il movimento non è mai soltanto movimento. È uno dei modi originari in cui l'esperienza prende forma corporea. A questo proposito Stern (2010) invita a spostare l'attenzione non tanto sul

cosa dell'azione, cioè sul suo scopo, né sul *perché*, vale a dire sulle intenzioni che la motivano, ma sul *come*. Sul ritmo, la velocità, l'intensità, la dinamica e lo stile con cui il movimento viene eseguito. Le sue "forme vitali" riflettono infatti la condizione emozionale del soggetto e rendono visibile il modo in cui egli abita l'esperienza. Attraverso i concetti di affettività incarnata, risonanza corporea e intercorporeità autori come Merleau-Ponty (1945) e Thomas Fuchs (2021) hanno mostrato come i corpi si influenzino reciprocamente in una trama pre-riflessiva di percezioni, posture, ritmi e gesti. Il nostro corpo è costantemente affetto dall'espressione dell'altro. Attraverso le nostre stesse cinestesie e sensazioni corporee percepiamo la dinamica, l'intensità e la direzione delle emozioni altrui. Si realizza così un intreccio corporeo nel quale il mio corpo è modificato da quello dell'altro così come il mio agisce sul suo. Si tratta di una modalità di essere-con che affonda le proprie radici in una storia relazionale sedimentata nella memoria corporea di ciascuno (Fuchs, 2021).

In questo senso, come osserva Tiziana Bastianini (2021), i vissuti emotivi possono offrirsi alla nostra comprensione anche attraverso una vera e propria fisionomia motoria. Un accompagnamento motorio che racconta qualcosa della storia dell'incontro con l'altro. I movimenti del corpo esprimono stati d'animo personali e si indirizzano all'altro sotto forma di una comunicazione vitale fatta di posture, gesti, espressioni e modalità di avvicinamento o di allontanamento. Talvolta il senso sembra imprigionato in uno schema motorio e manifesta sé stesso proprio attraverso di esso. Il movimento corporeo diventa allora una sorta di archivio vivente delle vicende relazionali del soggetto, una traccia incarnata della sua storia affettiva.

Se questo è vero, possiamo domandarci se esistano forme di movimento relativamente caratteristiche delle diverse organizzazioni psicopatologiche. Per esempio, Michèle Gennart (2011) osserva come la persona anoressica, nel suo progressivo assottigliarsi, tenda spesso a indietreggiare di fronte all'incontro, cercando progressivamente di offrire sempre meno presa all'altro. Il movimento fondamentale appare allora quello della sottrazione, del restringimento, dell'assottigliamento. La persona borderline si orienta invece nella direzione opposta. Più che sottrarsi, rincorre. Più che evitare la presa, la cerca. Più che ridurre il contatto, cerca di intensificarlo. Da qui nasce la domanda: è possibile descrivere delle forme di movimento relativamente tipiche della corporeità borderline? Esistono configurazioni cinetiche ricorrenti, modi caratteristici di avvicinarsi, allontanarsi, accelerare, fermarsi, inseguire, trattenere?

In altre parole, è possibile individuare delle forme di movimento tipiche della corporeità borderline, delle forme che potremmo immaginare come una sorta di coreografia borderline? Non una tipologia rigida di gesti, ma un insieme di figure dinamiche, di modalità ricorrenti attraverso cui il soggetto borderline abita lo spazio, il tempo e la relazione. Se le pagine precedenti hanno cercato di descrivere alcune *figure* della corporeità borderline, le pagine che seguono proveranno a esplorarne le possibili *coreografie*.

9. COREOGRAFIE BORDERLINE: FORME INCARNATE DELL'ESSERE-CON

Finora abbiamo fatto riferimento alle "figure della corporeità". Esse riguardano soprattutto le forme del corpo vissuto, cioè il modo in cui il corpo si dà nell'esperienza: corpo estraneo, corpo frammentato, corpo vuoto, corpo eruttivo, corpo spugna,

corpo pseudopodo. Sono configurazioni del vissuto corporeo che, nel momento in cui si presentano, permettono di cogliere figure specifiche.

Il termine *coreografia*, trasposto nel campo clinico, consente invece di mettere in forma il modo in cui il corpo si muove verso l'altro: si espande e si ritrae, invade ed evita, interrompe, anticipa, si sincronizza, si desincronizza. La coreografia implica temporalità, ritmo, sequenze, distanza e vicinanza, reciprocità corporea, concatenazione di gesti e microazioni.

Il corpo non è soltanto sede di sensazioni, tensioni, vuoti o frammentazioni, ma anche principio di organizzazione dell'incontro. Attraverso i suoi movimenti il corpo dispone lo spazio interpersonale, convoca o respinge l'altro, lo mette alla prova, lo anticipa, lo incalza oppure lo attende. Se la figura della corporeità ci interroga su quale tipo di corpo vissuto stia emergendo, la coreografia pone una domanda diversa: come questo corpo entra in una danza con il mondo e con l'altro?

Una differenza fondamentale è che la figura attiene alla dimensione individuale mentre la coreografia tende inevitabilmente verso il campo relazionale. Pensare le coreografie borderline significa interrogarsi non soltanto sulle forme del corpo vissuto, ma sulle modalità attraverso cui quel corpo si muove nella relazione. Il corpo borderline non è soltanto un corpo che sente troppo, o troppo poco, o in modo frammentario. È anche un corpo che entra nel mondo secondo determinate coreografie. La coreografia borderline è insomma il movimento del corpo nella scena intersoggettiva. Non descrive soltanto ciò che il corpo è, ma ciò che il corpo fa nella relazione. È il modo in cui il corpo tenta di dare forma a una presenza instabile, di agganciare l'altro, di regolare la distanza, di evitare la caduta nel vuoto o la dispersione. Dove la figura descrive una configurazione del corpo vissuto, la coreografia descrive il suo movimento nel tempo e nello spazio dell'incontro.

Nel "mio borderline", queste coreografie hanno quasi sempre un carattere discontinuo, concitato, stroboscopico, segnato dall'urgenza. Non si tratta di movimenti fluidi, ma di sequenze di slanci e collassi: avvicinamenti troppo rapidi seguiti da brusche ritirate, tentativi di presa alternati a fughe, saturazioni emotive seguite da vuoti, sequenze di accelerazioni, fusioni, fughe e riavvicinamenti.

Prendiamo, per esempio, tra le figure della corporeità descritte, il corpo spugna, il corpo sonda, il corpo ipervigile, il corpo sensore della vicinanza e della distanza. Potremmo chiamarlo anche *corpo radar*. Un corpo continuamente sintonizzato sui micro-segnali: un corpo allarmato là dove piccole variazioni dello sguardo, del tono di voce, della postura o del tempo di risposta dell'altro modificano immediatamente il senso di sé e la continuità dell'esistenza. Figure della corporeità segnata da una tonalità incarnata di fondo: un corpo in allarme, orientato alla captazione dei segnali, esposto alla minima variazione dell'ambiente relazionale. Nel passaggio dalla figura alla coreografia la questione cambia. Non si tratta più soltanto di chiedersi quale corpo vissuto emerga, ma come questo corpo in allarme si muova dentro la relazione. Una corporeità continuamente orientata al monitoraggio dell'altro. Un corpo che non riposa mai semplicemente nella presenza, ma la verifica incessantemente. Non sta soltanto con l'altro: lo osserva, lo scandaglia, lo interroga, lo misura. Potremmo parlare, in questo senso, di una coreografia della perlustrazione. Antonello Correale aveva usato anni fa l'immagine della TAC: la persona borderline avrebbe bisogno di scansionare la mente dell'altro ogni dieci minuti per sapere che cosa gli passa per la

testa. Il soggetto non può limitarsi a stare nella relazione. Deve sapere dove si trova l'altro, che cosa sente, che cosa pensa, se è presente, se si sta allontanando, se è irritato, freddo, caldo, già altrove.

In questo contesto, microvariazioni dello sguardo, del tono di voce, del tempo di risposta, della postura o della mimica divengono estremamente significative. Una pausa può diventare segnale di distacco o di rottura. Un mutamento del volto può annunciare un rifiuto. Un ritardo nella risposta può essere vissuto come abbandono imminente. In relazione con questi microfenomeni il corpo entra in risonanza con l'altro attraverso una serie di microaggiustamenti: protendersi, retrocedere, trattenersi, correggersi, riassetarsi, anticipare.

È un corpo che compie continuamente piccoli passi di prova verso l'altro, come un animale che annusa l'atmosfera. Si protende, verifica, si ritrae, torna a cercare, misura la temperatura del campo. Non procede secondo un movimento ampio e deciso, ma attraverso oscillazioni minime, tentativi, correzioni, riposizionamenti. La scena relazionale viene perlustrata come se ogni dettaglio potesse essere l'indizio decisivo.

A questa dimensione della perlustrazione si collega una coreografia dell'anticipazione. Il corpo cerca di precedere il movimento dell'altro prima ancora che questo avvenga. Anticipa abbandoni, irritazioni, freddezze, distacchi. Si prepara a una ferita prima ancora che la ferita sia stata inferta. Il corpo non reagisce soltanto a ciò che accade, ma a ciò che teme stia per accadere. Ne deriva una coreografia dell'aggiustamento continuo. Il corpo borderline non trova mai una postura definitiva. Si riposiziona incessantemente: troppo vicino, troppo lontano, troppo esposto, troppo assente, troppo insistente, troppo ritirato. La distanza dall'altro non si stabilizza mai una volta per tutte, ma deve essere continuamente ricalibrata. Il corpo diventa così una sorta di antenna relazionale, sempre accesa, sempre protesa verso tracce minime dell'altro. Una coreografia fatta di avvicinamenti millimetrici, micro-ritrazioni, continui riassetamenti del contatto: protendersi, verificare, ritirarsi, riagganciare. È un corpo che danza incessantemente intorno a una domanda implicita: l'altro c'è ancora? Dov'è? L'ho perso? È sintonizzato con me?

Una coreografia caratterizzata dalla ricerca di una sintonizzazione incessante. Un corpo che non abita semplicemente la relazione, ma la calibra continuamente, istante per istante, attraverso micromovimenti di monitoraggio, anticipazione e riaggiustamento. Non è soltanto un corpo che sente l'altro: è un corpo che lo cerca, lo misura, lo prevede, lo teme, lo anticipa, lo interroga, nel tentativo sempre rinnovato di verificare il contatto.

Nel provare a descrivere una seconda coreografia della condizione borderline, vorrei proporre la condizione di un corpo *gettato all'inseguimento* dell'altro. Una configurazione che prende le mosse da quel vero corpo a corpo in cui ci ingaggiano spesso le persone borderline, là dove il corpo diventa veicolo di prossimità adesiva, strumento per fare presa sull'altro, mezzo per smuovere nell'altro emozioni forti. L'altro, per il soggetto borderline, appare perlopiù come una figura dai confini indistinti, difficile da mettere a fuoco. Un altro che c'è e non c'è, presente e allo stesso tempo assente, vicino e sfuggente, oggetto torturante proprio nella sua cronica indefinitezza. Un altro che mostra in modo imprevedibile aspetti contraddittori e incoerenti tra loro, ora disponibile, ora distante, ora vivo, ora spento, ora necessario, ora persecutorio. Nella misura in cui l'altro si offre al vissuto della persona borderline come presenza

intermittente, instabile, inafferrabile e metamorfica, il corpo borderline si dispone all'inseguimento. Slancio, corsa, rincorsa: un crescendo di concitazione orientato verso il fantomatico momento della presa. Il momento della presa coincide con una sorta di godimento aptico: il trionfo dell'afferrare, del prendere, dello stringere (finalmente) qualcosa tra le mani. In quel momento si celebra la centralità di una sfera tattile duale, fondata su un contatto adesivo. «Noi dobbiamo essere in contatto punto a punto», mi diceva un paziente, mostrando con le sue stesse mani come i due palmi potessero combaciare perfettamente, dito contro dito. In quel momento, un po' come in una sorta di gioco della mosca cieca borderline, si celebra una festa, l'illusione della presa: avere finalmente trovato un riferimento saldo, sicuro, che è possibile stringere tra le mani. Il bisogno è stare in contatto con un oggetto al quale si chiede di essere immediatamente e totalmente presente. L'altro viene cercato spasmodicamente affinché garantisca un senso di continuità di una relazione che non riesce a sedimentarsi sul fondo dell'esperienza. Proprio perché questa continuità non è data, deve essere continuamente riacchiappata, trattenuta, confermata sensorialmente. Ciò che diventa vitale è raggiungere l'altro, toccarlo, impressionarlo, smuoverlo, animarlo, attivarlo. Ma anche eccitarlo, spaventarlo, ferirlo, traumatizzarlo. Quante telefonate a tarda notte o nel fine settimana, messaggi incessanti o richieste urgenti vanno collocate e comprese dentro questa logica dell'inseguimento e della presa (Gunderson, 1996)?

Molto spesso questa coreografia viene riduttivamente considerata una generica ricerca di attenzione o una presunta "manipolazione". Ma inseguire l'altro, attaccarsi a lui, cercare di afferrarlo, può essere anche un modo per cercare sé stessi. Il soggetto riesce a sentirsi perché finalmente ha qualcosa da stringere, qualcosa contro cui premere, qualcosa che gli restituisce un bordo. È una festa del sentirsi esistere. Correale (2001) ha parlato, a questo proposito, dell'aspirazione a colmare, attraverso esperienze sensoriali, gravi lacune del senso di sé. La sensorialità non è allora semplice ricerca di stimolazione, ma ricerca attiva di uno specifico stato di attivazione del senso di sé. Ogden (1989) osserva che l'individuo può tentare di usare l'esperienza sensoriale di adesione alla superficie di un oggetto per ricreare l'integrità della propria superficie. Il contatto con l'altro serve così a ricostituire, sia pure provvisoriamente, una pelle psichica minacciata di lacerazione o dissoluzione. Indicatori macroscopici di questa coreografia sono la richiesta di vicinanza immediata, la ricerca urgente di contatto, apparizioni e sparizioni, messaggi incalzanti, il bisogno di una risposta immediata, la paura fisica dell'abbandono, l'impossibilità di tollerare l'assenza, l'erottizzazione o la sessualizzazione della relazione.

La scena si organizza spesso secondo un circolo vizioso che si autorinforza: inseguimento, fuga, nuovo inseguimento. Ma più l'altro viene inseguito, più tende ad allontanarsi. Più si allontana, più diventa urgente raggiungerlo. Il soggetto borderline appare allora lanciato all'inseguimento di un altro sfuggente, inafferrabile, imprevedibile e proprio per questo condannato a non raggiungerlo mai. Può afferrarne soltanto brandelli, momento per momento. Vive nell'eccitazione della rincorsa, nella scia di un oggetto sfuggente, che è lì ma che non si raggiunge mai.

Se melanconia e depressione hanno a che fare con la perdita dell'oggetto, nella psicopatologia borderline sembra configurarsi una situazione diversa: l'oggetto non lo si può perdere perché non lo si è mai trovato davvero (Bollas, 2021). O meglio, quando

lo si è trovato, quell'incontro ha coinciso troppo spesso con la sua dissolvenza, con l'evaporazione della sua potenziale coerenza e consistenza o con la sua trasformazione nel contrario. Il contatto non conferisce allora stabilità, coerenza o autenticità alla percezione dell'altro e di sé. Il luogo del godimento aptico diventa così, al tempo stesso, anche il luogo della delusione e del vuoto.

Questo movimento continuo porta il soggetto borderline a stare con il corpo al bordo dell'altro, in un equilibrio precario tra una eccitazione quasi orgiastica, vissuta nella rincorsa di esperienze sensoriali estreme, e un senso di vuoto fatto di inconsistenza, vacuità, incoerenza, senso di morto, erosione ed esaurimento. Resta, tra le altre, una domanda: in che misura viene inseguito l'altro e in che misura invece viene inseguita quella forma di esperienza della relazione della quale, per un attimo, si è fatta esperienza? Vale a dire l'esperienza dell'afferramento e della presa: una esperienza che, per quanto evanescente, ha fatto sentire una qualche consistenza. È un po' come inseguire una figura sull'acqua mentre continuamente se ne agita la superficie. Di qui la necessità di sviluppare una estensione dei modi di ascolto e di ascoltare con tutti i sensi (Bastianini et al., 2021). Occorrono forme di ascolto complesse, nelle quali il corpo, da luogo di possibili evacuazioni psichiche, possa anche essere pensato come ricerca di contatto, tentativo di legame, come mezzo per tentare di dare consistenza all'esperienza, come domanda rivolta a un altro corpo, nell'ambito di un coinvolgimento corporeo-affettivo che si realizza nella atmosfera spaziale (Schmitz, 2009) di una coreografia. È in questo contesto che la seduta, nel corso di una psicoterapia, può diventare il luogo in cui la coreografia concitata dell'inseguimento e della sintonizzazione incessante trova, almeno per un momento, un arresto. Non una immobilizzazione mortificante, ma una sospensione che permette di vedere il movimento nel mentre accade. Un fermo immagine nel flusso, una pausa nel vortice, un'occasione perché ciò che era soltanto rincorso, afferrato o perduto possa cominciare a essere pensato. Come racconta un mio paziente: «La seduta? La seduta per me è come un fermo immagine. Un modo per andare a vedere, capire, assimilare. Il flusso insensato per un attimo si arresta e io posso capire».

BIBLIOGRAFIA

AJURIAGUERRA, J. DE (1977). *Manuale di psichiatria del bambino*, Masson, Milano, 1993.

ALVAREZ A. (2012). *Un cuore che pensa*. Astrolabio, Roma, 2014.

BARALE F. (2008) Il fondo instabile dell'esperienza Clinica e psicopatologia borderline. In M. La Scala, V. Costantini (a cura di) *Il lavoro psicoanalitico sul limite. Contributi teorici e clinici*. Angeli, Milano, pp. 63-80

BARBIERI G. (2011). L'azione ugualmente fluttuante. *Relazione al Centro Milanese di Psicoanalisi*, 3 febbraio 2011

- BASTIANINI T., FERRUTA A. DEGL'INNOCENTI B. (a cura di) (2021). *Ascoltare con tutti sensi*. Fioriti, Roma.
- BIN KIMURA (1992). *Scritti di psicopatologia fenomenologica*. Fioriti, Roma, 2005.
- BOLLAS C. (2021). *Tre caratteri*. Raffaello Cortina, Milano, 2022.
- BOLOGNINI S. (2008). *Passaggi segreti*. Torino, Boringhieri, 2008.
- CERMISONI, R. (2010). La temporalità Borderline: fenomenopatologia della sospensione. *Psichiatria e psicoterapia* 3, 201-223.
- CHESSICK R.D. (1977). *Intensive psychotherapy of the borderline patient*. Jason Aronson, New York.
- CLARKIN J.F., HULL J.W., HURT S.W. (1993) Factor structure of borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 7, 137-143.
- CORREALE A. (2006). *Area traumatica e campo istituzionale*. Borla, Roma.
- CORREALE A., ALONZI A.M., DI GIUSEPPE P. et Al. (2001). *Borderline. Lo sfondo psichico naturale*. Mimesis, Milano, 2023.
- D'AGOSTINO, A., APORTONE, A., PETRINI, M., MANGANELLI, E., ROSSI MONTI, M., & STARCEVIC, V. (2019). Preliminary validation of the Interpersonal Dysphoria Model of Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 51(6), 390-399.
- DE MARTIS D., PETRELLA F. (1970). Esperienze di psicoterapia individuale nel borderline. In: *Sindromi pseudoneurotiche. Aspetti psicoterapici*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- DI PETTA G. (2004). *Il mondo tossicomane*. FrancoAngeli, Milano.
- FUCHS T. (2007). Fragmented Selves: Temporality and Identity in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 40, 379-387.
- FUCHS T. (2021). *Il corpo vivo nel mondo*. A cura di V. Bizzarri, R. Vanacore. Fioriti, Roma.
- GENNART M. (2011). *Corporeità e presenza*. Fioriti, Roma, 2017.
- GREEN A (1986). *Psicoanalisi degli stati limite: la follia privata*. Raffaello Cortina, Milano, 1991.
- GUNDERSON J. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachment and therapist availability. *Am. J. Psychiatry*, 153, 752-758.

- GUNDERSON J. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis, *Am. J. Psychiatry*, 166, 5, 530-539.
- HOLZEY-KUNZ S.M TAMÁS FAZEKAS (2012). Daseinsanalysis. A Dialogue. In: Barnett L., Madison G. (eds), *Existential Therapy. Legacy, Vibrancy and Dialogue*. Routledge, New York, pp.35-5.
- KERNBERG O. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- LE GOC DIAZ I. (1988). La dépersonnalisation. In: *Enciclopedia Médico-Chirurgicale*.
- JASPERS K. (1913). *Psicopatologia generale*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964
- KERNBERG O. F. (1984). *I disturbi gravi della personalità*. Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- LE BRETON D. (1991). *Passione del rischio*. Ed Gruppo Abele, Torino, 1995
- MALLOCH, S., TREVARTEN, C. (2009). *Communicative Musicality: Exploring the Basis of Human Companionship*. Oxford University Press, Oxford.
- MEARES R. (2000). *Intimità e alienazione. Il Sè e le memorie traumatiche in psicoterapia*. Raffaello Cortina, Milano, 2005 .
- MEISSNER W.W. (1984). Clinical differentiation of borderline syndromes from the psychoses. *Psychoanalytic review*, 71, 185-210.
- MERLEAU-PONTY M. (1945). *Fenomenologia della percezione*. Il Saggiatore, Milano, 1965.
- OGDEN T. (1989). *Il limite primigenio dell'esperienza*. ASTROLABIO, ROMA, 1992.
- PRIGOGINE I. (1979). *La nuova alleanza*. Longanesi, Milano 1979.
- RACAMIER P.C. (1980). *Gli schizofrenici*. Raffaello Cortina, Milano, 1983.
- ROSSI MONTI M. (1994). *Manuale di psichiatria nel territorio*, Fioriti, Roma, 2006.
- ROSSI MONTI M. (1996)., Spectra and Categories. The Role of "Nosographic Disorganizers", "Neurology, Psychiatry and Brain Research",4,113-116
- ROSSI MONTI M. (2014). Borderland: per una fenomenologia del clinico. In: Fontana M., Zito S. (a cura di) *La patologia borderline in psicoanalisi. Modelli per l'intervento*. FrancoAngeli, Milano, pp.191-220
- SCHMITZ H. (2009). *Nuova fenomenologia. Un'introduzione*. Marinotti, Milano, 2011
- SHERWOOD V., COHEN C. (1995). *Psychotherapy of the quiet borderline patient*. Aronson, New York.

STANGHELLINI G. (2023). Homo dissipans: Excess and Expenditure as Keys for Understanding the Borderline Condition. *Psychopathology*, 56,6,478-491.

STERN, D. N. (2010). *Le forme vitali. L'esperienza dinamica in psicologia, nell'arte, in psicoterapia e nello sviluppo*. Raffaello Cortina, Milano, 2011.

STRAUS E. (1935). *Forme dello spazio e forme della memoria*. Armando, Roma, 2011.

WINNICOTT D. (1969). The use of an object. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50, 711-716.