

## AREA TRAUMATICA E CAMPO ISTITUZIONALE

### Parte prima: l'istituzione

#### 2. IL GRUPPO COME ORGANIZZAZIONE

**ISTITUZIONE:** una struttura stabile, diretta a orientare scelte, comportamenti, o addirittura sentimenti e passioni della collettività, rispetto ad alcuni temi centrali della collettività umana (salute, speranza, ecc.).

**ORGANIZZAZIONE:** la membratura, la divisione dei compiti, l'attribuzione delle cariche, la distribuzione dei ruoli.

Sono strettamente collegati; l'organizzazione tende ad assumere un carattere quasi autonomo, a staccarsi dalla matrice ideale che doveva perpetuare e valorizzare, e diventare un insieme di leggi, dotate di un significato proprio e quasi staccato dalla realtà e dalle vicende umane e storiche. In realtà l'enfasi sull'organizzazione esprime un tentativo di controllare la preoccupazione, che nasce dalla profonda responsabilità individuale, che mettono in luce i casi complessi e quindi la grande importanza, che assumono i transfert in queste situazioni. Il transfert è l'irriducibilità di un tipo di legame che non può essere semplicemente sostituito con un altro. Nei servizi l'impatto con il transfert è visto come un impegno così drammatico e potente da indurre fenomeni d'evitamento, di delega. L'argomento che più aiuta ad approfondire il tema dell'organizzazione è il concetto di gruppo di lavoro di Bion; è la funzione razionale del gruppo, riconducibile al principio di realtà di Freud. Il gruppo di lavoro opera nel tempo, accetta le frustrazioni, limita la soddisfazione immediata e brutale del desiderio; è centrato sul compito, sul fine del gruppo e, nel caso di quelli istituzionalizzati, sul rapporto con l'altro, il paziente e ciò che si aspetta. Il gruppo di lavoro nasce dalla consapevolezza di questo compito e non può essere ricacciato nell'esclusione.

L'organizzazione è l'aspetto esteriore, cristallizzato, fissato all'esterno, del gruppo di lavoro. In un primo momento Bion contrappone la funzione razionale a quella affettiva, poi ipotizza che la forma che materialmente può assumere il gruppo di lavoro si modelli sulle esigenze e necessità del gruppo di base. Quindi l'organizzazione è legata al gruppo di lavoro che rappresenta l'attivo polo ineliminabile del gruppo di base. L'analisi di gruppo deve tenere conto che l'organizzazione ha due scopi: riguarda il compito e concerne ruoli e gerarchie.

Riguarda un collegamento e uno sviluppo degli affetti del gruppo di base.

**Gruppo specializzato:** quel particolare gruppo di lavoro deputato nel caso della dipendenza a gestire gli affetti connessi con la maternità, in quello attacco-fuga con la paternità, in quello di accoppiamento con la fraternità. L'organizzazione diventa un apparato senza anima se non si connette all'emozione fondante; si può dire che il gruppo organizzazione è funzionante quanto più sa tradurre nell'organizzazione l'emozione fondante dell'istituzione. Questo problema è strettamente connesso con quello dell'idealizzazione: ogni gruppo tende a idealizzarsi l'emozione fondatrice che gli ha dato vita; se l'idealizzazione del gruppo si svincola da questa, il gruppo diventa persecutorio, c'è un distacco dalla realtà.

#### 3. IL GRUPPO E IL SENTIMENTO DI APPARTENENZA

Bion considera centrale l'idea che un gruppo tenda ad essere dominato, in particolari circostanze specie in quelle traumatiche, da alcune emozioni molto potenti e che queste entrino in conflitto col gruppo di lavoro. In un secondo momento sostiene l'idea che anche il gruppo di lavoro debba essere soffuso da un'emozione che lo accenni e orienti senza dominarlo. La naturale tendenza di un gruppo a idealizzarsi, valorizzando di fronte all'esterno i propri sentimenti di appartenenza, può entrare in contrasto con il delicato equilibrio tra gruppo di base e di lavoro, spostandolo verso il primo. Accade che la tendenza narcisistica del gruppo possa spingere il gruppo istituzionale a perdere nel gruppo quel rapporto armonioso tra gruppo di base e di lavoro che è il fine di ogni esperienza gruppale e istituzionale. La maggior parte dei fenomeni di tendenza narcisistica (bisogno di esaltare la propria storia, eroi, fantasia apparentemente scherzosa ma inconsciamente reale di essere superiori agli altri gruppi) derivano da un profondo desiderio di auto-idealizzazione cui il gruppo è soggetto e gli assunti di base sono l'espressione. Narcisismo:

**FREUD:** narcisismo primario: momento cruciale in cui il bambino sperimenta una corrispondenza perfetta tra sé e la madre densa di appagamento e soddisfazione. Si sviluppa una nostalgia per questo momento passato tanto potente che riesce ad orientare il futuro

**KLEIN:** idealizzazione come difesa dalla rabbia e risultato di una scissione protettiva dall'effetto dirompente delle emozioni, specie quelle aggressive.

KOHUT: idealizzazione nell'alveo del tema dell'attaccamento; il legame tra madre e figlio ha bisogno che entrambi vivano la fantasia di una propria unicità, di qualcosa di irripetibile e specifico.

Nella concezione freudiana di ideale dell'Io, che è l'istanza che nell'età adulta eredita il lascito del narcisismo, esiste qualcosa di più: l'idea quasi platonica di un bene sommo, che è ricordo e prospettiva che costituisce una riserva inesauribile di idealità dalla quale attingere.

L'esistenza di un gruppo soddisfa un bisogno fondamentale di ogni essere umano: di affiliazione, di far parte di qualcosa; ma definirlo solo come bisogno di appartenenza, di garanzia rispetto alle angosce della solitudine non è sufficiente. È necessario postulare il bisogno di sentirsi parte di una realtà idealizzata, superiore, armoniosa e compatta un'illusione condivisa capace di risucchiare le aspirazioni individuali. Il narcisismo primario si proietta sul gruppo che ne diventa il ricettacolo naturale. Gli assunti di base di Bion vanno nella stessa direzione; di fronte a un pericolo il gruppo opera un corto circuito e si fa catturare da un'emozione collettiva depressiva esaltata o persecutoria che lo fa sentire unito e inattaccabile dalla realtà pericolosa. La caratteristica fondamentale del gruppo di base è l'intolleranza per il diverso, l'odio per chi all'interno minaccia le idee di essere una cosa sola, l'idea che fuori dal gruppo non c'è salvezza e che questa unità porterà all'unità. Quindi si postula l'idealizzazione e gli assunti di base come suoi servitori. Si potrebbe pensare che il compito esterno, quello che Bion chiama gruppo di lavoro, e che Corrales definisce come l'effetto sempre rinnovantesi di un vero incontro con la realtà, sia temuto anzi odiato. Quindi il gruppo di lavoro e di base non sono poli separati e che si escludono, ma hanno bisogno l'uno dell'altro:

GRUPPO DI BASE: intollerante nella sua richiesta di unità, idealizzazione, coesione ed evitamento della fatica, contiene l'istanza autoidealizzativa.

GRUPPO DI LAVORO: e la sua versione istituzionalizzata, l'organizzazione, può essere intollerante perché razionalista e scissa in una contemplazione astratta del proprio comportamento. L'idealizzazione è una forza potente e necessaria perché il gruppo possa sentire che si spinge in avanti, evolve, ma soprattutto, perché possa sentire che affonda le proprie radici in una fonte inesauribile di vita e potenza. Spesso il gruppo di lavoro non si pone al servizio della idealizzazione e coesione "buona", ma di una parziale e cieca; talvolta con fini distruttivi del compito con la conseguenza che tale organizzazione si perpetua essenzialmente perché impregnata dei valori e delle finalità del gruppo di base.

#### 4. LA FORMAZIONE DI SOTTOGRUPPI

SOTTOGRUPPI: tendenza di alcuni membri del gruppo istituzionale a formare aggregazioni stabili o semi-stabili che si intrecciano con la formazione dei gruppi organizzati, nati con fini istituzionali precisi. C'è come un'aggregazione spontanea che opera al di fuori della volontà organizzativa e che determina due livelli di funzionamento dell'istituzione:

- Quello dei sottogruppi organizzati formati su base autoritaria e costituiti da equipe, gruppi di lavoro, unità operative, ecc.
- Quello dei gruppi spontanei più o meno riconosciuto o clandestino, si forma su piani di aggregazione diversa.

La tendenza dei sottogruppi a formarsi può avvenire su molte basi:

- Professionale: la formazione del sottogruppo assume un'attività sindacale e munirsi di forme di attività proprie quasi indipendenti dalla vita dell'istituzione.
- Convergenza Ideologica: aggregazione si forma sulla base di convergenze ideologiche.
- Amicali: si formano sulla base di simpatie personali, convergenze emozionali; sono i gruppi che tendono ad essere più gratificanti per chi li costituisce, ma suscitano diffidenza, invidia, ostilità negli esclusi.

I sottogruppi scardinano l'unità dell'insieme, sono la matrice di piccoli centri decisionali, bloccano la comunicazione a livello generale, sono fonti di pettegolezzi. Il gruppo tende sempre a diffidare della coppia, vedendola come frammentante dell'unità d'insieme, e spinta da un'istanza libidica che entra in antagonismo con il bisogno del gruppo di attivare un'idealizzazione indiscriminata di se stesso come unità al fine di regolare l'insieme. Su un piano più politico, i sottogruppi sono considerati eversivi perché separati, dominati da una legge propria non coincidente con quelle del gruppo come totalità. I sottogruppi amicali rappresentano un ostacolo alla circolazione delle notizie e allo spirito unitario; una modalità che è stata utilizzata per arginare la formazione di sottogruppi è quella della riunione d'equipe, riunioni programmate, i briefing. Agazarian sostiene che la formazione di sottogruppi è da

incoraggiare, all'interno della psicoterapia di gruppo; anzi, quando questo evento non si sviluppa autonomamente dovrebbe essere il conduttore della psicoterapia a stimolarlo, indicando temi dove sia possibile la convergenza. L'individuo quando vuole sostenere un tema insolito o privato cerca un compagno che lo sostenga e lo incoraggi; poiché questo avviene quasi sempre lo psicoterapeuta dovrebbe incoraggiare questo evento per mostrare al gruppo che le convergenze si formano, che non sono temute, che l'individuo non è solo. Se domina l'amicizia il sottogruppo è chiuso, rigido, autoidealizzante; se domina un'attribuzione di ruoli su base istituzionale si avrà una caduta drastica di energia dovuta al fatto di lavorare con persone con cui non ci si trova bene. Perché la valorizzazione del sottogruppo non blocchi la comunicazione è necessario:

La selezione: possibilità che ogni operatore possa scegliere gli operatori con cui lavorare:

- L'amicizia: deve concernere una comune identificazione dei 2 o più amici con l'istituzione come totalità;
- Il responsabile d'equipe: deve essere un tramite tra i sottogruppi.

## 5. LA CULTURA DEL GRUPPO ISTITUZIONALE

L'approccio etnografico è un approccio storico, in cui l'elemento centrale è dato da come la storia ha plasmato quel gruppo; permettere di cogliere abitudini, affetti, modalità regolatorie della comunicazione al suo interno, tutti livelli sovrapposti che possono essere in gran parte assimilati al gruppo di lavoro o al gruppo di base. Molto importante risulta essere il pettegolezzo che è il modo per far conoscere a tutti i membri del gruppo quelle informazioni non ufficiali che è necessario sapere ed il mezzo con cui si compensa la quota di ipocrisia che è necessaria in ogni gruppo. La verità dell'istituzione si fa quindi opaca per i suoi membri, mentre resta accessibile a figure esterne che siano momentaneamente interne. Hanno l'approccio etnografico tutti i soggetti che fanno parte del gruppo per un tempo limitato: sono figure necessarie per la vita dell'istituzione perché costituiscono un punto di vista esterno che viene internalizzato per un tempo determinato. Una figura molto comune è quella del supervisore che, se non viene marginalizzato, può cogliere il clima, le fantasie ma anche le angosce del gruppo. Il supervisore sentirà come un'onda l'investimento della mescolanza tra organizzazione e gruppo di base; si può intendere la cultura di gruppo:

- Insieme delle idee e convinzioni proclamate da un gruppo e gli affetti che tale insieme di idee suscita nel gruppo stesso (la cultura è difensiva, serve a dare al gruppo un apparato ideologico per non fronteggiare la realtà);
- Insieme delle idee-forza, soggiacenti al funzionamento del gruppo, e che, in contatto con il gruppo di base, orientano il gruppo istituzionalizzato senza che esso ne sia consapevole.

A un attento esame etnografico, il gruppo istituzionale mostra la sua cultura soggiacente, la cui potenza è elevata quanto la non consapevolezza del gruppo di esserne affetto. La cultura ha una funzione di ponte tra l'organizzazione e il gruppo di base; e questa vista dal secondo punto, è il modo specifico per ogni gruppo, con cui un certo gruppo istituzionale ha messo insieme gruppo di base e organizzazione. La cultura di gruppo ci dice in che momento ci troviamo, quanto siamo lontani dallo stato nascente; essa, e in certi casi quella dei sottogruppi, esprime lo stato di fluidità delle idee-guida di un gruppo e della loro capacità di mobilitare energie e creatività.

### FENOMENI DI OCCLUSIONE DELLA CULTURA DEL GRUPPO ISTITUZIONALE:

Alcuni gruppi istituzionali hanno subito alcuni traumi gravi, questi restano nella memoria del gruppo come scenari cristallizzati, con ricordi sensorializzati molto potenti, la cui valenza sensoriale induce un'emozione così potente da non permettere ulteriori associazioni; è evidente la connessione con la dissociazione post-traumatica di un individuo.

### CARATTERISTICHE DELLA CULTURA DEL GRUPPO ISTITUZIONALE:

1. Si rende manifesta agli esterni piuttosto che agli interni, o meglio a esterni in momentanea condizione di interni;
2. Non è l'ideologia proclamata, ma l'insieme delle idee-forza vissute e non affermate ufficialmente;
3. Se lontana dal campo nascente, è cristallizzata e valorizza solo un aspetto di un campo. Permette quindi la convergenza di tutti gli elementi del campo affettivo definendo quella che secondo Fornari (1981) è la "democrazia degli affetti".

## 6. LA LEADERSHIP E LE SUE FUNZIONI (1)

La conduzione della leadership è l'elemento chiave di tutta la vicenda istituzionale e da essa deriva grande parte del buon funzionamento del gruppo; la sua funzione consiste in una capacità di equilibrare e far dialogare tra di loro gruppo di base e gruppo-organizzazione.

LEADERSHIP:

- BION: tende a cadere preda delle esigenze degli assunti di base, il leader è poco più che una funzione del gruppo stesso;
- FREUD: prodotto della cristallizzazione dei fenomeni di idealizzazione del gruppo e le tendenze identificatorie tra i membri sono da intendere come prodotto della fratellanza indotta dalla comune ammirazione per il capo.

Dalla teoria di Freud: c'è nel leader qualcosa di sacrale, facilmente esaltabile che mobilita le istanze idealizzanti del gruppo, che non sono solo difensive, ma esprimono un'esigenza primaria e trovano nel leader una modalità di personificazione e concretizzazione; questo comporta il pericolo che, alla prima delusione, l'idealizzazione tradita comporta angosce di esclusione e narcisismo ferito. La personalità del leader svolge una cruciale influenza sull'andamento del gruppo: tutti gli aspetti di questa personalità (soprattutto quelli inconsci e scissi), sia per reazione che per identificazione, vengono rielaborati, introiettati e circolano nel gruppo, in modalità più o meno evidenti. Kernberg ha descritto come una serie di organizzazioni caratteriali del leader determinano assetti corrispondenti emotivi del gruppo: leader narcisista, persecutorio, ossessivo e fatuo. Una funzione essenziale del leader consiste nella regolazione delle istanze narcisistiche del gruppo controllando che non degenerino nella loro controparte emozionale, quella persecutoria. Il gruppo ha bisogno che il capo alimenti le istanze idealizzanti migliori, la più importante è l'idea che il lavoro contenga una valenza conoscitiva inesauribile, per attingervi è necessario un continuo sforzo di responsabilità autocritica. Ogni gruppo nasce su un'idea guida, un principio-forza, che appartiene alla dimensione etica più basilare: la salvaguardia di aspetti essenziali dell'altro visto come principio ispiratore di ogni impulso etico. Per idealizzazione, quindi, si intende la capacità di ricongiungersi con fiducia e entusiasmo alla matrice originaria, alla forza iniziale che alimenta l'esistenza stessa dell'istituzione. Le istituzioni sono ossessionate dal tema della giustizia: intesa come la capacità di attribuire in modo equo la distribuzione delle cariche, delle responsabilità e delle retribuzioni corrispondenti; l'istituzione è una grande ed esauribile risorsa di beni e gli operatori devono trovare un modo non conflittuale per distribuirli. Questa istanza di giustizia cozza con la necessità di non dimenticare mai la diversità tra gli esseri umani e il loro diverso grado di forze e di capacità; questo a sua volta ferisce l'immagine di perfezione attribuita. La contraddizione è lacerante e il leader né è la vittima e l'esecutore; quindi il compito essenziale della leadership è valorizzare le diversità tra i membri senza offendere l'istanza di giustizia centrale (che è alla base della vita di ogni istituzione) e, allo stesso tempo, ricondurre la giustizia al compito centrale dell'istituzione stessa che, essendo etico, è problematico. Questa funzione è vicina al far dialogare ed equilibrare il gruppo organizzatore e il gruppo di base:

La spontaneità, una certa libertà di idee, il ritorno ai valori fondanti dell'istituzione sono la parte valida del gruppo di base, sono la fonte di idealizzazione feconda;

- Le reazioni persecutorie, l'invidia, l'odio per l'innovazione fanno parte dell'aspetto reattivo del gruppo di base, di un ideale dell'Io che si è trasformato in Super-Io.

Il leader deve essere capace di valorizzare le differenze individuali e facilitare la circolazione dell'idea che le differenze non infrangono l'idea di un fondamento distributivo comune che troverà altre vie per realizzarsi; deve essere coraggioso e accettare l'idea che la circolazione di un certo grado di verità cozza contro un potente narcisismo immobile dell'istituzione.

## 7. LA LEADERSHIP E LE SUE FUNZIONI (2)

Il leader come compito principale deve promuovere la regolazione, formazione e sviluppo della cultura del gruppo istituzionale; questo nel doppio significato di un leader che imprime e sviluppa idee nel gruppo e che raccoglie e valorizza le idee e gli orientamenti del gruppo. La leadership come sistema di collegamento di funzioni del gruppo, ne esistono di 3 tipi:

- Coincidono con incarichi e responsabilità ufficiali; è l'elemento portante della carriera personale, implica diversi livelli di retribuzione e è ufficiale e trasparente.

- Funzione affettiva: riguardano le attività di gruppo, specifiche operazioni psichiche di cui il gruppo ha bisogno e che una certa persona può svolgere meglio di altre. La funzione dell'ironia è fondamentale attraverso cui si riesce a comunicare qualcosa solitamente confinato nel non dicibile. Senza questa funzione il gruppo soffre enormemente, anche se non può essere dichiarata funzione ufficiale. Un altro esempio è il "Genius loci": quella figura del gruppo che sente maggiormente l'esigenza di fornire al gruppo esperienze di appartenenza, di casa, di valorizzazione delle proprie radici.
- Funzione protettiva: fenomeno per cui alcuni operatori si assumono ruoli di responsabilità più facilmente di altri, spesso mossi da un potente sentimento di identificazione con l'istituzione.

Il leader per essere tale deve tenere presente le funzioni principali del suo gruppo ed esercitare su di esse o un'influenza diretta o comunque un'opera di connessione e collegamento. Regolare il livello gruppale delle funzioni, aggregarle nella propria mente e influenzare il loro funzionamento nel gruppo è un compito primario del leader; d'altra parte nessuno può aspettarsi che il leader accenti su di sé le funzioni più importanti del gruppo.

## Parte seconda: la clinica e il transfert dei disturbi gravi. Psicosi e borderline

### 8. LA PSICOSI E L'AREA TRAUMATICA

La psicosi si configura come rottura di ogni legame dell'uomo con il mondo e con l'altro; è un'esperienza composta da una parte da terrore, dall'altra da solitudine e sensazione di irreparabilità tipica della condizione umana: alcuni aspetti, come la consapevolezza della morte, la solitudine, la trascorribilità dell'apparenza sensoriale delle cose, vengono ingranditi e messi in primo piano, consapevolezza di un dramma già avvenuto. Le stesse difese dall'angoscia di morte operate dallo psicotico sono messe in atto anche nell'operatore; il terapeuta può aiutare lo psicotico non a liberarlo dal dramma, quanto dall'idea spaventosa e paralizzante che il dramma abbia distrutto la sua vita. In questo è necessario che il terapeuta sia attivo, promuova pensieri, metafore, descrizioni che espandono al massimo le capacità di descrizione della realtà. Così lentamente il ricordo del dramma diventerà descrivibile, ma solo quando intorno al disastro si sarà costruita una capacità comune di pensiero attivo con il paziente psicotico che lo metta in grado di descrivere il dramma che sta vivendo nel miglior modo possibile. Per comprendere il concetto di psicosi è necessario partire dal concetto di: PERDITA: indica che nel processo c'è qualcosa di inevitabile che sorprende il malato, lo lascia alle prese con qualcosa che non riesce a decifrare; i momenti di perdita della realtà portano a un processo di estraniamento che rende il qui e ora lontano, misterioso. Questi sono gli aspetti fondamentali della psicosi.

Per evitare questa sensazione il soggetto mette in atto fenomeni ricostruttivi o secondari o compensatori (deliri, attaccamenti spasmodici, fenomeni definiti dalla Cimino come "continuo"). Esiste una correlazione strettissima tra perdita della realtà ed esperienza di morte, questa per lo psicotico è l'interruzione della presenza di vita nelle cose; così queste, come le persone, in quei momenti rimangono nude, come se mente e corpo fossero meccanismi e non flussi vitali. La traccia mnestica che questi momenti lasciano nel ricordo è spaventosa; il senso di estraneità del mondo con noi e di noi al mondo diventa la convinzione che esiste in noi qualcosa di sbagliato e che la gente normale vede qualcosa nel mondo che noi non riusciamo a vedere. In altri casi il paziente scopre che vede, lui sì e gli altri no, nel mondo un orrore misterioso che agli altri sfugge. Il terapeuta in questo caso deve far capire che sa di cosa si sta parlando e che l'unica differenza che li separa è la capacità di comunicarlo.

SEPARAZIONE: non è solo il momento della perdita di qualcosa che si stacca tra me e te, ma la percezione continua e dolorosa di una distanza incolmabile tra due persone. L'obiettivo del terapeuta con gli psicotici è di trovare e lavorare sull'area traumatica (esperienza di perdita della realtà, depersonalizzazione e talora crollo catastrofico); ovvero su quella specifica configurazione relazionale così insopportabile da far mettere in atto al paziente tutti i meccanismi che portano alla perdita della realtà, con conseguente depersonalizzazione e crollo delle certezze. Il lavoro con gli psicotici si deve porre l'obiettivo di identificare l'area traumatica e lavorarci sopra, prima ai bordi poi piano piano sempre più vicino al centro; è necessario prima vedere se l'esperienza di perdita ha permeato tutta la vita psichica, poi ci si addentra nella periferia dell'area traumatica e si mostra che l'esperienza connessa a questa funziona come una centrale nucleare: emette radiazioni che solo un po' alla volta possono essere rese innocue. Nessuna terapia della psicosi è efficace se il terapeuta e paziente non

ripercorrono il momento della perdita della realtà; ogni entrata brusca nell'area traumatica può far precipitare il paziente ancora di più dentro di essa.

## 9. DISTURBO BORDERLINE: IL RIPOSO IMPOSSIBILE

Nel paziente borderline l'elemento frustrante e negativo è la non disponibilità, quando serve, dell'oggetto di riferimento; questo porta un vissuto catastrofico di perdita totale e irreparabile di ogni possibile sviluppo. Il soggetto si trova quindi nella condizione di essere sradicato da tutto, inutile, senza appoggi e senza prospettive.

**PSICOTICO:** l'aspetto enigmatico della vita prende il sopravvento, il mondo diventa indecifrabile e misterioso, estraneo non è né buono né cattivo, avvolto in un'aurea di mistero e lontananza. L'esperienza traumatica induce la depersonalizzazione con la rottura delle coordinate spazio-temporali. La crisi psicotica colla perdita della realtà e l'isolamento che ne consegue è la porta d'ingresso in un altro mondo.

**BORDERLINE:** con l'esperienza traumatica, vede comparire dietro le facce consuete, facce odiose e indifferenti, non lontane perché misteriose, ma perché prese da altri pensieri e incapaci di provare interesse per lui. A questo subentra una rabbia violenta che però ha il fine di tentare di ristabilire un legame. Non c'è entrata in un mondo parallelo, resta solo con il suo terrore senza nemmeno la consolazione di impazzire dello psicotico; soffre di un dolore laico in cui la terra si svuota, ma rimane terra senza demoni o angeli. In altri casi l'esperienza traumatica assume il carattere di un fenomeno dissociativo con alterati stati di coscienza, disturbo dell'attenzione, restringimento della memoria.

C'è nel borderline una disperazione dolente e rabbiosa che si instaura quasi all'improvviso e lascia all'interlocutore la sensazione di aver fatto un danno, senza sapere quale.

**RIPOSO:** il soggetto borderline non riesce a trovare riposo a causa di un trauma causato dall'oggetto genitoriale che diventa un elemento di confusione, rabbia e mancanza di radici. A sua volta il genitore stesso è afflitto da una sua antica esperienza traumatica e quindi non riesce a riposare. Il concetto di riposo è importante perché è quel momento in cui i ricordi vengono utilizzati per creare nuove connessioni di pensiero, per conferire ai pensieri una forma concreta, una corrispondenza sensoriale aperta. Presuppone due condizioni:

- il cambiamento di contesto: lo sfondo deve essere diverso dal consueto perché questo per il borderline è persecutorio, deve connotarsi come potenzialmente produttivo;
- la presenza dell'altro con funzione di riparo strutturante (mentre nel borderline l'altro non riesce ad avere questa funzione bensì quella di creare rumore, confusione).

Il paziente borderline è un potente amplificatore, costringe l'altro a una verifica attenta di ciò che dice; tiene l'altro in una lente d'ingrandimento e reagisce con dolore e rabbia a ogni comunicazione che gli sembri mettere in discussione il suo valore o diritto all'esistenza.

Questo rende i borderline così stancanti e commoventi: hanno una continua sete di verità; questa richiesta violenta e drammatica crea nel rapporto il maggior turbamento: da un lato uno slancio e gratitudine per l'esperienza così intensa e potente che l'altro fa fare, dall'altro un sentimento continuo di non essere all'altezza, di non bastare mai. Questo induce una sensazione di inesauribilità; il desiderio che l'altro non si consumi è inesauribile e violento e si rappresenta all'infinità. Così la ricomparsa del trauma e la tematica della perdita ad esso associata da la sensazione al terapeuta che tutto il lavoro fatto possa diventare inutile; è essenziale per questo che il terapeuta colga questo nucleo di perdita totale, dando al paziente la sensazione di sapere di cosa si sta parlando e di disponibilità umana e sincera, cosa che il borderline ricerca con avidità. È anche importante creare un gioco di pensieri attivo, orientato, ricco di metafore per dare al paziente un esempio di formatività che in realtà lui conosce ma perde appena entra nell'area traumatica. Deve stare attento a non cadere in errore sia nell'essere troppo disponibile che troppo rigido: può mostrare stanchezza ma è bene che dimostri sempre di sapere che c'è un collegamento tra senso di perdita e rabbia.

## 10. LA DIMENSIONE DELL'INFINITEZZA E LE SUE DIFESE

Sentimento di infinitezza: comporta un alone di significato che indica, da un lato, un elemento di parziale consapevolezza, dall'altro una difficoltà a definire meglio in termini verbali ciò che sta avvenendo nel mondo interno. Comporta spaesamento disorientato, senso di inutilità e perdita angosciante di senso. Per spiegare questo sentimento in ambito psicotico è necessario partire dall'idea di perdita di realtà: il paziente sente il mondo e l'altro come un eccesso di presenza, che li rende pesanti, concreti in modo insopportabile. La libertà, cioè la capacità di estendere il proprio senso alle cose, è messa in scacco perché le cose sono troppo potenti; Bion ha colto questa realtà quando ha detto che lo psicotico è oppresso dal tema della cosa in sé, perché vede in ogni cosa

non ciò che appare, ma il nucleo duro dell'essere, prima che l'uomo sia in grado di familiarizzarlo e rivestirlo del suo senso. Questo eccesso di esistere non è una condizione stabile del paziente psicotico, ma la condizione costitutiva della fase iniziale della crisi che poi viene superata dai meccanismi quali delirio, evitamento. L'essere oppressivo e iperesistente si caratterizza anche per la sua separatezza dall'oggetto vivente: l'eccesso di esistere rende inutile l'uso della parola e quindi senza rapporti, gli altri restano lontani, privi di confidenze, di somiglianze e naturalezza. L'infinita è l'infinito varco tra me e le cose, tra me e gli altri. Dal momento che il nucleo centrale del problema psicotico è quello del "troppo pieno", l'infinita intesa come assenza di limiti va a costituire una fantasia compensatoria mentre è più appropriato parlare di infinita distanza. Avviene un qualcosa simile al sentimento religioso: in un primo momento si sente lo scarto tra noi e l'essere; in un secondo momento l'infinita distanza diventa infinita totalità che riassume in sé tutte le distanze; infine, il gruppo utilizza il vissuto religioso per unificarsi e rimodellare la comunità. Per arrivare a superare l'infinita distanza il terapeuta e il paziente devono aver ridato vitalità al mondo che circonda il paziente soltanto dopo aver guardato ed attraversato insieme il trauma. Riconoscere l'infinita distanza nello psicotico significa offrire allo psicotico un altro che gli propone un senso, una direzione verso lo spazio aperto e soltanto dopo anche un significato. Anche nel borderline l'infinita distanza costituisce l'esperienza centrale. La differenza tra psicotico e borderline in questo caso è che nella psicosi l'infinita si riassume nella totalità mentre nel borderline resta una ferita aperta che alimenta rabbia, disforia e atti impulsivi. E' necessario quindi che tutto il gruppo degli operatori operi una funzione attiva e strutturante.

### Parte terza: il gruppo e il transfert

#### 11. LA CULTURA DEL GRUPPO IN EQUILIBRIO TRA FATTORI ISTITUZIONALI ED EXTRAISTITUZIONALI

(idealizzazione <--> persecutorietà)

Premessa: il termine transfert viene usato in senso ampio con riferimento all'insieme di affetti, bisogni, desideri, fantasie che si attivano, quasi sempre molto rapidamente, all'interno di una relazione terapeutica.

Spesso il transfert è molto potente e altrettanto spesso il terapeuta è esposto e spaventato: è per questo che ci vuole un terzo, ovvero il gruppo istituzionale, affinché il terapeuta non si senta inghiottito dal transfert; al tempo stesso il terapeuta deve fare attenzione a non essere inghiottito dall'anonimato del gruppo stesso. Il transfert con il paziente implica:

- un aspetto di privatezza (ovvero di mantenimento dell'intimità tra la figura del terapeuta e quella del paziente), nel rapporto di intimità così inteso si attiva una maggiore vicinanza a un linguaggio segreto, informale, sensoriale che, nel discorso a due può assumere riconoscibilità e forma;
- la competenza del terapeuta ovvero la capacità di riconoscere, descrivere, spiegarsi e far evolvere i punti chiave della malattia (perdita di realtà per lo psicotico, ricerca della verità nel borderline).

Non riguarda mai una generica accettazione del transfert, ma la capacità di muoversi con più libertà in questi due ambiti di conoscenza e di non essere sprovveduti di fronte alle loro spiegazioni psicopatologiche. Spesso l'evoluzione di questi due disturbi nel rapporto terapeutico non è semplice e si può andare incontro a modalità perverse di sviluppo tanto da indurre il terapeuta a sperimentare una sensazione di insufficienza. E' in questo modo che la richiesta del paziente passa dal singolo al gruppo: o il paziente ha bisogno di più livelli di intervento o il transfert è così potente che il terapeuta è spinto a chiedere il supporto del gruppo. Si ha quindi il passaggio dall'intimità e dalla competenza alla comunicabilità pubblica: questo passaggio pone la problematica di trasporre in linguaggio ciò che viene vissuto nella relazione a due. Si può andare incontro a due difficoltà: le dinamiche relazionali del gruppo diventano preminenti; il linguaggio impoverisce la descrizione e ostacola la comprensione della relazione terapeutica. Il privato, filtrato dalla competenza, deve diventare pubblico; questo deve avvenire secondo criteri tali che non comporti lo svuotamento di senso dovuto all'apparenza istituzionale e alla paura di personalizzare eccessivamente il racconto. La necessità di rendere pubblico un tema qualsiasi deve usare un linguaggio adeguato alla pubblicazione stessa; nel caso del linguaggio scientifico i presupposti sono: precisazione e rigore assoluto, capace di sostenere una verifica; nel caso di un linguaggio scientifico vero, la semplificazione dello stesso non è impoverita, ma è un cogliere l'essenziale, un nucleo veritativo riconoscibile e verificabile. In ambito psichiatrico abbiamo un'ulteriore difficoltà: i linguaggi sono due -> quello scientifico, rigoroso e necessario per la diagnosi (leggi della

scienza); quello dell'inconscio, altrettanto necessario per far capire la relazione (leggi della storia). Il linguaggio che il terapeuta mette al servizio del transfert prima nel privato della coppia e poi nel gruppo, è il veicolo senza il quale la competenza rimane astratta o teorica. D'altra parte, senza competenza il transfert allaga e non c'è linguaggio che possa fermarlo. Il transfert cerca un suo linguaggio anche nelle situazioni pubbliche: però qui il linguaggio tende a essere assertivo, definitivo e semplificato; si aggiunge a questo l'effetto "istituzione" per cui si parla molto più spesso ai colleghi che al ricordo del paziente e si è più interessati all'effetto narcisistico che quello comunicativo. Il linguaggio del transfert deve essere un linguaggio fatto di metafore vive (Ricoeur, 1975 - > apertura suscettibile di sviluppo, che permette al discorso di cogliere al suo interno sensi sconosciuti o inesplorati), in cui una forte componente sensoriale è presente e ne costituisce il motore. Psicosi e borderline richiedono un linguaggio vivo, ricco perché l'inizio del senso nasce da lì, dalla percezione e da quanto in essa resta non detto, ma suscettibile di sviluppo. Nel gruppo istituzionale devono circolare, oltre al progetto di cura, fattori connessi con il transfert la cui espressione richiede un linguaggio personale e privato che può circolare soltanto se un membro decide di proporlo. (FUNZIONE POETICA con le seguenti caratteristiche: - presenza di un elemento personale; - espressione dell'elemento personale tramite metafore; - fattore personale veicolato da immagini che possono conferire al discorso maggiore generalità e universalità. Può essere prodotta dal gruppo nel suo insieme).

## 12. LA STORIA E IL GRUPPO

L'aspetto più peculiare di una seduta di supervisione è il fatto che in essa emerge, in modo costante, una scena che sembra compendiare in sé i caratteri più salienti di tutta la storia. L'aspetto più saliente di questa scena centrale è che, quando l'episodio viene raccontato, nella mente del supervisore si forma un coagulo che offre a molti episodi e frammenti slegati una cornice integrativa. Un'altra caratteristica è che questi episodi sono dotati al tempo stesso di un alto tasso di sensorialità e importante capacità simbolica; tali scene sono aperte, si adattano a ulteriori episodi della vita del paziente. Tali scene sembrano a metà tra il trauma reale e una sua parziale rielaborazione e questo carattere di ponte, conferisce loro un importante potere esplicativo.

Scena-modello, Lichtenberg, 1995: strumento utile per capire la psicosi. L'aspetto più importante è il suo carattere di generalità: essa descrive una situazione che non si è verificata una sola volta, ma tende a verificarsi tutte le volte che il paziente incontra quella certa persona significativa. Un altro aspetto è che contiene in piena luce qualcosa che è talmente vistoso da non poter più essere simbolizzato: l'evento è diventato troppo concreto e esprime con tale chiarezza i suoi contenuti, che essi diventano oscuri. Il limite è che può sfociare in un concetto chiuso, ovvero talmente esplicativo da bloccare l'indagine per il paziente. Non si può verificarne la veridicità ma la sua importanza non risiede in questo quando più nella capacità di dare coerenza ai particolari senza escludere ulteriori sviluppi. È interessante la capacità della scena-modello di dare coerenza all'insieme di particolari senza che questa occluda la capacità di ulteriori sviluppi; nel corso dell'attività analitica e psicoterapica, la scena-modello deve essere soggetta a continue perdite e ritrovamenti. Essa è un episodio, un ricordo, una scena che contiene in sé le caratteristiche sia proiettive che conflittuali della relazione fondamentale. Il concetto di area traumatica indica quelle zone conflittuali della relazione fondamentale che, se acute, possono scardinare la relazione fondamentale inducendo una crisi acuta.

Relazione fondamentale, Gabbard (1995): la relazione fondamentale nella vita dello psicotico alimenta, stimola e soprattutto PROTEGGE il paziente dall'angoscia relativa alla solitudine, alla diversità e alla separatezza. Viene riattivata e gradualmente ricostruita con il terapeuta. La scena modello contiene in sé le caratteristiche protettive e conflittuali della relazione fondamentale e deve essere il punto unificante per il gruppo istituzionale e momento di partenza per il progetto di cura.

Area traumatica: spazio relazionale, derivato dalla relazione fondamentale del paziente, suscettibile all'attivazione nel paziente di un turbamento perché in passato quel particolare aspetto della relazione fondamentale è stato ripetutamente traumatico. Ci aiuta a individuare la specifica traumaticità del paziente. Ha valore per il potenziale esplicativo e di prevedibilità. La sintesi tra momento privato e pubblico è costituita e resa possibile dall'individuazione dell'area traumatica; l'integrazione tra operatore individuale ed equipe avviene su questa base.

## 13. UNA SINTESI: LA GRUPPALITÀ DIFFUSA

Il senso verso cui il gruppo istituzionale dovrebbe avviarsi per un buon funzionamento è "dato" da due momenti che vanno messi insieme:

- il gruppo istituzionale (con le sue dicotomie tra gruppo di base e gruppo di lavoro, le sue istanze auto idealizzanti, la tendenza a costruire una cultura stabile anche con attribuzioni rigide di ruoli).

-il transfert del paziente che presenta all'operatore uno spazio vertiginoso e instabile e che induce nell'operatore un bisogno del gruppo sia come sostegno che come fonte di informazioni per la costruzione di scene-modello che costruiscono una vera integrazione di gruppo.

L'istituzione offre all'operatore la più subdola delle difese: la fuga, in una specie di anonimato istituzionale in cui comportamenti conformistici lo mettono al riparo dal senso di difficoltà e inadeguatezza che il transfert grave induce su di lui. Il problema sta nel far circolare un linguaggio che renda giustizia ai vissuti del paziente ma che sia anche scientifico per poter far emergere leggi universali con cui interpretare il caso singolo. Per risolvere questo problema sono stati utilizzati due concetti:

- stato nascente: le idee nuove sostenute da individui capaci di farle circolare inducono nei gruppi una speciale forma di turbolenza in seguito alla quale le idee consolidate vengono parzialmente ridiscusse e si attuano confronti e passaggi interdisciplinari accettando che qualcosa possa morire e qualcosa rinascere. Quando vivono questi momenti i gruppi sono pervasi da un sentimento di fiducia accompagnati però anche da spavento, che si mescolano indissolubilmente. Rapidamente insorge l'istituzionalizzazione ovvero le necessità tipica di tutti i gruppi di conservare le scoperte acquisite nello stato nascente per tramandarle alle generazioni successive; in questo modo però tutto il processo si cristallizza (concetto ripreso anche da Bion che però ha postulato la figura del MISTICO, individuo portatore di nuove idee che va incontro alla cristallizzazione delle sue idee perché c'è la necessità della conservazione). Il concetto di stato gruppal nascente indica quei momenti di fluidificazione e rimescolamento in cui posizioni e idee consolidate sembrano cedere il passo a nuove connessioni, spunti imprevisi e inaspettati. Lo stato nascente proposto riguarda un certo uso del linguaggio, che a sua volta, esprime un collegamento più diretto e immediato con la soggettività; ma che, allo stesso tempo, mantiene una specificità irriducibile e una permeabilità di vissuti, emozioni e immagini.
- Gruppalità diffusa: assetto del gruppo che facilita al massimo la formazione di uno stato nascente. È un termine vago che rappresenta una tendenza generale a riportare in vari modi al gruppo quanto avviene nella relazione duale con il paziente; può voler anche evidenziare una modalità generale di funzionamento del gruppo istituzionale, non rigidamente definito, ma duttile e fluido. È costituito dalla tendenza a gruppalizzare e far circolare qualcosa che non deve restare legato esclusivamente al singolo; è l'insieme dei rapporti di gruppo che non sono rigidamente delimitati entro strutture gruppal precise e circostanziate. Diffuso = non rigidamente circoscritto; valorizza i gruppi spontanei o che si formano solo per analizzare singoli casi. Essa valorizza non i gruppi organizzati, ma i gruppi spontanei che si formano volta per volta su problemi particolari e che si riuniscono in modi variabili. Le caratteristiche della gruppalità diffusa sono la spontaneità, che nasce dalla convergenza delle persone coinvolte in un caso, e la trasversalità di persone diverse che si incontrano per un tempo determinato in modi vari sui singoli casi. Ha bisogno di un leader la cui funzione fondamentale sia lo stabilire contatti e incontri tra persone diverse, far circolare il giusto linguaggio (a metà tra poetico e scientifico).

## Parte quarta: psicosi e area traumatica

### 14. AREA TRAUMATICA E INSORGENZA DELLA DEPERSONALIZZAZIONE

Parlando di area traumatica della psicosi ci sono due concetti fondamentali da trattare: la depersonalizzazione e le fasi del disturbo psicotico.

depersonalizzazione: il primo fondamentale momento in cui si instaura la perdita della realtà e l'ingresso in un mondo alieno caratterizzato dall'estraneità e dalla convinzione che tutto ciò che accade sia l'espressione diretta di una oscura volontà onnipotente. La depersonalizzazione è la risposta della psicosi all'esperienza traumatica, intesa quest'ultima come la ripetuta esposizione ad aspetti disturbanti o incomprensibili dell'altro significativo. Il bambino futuro portatore di psicosi, percepisce confusamente, ma prepotentemente alcune aree che non sono da lui elaborabili che determinano dubbio; sono aree specifiche del rapporto che si attivano in momenti impregnati di negatività e

che si accompagnano ad altre aree sentite come portatrici di affetto e nutrimento. Queste sono capaci di determinare un traumatismo potente che nel caso della psicosi assume la forma della depersonalizzazione; la quale costituirebbe la modalità con cui il futuro bambino psicotico risponde all'esposizione di uno stimolo traumatico. Vi sono due tipi di vulnerabilità:

- vulnerabilità generica: caratterizzata da una risposta globale tutte le volte che l'altro significativo è frustrante;
- vulnerabilità specifica: concerne aree particolari, la sua comparsa è difficile da individuare in quanto si colloca all'interno di un rapporto "normale".

Un'importante conseguenza della comparsa precoce di queste aree disturbate nel bambino è l'attaccamento disperato all'altro significativo che ne scaturisce e che viene messo in atto con la speranza di una trasformazione delle aree disturbate in aree tranquille e sopportabili. Questo attaccamento crea nel bambino fantasie di continuità con l'altro significativo e la separazione viene vissuta in modo estremamente angosciato in quanto rende oggettive e concrete le aree negative del rapporto, confermandole. La successione è: trauma (comparsa delle parti negative dell'altro significativo) adesione all'oggetto, separazione, vissuto depersonalizzativo. L'entrata nel mondo estraneo tipica del vissuto depersonalizzativo si accompagna a un senso di solitudine, all'idea di essere sovrastati dalla realtà, che impedisce al singolo di comprenderla; due sono le strade per ovviare il senso di separatezza: l'attaccamento spasmodico all'oggetto che, essendo fondato sulla negazione delle aree traumatiche della relazione, è continuamente soggetto a lacerazioni; dall'altro le crisi da separazione che spingono il soggetto a rafforzare sempre di più il rapporto con l'altro (prima modalità di recupero della situazione angosciata) oppure a creare un delirio con la finalità di ritrovare coerenza e leggibilità nel rapporto (seconda modalità).

#### FASI DEL DISTURBO PSICOTICO:

- ACUTA: coincide con la crisi psicotica, è caratterizzata da un senso di estraneità delle cose che, pur partendo da un punto circoscritto, tende a dilatarsi gradualmente estendendosi all'intero campo dell'esperienza. Accompagna questi momenti un'esperienza di morte, intesa come fine delle attività vitali quotidiane e inizio di uno spazio-tempo sconosciuto e misterioso e malattia di universalità. Non si può resistere al fenomeno, ci si sente impotenti e passivi. Dal momento che il paziente sente l'urgenza di porre fine a questo stato, entra in una dimensione delirante: il delirio rappresenta il tentativo di raccontare in forma concreta ciò che è successo e al tempo stesso di trovarvi una spiegazione inattaccabile che riempia i vuoti dando un senso di unità, anche se minacciosa. E' necessario un intervento rapido e di contenimento perché la perdita della realtà comporta una perdita di riflessività e il delirio può spingere a comportamenti potenzialmente pericolosi e sicuramente portatori di confusione nel mondo del paziente. La crisi insorge quasi sempre per motivi precisi, descritti come un'improvvisa rottura con un oggetto protettivo e idealizzato che si sottrae a questa funzione; delusione, rabbia e disperazione si accompagnano a questa lacerazione e subito dopo compare la depersonalizzazione. Secondo Bion il delirio psicotico è prodotto da una forza distruttiva che è ostile al legame di attaccamento e tende a svalutare gli affetti, il riconoscimento onesto del rapporto, comprensivo dell'ambivalenza e della contraddittorietà che può esserci nel rapporto stesso. Prendono il sopravvento due modalità di reazione: stupidità e arroganza, con cui il soggetto semplifica il mondo, controlla in modo distruttivo la realtà riducendola a pochi elementi uguali e funzionali alla difesa di sé. E' importante ricordare però che prima di questa forza distruttiva c'è stato un forte sentimento di passività in cui sono presenti una forte debolezza e l'esposizione a forze incontrollabili. Il terapeuta deve ricordarsi di questi momenti perché sono quelli che possono dare avvio a un momento di alleanza con il paziente; se si tiene conto solo dei momenti distruttivi la terapia diventa un braccio di ferro.

#### 15. AREA TRAUMATICA E FASE SUBACUTA E CRONICA

SUBACUTA: si ha la fine o l'attenuazione della crisi; è caratterizzata da un profondo senso di scoraggiamento, paura e sfiducia. Il paziente si ricorda delle precedenti esperienze traumatiche e si chiede se tornerà come prima; anche Bion diceva che dopo la crisi o esperienza catastrofica, nulla sarebbe più potuto essere come prima. Questo porta a due aspetti:

- Un senso di profonda fragilità e preoccupazione per la tenuta della propria struttura mentale che concerne un senso di profonda diversità; da qui la timidezza e paura generale di vivere.

Concerne la possibilità di costruirsi una spiegazione abbastanza convincente di cosa sia successo.

Questo miscuglio (percezione della propria fragilità e dubbio sulla ricostruzione degli eventi) porta il soggetto a uno stato di svuotamento e tristezza accompagnato dal desiderio molto forte di investire su qualcuno di fiducia. E' qui che il terapeuta svolge un ruolo cruciale: in questo momento deve tutelare il paziente da vissuti depressivi e assicurandolo/a che il loro rapporto non sia attaccabile dai vissuti depressivi stessi. Deve garantire stabilità, accessibilità e convinzione nell'efficacia dell'intervento. In questa fase la capacità del terapeuta di ricordare i suoi propri lutti e il modo con cui ne è uscito senza dimenticarli svolge un ruolo essenziale. Indicare un senso del lavoro è l'elemento fondamentale per conferire speranza, mobilitare energie; una forte convinzione e fiducia nel rapporto affettivo e l'indicazione di un senso complessivo in cui muoversi sono gli strumenti più preziosi per superare la depressione caratteristica della fase subacuta. E' importante fare riferimento all'area traumatica del paziente, per scoprire quali eventi hanno portato alla depersonalizzazione e successivamente alla crisi e per capire in che modo la costruzione delirante si intreccia con le cause principali della crisi.

**CRONICA:** si ha un profondo allontanamento dal mondo con un apparente sentimento di disprezzo e distruttività con cui il paziente si tiene lontano dai rapporti con il mondo esterno affinché questi non minaccino la tranquillità raggiunta e cerca disperatamente un legame stretto con figure che gli assicurino un senso di sicurezza, tranquillità e protezione. Bion sostiene che questa forza distruttiva verso i legami accompagnata da un'impossibilità di pensare i legami stessi (ripresa del concetto kleiniano di IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA, espulsione dalla propriamente di pensieri insostenibili che vengono proiettati nella figura di riferimento) non sia da sottovalutare. Lo psicotico sente il "bisogno di non avere bisogni", la necessità di controllare la mancanza attraverso il diniego (attività diretta a non riconoscere dentro di sé la presenza di stati mentali o di rappresentazioni; queste vengono rinnegati o proiettati cioè non riconosciuti come propri) , in quanto è proprio la mancanza che porta alla destabilizzazione.

Le caratteristiche più importanti di questa cronicizzazione sono due: la monotonia e il legame molto stretto con le figure di attaccamento insoddisfacente, parziale o non comprensivo che viene riconosciuto come tale ma che al tempo stesso offre una funzione di protezione e stabilità. In certi casi la sottomissione a questo tipo di rapporti è totale, altre volte vengono intercalate fasi di sottomissioni a fasi molto violente, accusatorie seguite da pentimenti o sensazioni di sconfitta che fanno tornare nella dipendenza e sottomissione. Esistono vari inquadramenti possibili:

- a. Possibile comparsa ed eventuale prevalenza di fenomeni autistici in cui il paziente è preda di fantasie che lo mantengono in un mondo illusorio, talvolta fino allo sdoppiamento.
- b. Semi-cronicità delle acuzie: convivenza delle parti acute e delle parti croniche, ovvero si attivano i meccanismi difensivi di diniego e di evitamento accompagnati da forti crisi di depersonalizzazione in risposta a micro-eventi drammatici che però non smorzano la cronicità ma vivono in parallelo ad essa. Questo tipo di cronicità più turbolente possono essere vissute peggio dalla famiglia ma a livello terapeutico sono più favorevoli perché il delirio indica che l'evento traumatico è presente e c'è il tentativo di venire a capo dell'area traumatica senza però avere successo né rimanendoci completamente invischiato. Il terapeuta deve ascoltare e scomporre il delirio facendo notare al paziente che sono tutte sue modalità di cogliere e padroneggiare la realtà che lo circonda e lo angoscia.
- c. Pazienti che hanno raggiunto la sanità mentale escludendosi dalla vita reale, rinunciando agli affetti e ai rapporti. La terapia è in questo caso frustrante e dipende molto dalle caratteristiche del terapeuta perché è alla vitalità del terapeuta che il paziente si aggrappa, ma questa vitalità non deve essere troppo prorompente per non mettere in atto meccanismi di invidia o di ritiro da parte del paziente. Elemento importante è la noia perché può portare alla ricerca di nuove esperienze.

È necessario che permanga un terapeuta di riferimento, che abbia un rapporto continuativo, continuo e accessibile col paziente e che sappia in ogni momento in che luogo mentale il paziente si trova, con riferimento all'area traumatica e ai suoi sviluppi.

## 16. NEGAZIONE E RIGETTO: LA CRONICITÀ

La psicosi viene meglio teorizzata se vista come un'oscillazione tra due polarità:

- Un polo caratterizzato da un rapporto molto stretto, totale, impregnato di idealizzazione con l'altro significativo in cui non è possibile riconoscere una distinzione tra oggetto e soggetto;

- La rottura drastica di questa continuità, l'angoscia smisurata di precipitare in un mondo senza limiti e senza fondo.

E' stata individuata una possibile terza posizione definita come acuzie cronicizzata. Nella fase cronica sono riconoscibili due possibili situazioni:

- una cronicità in senso stretto in cui c'è prevalenza di meccanismi che tendono a svuotare la vita psichica rinnegando la valenza affettiva ed emozionale prodotta dall'interazione con il mondo esterno e talvolta anche la percezione stessa. Bion l'ha definito come un attacco alla verità, ma più che attacco si tratta di una strenua difesa onnipotente, vista come impotenza;
- l'altra modalità prevede i soliti meccanismi della fase cronica ma con la permanenza di alcune aree di stimolo traumatico che sono soggette a riacutizzazioni e che producono microaree di depersonalizzazione nel soggetto psicotico.

Lacan (1966) ha riconosciuto una particolare modalità di azione sulla percezione che è stata definita FORCLUSIONE ovvero una collocazione della percezione in un luogo alienato, parallelo e irriducibile a quello solitamente sperimentato. Questa modalità è presente sia nella fase acuta sia nella fase di riacutizzazione cronica e si differenzia dalla negazione in senso stretto. Esistono infatti due significati del concetto di negazione: uno che riconosce l'oggetto ma ne nega il valore affettivo e un altro che nega la percezione stessa dell'oggetto. L'oggetto non è veramente negato, evacuato, ma collocato in uno spazio altro. Queste modalità sono presenti entrambe nella psicosi ma accanto ad essi si aggiunge la forclusione, in cui l'oggetto non è propriamente negato ma collocato in uno spazio parallelo. Lacan definisce questo spazio parallelo il reale, ovvero uno spazio dove non si può più simbolizzare ma non per questo è meno presente. L'oggetto non viene evacuato come nell'identificazione proiettiva, ma trattenuto in uno spazio estraneo che viene subito dal soggetto.

Nel caso della negazione, c'è un oscuramento o della percezione, o del suo valore emozionale; nella forclusione è presente una trasformazione qualitativa della percezione e la sensazione continuativa che il mondo sfugga dalle mani. L'oggetto c'è, ma non c'è; gran parte del lavoro dello psicotico deriva da un ossessivizzazione del rapporto con l'oggetto, resa necessaria dal fuggire continuo dell'oggetto dal campo di presenza dello psicotico. Resnik afferma che dopo un trauma il soggetto psicotico "trattiene" gli elementi della scena traumatica, ma frammentati e dispersi, collocati nella sensorialità e nel non pensiero. Questo atto di ritenzione dei frammenti dell'area traumatica permette al terapeuta di lavorare con il delirio visto che diviene contestualizzabile. I fenomeni di negazione sono sempre presenti in tutte le fasi della psicosi e richiedono una terapia che miri al ritrovamento di una carica vitale mentre i fenomeni di perdita dell'evidenza naturale (o anamorfosi, processo per cui ogni oggetto viene percepito come proveniente dal nulla che causa una distorsione nella percezione) sono tipici della subacutizzazione cronicizzata e richiedono nella terapia oltre alla spinta vitale anche un'attività condivisa di osservazione dell'oggetto. Nella psicoanalisi kleiniana, la psicosi è la ricomparsa nella vita adulta di un fase naturale del bambino che è la posizione schizoparanoide; cioè la psicosi è l'accentuazione e l'amplificazione dei fenomeni di scissione, frammentazione e angoscia tipici di questa fase. È importante sottolineare che la prospettiva offerta fino qui si discosta da questa visione; infatti c'è un salto tra mondo usuale e mondo alieno che è assente nella situazione infantile. Il fenomeno base della psicosi - la collocazione della percezione in un altro mondo - non è una proiezione, ma un'estraneizzazione che contiene importanti nuclei di verità, che compaiono come isole preziose nel mondo della negazione e del diniego.

## 17. NEGATIVITÀ DELL'OGGETTO PRIMARIO E FRATTURA TEMPORALE

Il concetto di area traumatica cerca di andare incontro alla causa che determina la rottura della continuità e l'instaurazione della depersonalizzazione che prelude a sua volta il crollo catastrofico della crisi o il permanere nella subdola condizione di subacuzie cronicizzata. Bion sostiene che per il genere umano il riconoscimento della verità è tremendamente difficile, verità data dagli aspetti deteriori e dissociati dell'altro significativo. Queste parti negative possono essere direttamente espresse oppure saltare fuori come apparizioni improvvise e sconnesse. Nel bambino futuro psicotico l'incontro con le aree dissociate delle figure di accudimento dà luogo a fenomeni di depersonalizzazione. Momenti di solitudine, ritiro timoroso, imprevedibilità degli atteggiamenti possono essere considerati prodromi della sintomatologia della depersonalizzazione; Inizialmente il bambino riesce ad ingannare il suo bisogno di verità (Bion), fino all'adolescenza, momento in cui compaiono i primi sintomi di crollo psicotico. Le parti negative delle figure di attaccamento e le corrispondenti parti rabbiose, violente di se stessi, vengono rinnegate per far posto ad una visione armoniosa e compensatoria fino all'irruzione della verità: l'altro è cattivo, io sono cattivo. Nel mondo sono

l'odio, la paura, la morte; l'area traumatica è data dall'insieme delle esperienze che richiamano gli aspetti dissociati e deteriori dell'altro significativo e le risposte dissociate e deteriori da essa determinate nel soggetto. La crisi psicotica, conseguente alla comparsa della verità, determina un crollo di tutto il mondo psichico; una conseguenza fondamentale di questo crollo è la perdita del ricordo di che cosa ha determinato il crollo stesso. Questo accade per due motivi: - il crollo comporta negazione, rimozione, irricognoscibilità dell'evento scatenante, incapacità

di elaborare la verità bioniana eccessiva degli eventi;

- Il crollo comporta la componente più nevrotica: che deriva dalla percezione che ricostruire l'evento che ha portato la crisi possa riacutizzare la crisi stessa.

È molto importante sottolineare questa cesura fra azione traumatica e crisi conseguente.

L'evento traumatico si spezzetta e rimangono soltanto delle immagini, delle sensazioni: compito del terapeuta è quello di fornire un quadro rassicurante sulla presenza di spazio e tempo che non sono collassati e ristabilire l'importanza della presenza sull'assenza, del legame rispetto alla mancanza del legame, ma al tempo stesso raccogliere tutti i pezzi dell'evento traumatico per radunarli nella propria mente prima di restituirli al paziente. Come se nel corso della crisi la verità bioniana venisse alla luce, ma in modo cifrato, frammentato; anche il delirio è un tentativo di raccontare cosa ha fatto impazzire il soggetto psicotico, ma in forme enigmatiche e camuffate. Quando la crisi è superata e si entra nel campo della cronicità lo sforzo di restituire la verità come qualcosa di presente diventa sempre più difficile perché la scena traumatica appare sempre più sullo sfondo: lo sforzo terapeutico sta nel rispettare la scena traumatica ma anche di tradirla per offrire piccoli elementi di consapevolezza che permettano al paziente di avvicinarsi senza esserne sopraffatto. Terapia: restituire la vitalità del mondo e addentrarsi pian piano nell'area traumatica.

## 18. AREA TRAUMATICA E CAMPO ISTITUZIONALE

Nei servizi psichiatrici si è sempre parlato di integrazione e di un'attività di equipe; tuttavia il modello bio-psi-sociale viene spesso concepito come un'aggiunta di funzioni una sull'altra, più che come integrazione in senso stretto. Il concetto di area traumatica permette di costruire un elemento comune e orientativo a tutto il gruppo di operatori; si può parlare di integrazione tra operatori se si trovano d'accordo sull'identificazione delle zone negative del rapporto con altri significativi e del mondo in cui queste continuano a giocare un ruolo nella formazione e scomparsa dei sintomi. Quindi il gruppo ha identificato il rapporto negativo con le figure significative e le modalità con cui viene perpetrata l'azione negativa sia in contesti familiari che lavorativi che nel rapporto con le istituzioni.

Esistono tre modi per mettere a fuoco l'area traumatica:

- 1) Indagare i momenti immediatamente precedenti alle crisi conclamate; si nota spesso che è presente una notevole specificità dell'evento scatenante. La crisi compare quando compaiono gli elementi negativi fino ad allora negati o compensati. Esiste una vulnerabilità specifica all'aspetto negativo dell'altro significativo, tanto amato e tanto temuto, sia nella forma originaria che in quella riproposta nel transfert personale o istituzionale. Rendere consapevole il paziente di questo è difficile perché la crisi apre una cesura profonda fra causa ed effetti della crisi stessa; ma alcune parti possono essere integrate nella consapevolezza del paziente.
- 2) Riguarda un attento esame del delirio inteso come una gigantesca metafora che descrive con modalità complesse, ma talvolta molto efficaci, aspetti rinnegati del rapporto con le figure significative del paziente. Questa metafora non è traducibile perché dotata di un eccesso di concretezza. Il terapeuta può servirsi di una integrazione tra gli elementi del delirio e informazioni reperite da altre fonti per creare un'ipotesi sul ruolo giocato dal trauma nel determinare la crisi.
- 3) Analisi di una scena che spesso compare in corso di supervisione e che sembra riassumere in sé tutti gli aspetti caratteristici della modalità di rapporto con gli aspetti negativi dell'altro significativo ovvero l'area traumatica del paziente. Questa scena possiede una capacità di sintesi e la sua osservazione conferisce al supervisore un senso di tranquillità e di verità (bioniana) ritrovata. La scena deve essere guidata da un criterio di coerenza ovvero dalla capacità che ha di orientare la comprensione secondo un criterio di costanza.

Questi elementi - indagine degli eventi precedenti la crisi, ascolto attento del contenuto del delirio, messa a fuoco di una scena dotata di pregnanza e costanza - permettono di individuare e promuovere gli interventi che permettano l'accettazione e la consapevolezza dell'area traumatica. Ogni terapia per gli psicotici dovrebbe essere valutata in termini di percorso fatto verso la consapevolezza dell'area traumatica e fattori implicati che gli permettono di non ricadere nella crisi.

Una prima critica è che talvolta non è possibile riconoscere uno scatenarsi della crisi con fattori causali così ben riconoscibili; questo perché quando la degenerazione psicotica del quadro psichico è così spinta e la fragilità del soggetto è così accentuata, basta una qualunque frustrazione per l'arrivo della crisi. Viene messa in atto dal paziente un'estensione della vulnerabilità, che da specifica diventa generalizzata comprendendo tutta la realtà per evitare che i fatti specifici della realtà che sono insopportabili per il paziente vengano riproposti. Ogni psicotico è schiacciato dalla realtà e si sforza di controllarla come può; ad un attento esame si può osservare che dietro questa vulnerabilità aspecifica, ce n'è una più specifica di cui quella generale è un'estensione. Una seconda critica concerne la possibilità che il concetto sia troppo chiuso: voglia rinchiudere tutta la gamma psicotica in un quadro ristretto; in realtà all'interno del rapporto esiste una vasta gamma di fenomeni, ricchi di elementi innovativi che vanno accolti. Il lavoro del terapeuta non deve spingere genericamente il paziente verso la realtà pura e semplice, ma deve spingere il paziente verso una realtà arricchita di fantasie e amplificazioni che la rendano pensabile anche per lui, più dotata di spessore psichico, stando attento a non imbattersi in vecchie cicatrici che potrebbero riattualizzare la crisi. Lo psicotico è preso nella scelta tra l'essere e il nulla, dove il nulla è o difesa negatrice della realtà a tutela della propria sicurezza, o il dubbio che ciò che ci appare provenga da uno sfondo immenso di mancanza e di vuoto. Insomma realtà da una parte e area traumatica dall'altra: due nuclei operativi che devono richiamarsi l'uno con l'altro e darsi forza all'interno di un percorso nel quale centrale è la gradualità. Nella psicosi si nota anche una ripetizione del trauma: per Freud la coazione a ripetere serviva al paziente per padroneggiare l'evento traumatico, ma racchiudeva anche una fantasia inconscia di poter attivare un annullamento iniziale in cui il trauma passi senza lasciare traccia. Nello psicotico la ripetizione ha funzione difensiva, a servizio della fantasia di annullare la potenza dello stimolo; questo meccanismo di difesa cozza con il tentativo terapeutico e fronte della noia che crea una situazione di stallo nella terapia. Se invece la ripetizione dell'evento determina la riacutizzazione della crisi questo diventa per il terapeuta di grande aiuto perché apre uno squarcio su quelle situazioni che il paziente è riuscito per tanto tempo a negarsi.

## 19. RAPPORTO INDIVIDUALE E GRUPPO ISTITUZIONALE

Tra paziente e gruppo istituzionale ci deve essere un fattore terzo, costituito da un rapporto individuale con un clinico di riferimento che può essere il terapeuta di riferimento; senza questo l'investimento sul gruppo istituzionale assume la forma dell'assunto di base. La vita dello psicotico si svolge in una morsa: da un lato, l'essere con la sua eccessività, cioè la vita reale, dall'altro il nulla, costituito da annullamento, depersonalizzazione. Lo psicotico propone continuamente il problema della morte, intendendo con esso la continuazione della vita in una condizione di non vita; sentirsi morti dentro un corpo vivo. C'è, poi, un'altra morsa: la vita non è minacciosa di per sé, ma in quanto, spingendo lo psicotico all'azione, ai legami, lo spinge al rischio di incontrare le sue cicatrici, la cui riapertura avrebbe effetti disastrosi. Per questo in lui c'è l'uso violento della ripetizione, della difesa annullatrice, dell'evitamento, del rifiuto alla continue incoraggianti proposte di vita dell'operatore.

Anche l'operatore è minacciato da una morsa: da un lato, la spinta che effettua sul paziente attiva speranze, ma anche timori di chiedergli troppo, dall'altra il contatto con la difesa e la ripetizione del paziente lo esasperano. Preso dall'alternativa tra angoscia mortifera e noiosità della ripetizione, il terapeuta assume un atteggiamento paternalistico che tende a infantilizzare il paziente. Questo viene sentito come potenzialmente frustrante perché nega la dialettica tra noia e morte per introdurre una tra movimento e immobilismo, più sopportabile; rinnegando così gli aspetti di morte, che non per questo perdono potenza. L'alternativa a questa evoluzione negativa è data alla ricerca di tutto ciò che arricchisce la realtà del mondo del paziente e dalla ricerca della sua area traumatica; molto spesso questa evoluzione benefica non c'è e l'operatore va incontro a angosce di annichilamento, impotenza. Nonostante non ci siano contenuti positivi e propositivi, il paziente psicotico tende ad attaccarsi al suo terapeuta perché, contro ogni aspettativa, ritiene l'incontro importante e significativo. L'esito di questa combinazione - intensa adesività nel rapporto e noiosa ripetitività nei contenuti - da luogo a fantasie di divoramento perché l'operatore sente la minaccia di essere inghiottito da una dipendenza vuota; questa minaccia costituisce l'evoluzione più pericolosa e più frequente del controtransfert con gli psicotici.

Con il paziente borderline, che tende a rispondere con condotte improvvise ed impulsive a tutti i momenti di disforia causati da perdite e distacchi, il terapeuta percepisce due opposte

situazioni: da un lato l'annullamento, dall'altro compensazione con un risultato di senso di fatica e atteggiamento paternalistico.

Nonostante ci siano tutti questi rischi, il rapporto individuale è importante perché solo in questo tipo di rapporto la realtà può essere resa vivibile e il paziente si può avvicinare all'area traumatica. La figura centrale per il paziente può non essere il terapeuta ma una qualsiasi figura degli operatori. Se viene a mancare il ruolo dell'intermediario con il paziente, il gruppo istituzionale reagisce all'impatto con esso verso la risposta data dall'assunto di base. In realtà il rapporto verso il paziente è reciproco: il singolo operatore deve fare da filtro tra paziente e gruppo e il gruppo deve fare da filtro tra paziente e singolo operatore. È necessario che il singolo operatore, per svolgere questa funzione, abbia una competenza tecnica e possieda una vasta competenza umana.

## 20. L'IMPASSE NEL GRUPPO: FUNZIONE DELL'INTERMEDIARIO E CONTENITORI MULTIPLI

### IMPASSE

Sentimento sperimentato dal gruppo istituzionale nel seguire un caso che richiede molto tempo e molti sforzi che vanno spesso frustrati. Esso include: un senso complessivo e diffuso di impotenza e paralisi, una lunga durata del rapporto col paziente, un gran numero di operatori coinvolti, talvolta fratture nell'equipe. L'impasse del gruppo è sempre conseguenza di una frattura, una perdita di contatto tra paziente e operatore di riferimento; nella relazione si crea una area opaca, un punto cieco che coinvolge paziente e operatore. Dal punto di vista del primo, la percezione di questi punti di non contatto comporta un aumento della richiesta di presenza e accudimento, ma in forme aggressive, persecutorie, vittimistiche; dal punto di vista dell'operatore, la percezione di quest'area cieca comporta una tendenza al distanziamento e la ripetizione di comportamenti automatici o istituzionali (standardizzati, senza motivazione personale). Questo deteriorarsi della situazione porta a uno spostamento dalla coppia al gruppo; entrambi chiedono aiuto: il paziente come richiesta di maggiori prestazioni, l'operatore in richieste di invii in altre strutture. Dato che, questo inserimento nel gruppo parte da una compensazione di qualcosa di non capito, l'entrata di nuovi curanti può perpetrare anziché modificare l'area cieca; che si estende alle nuove figure. Il gruppo corre il rischio di entrare nell'assetto dell'assunto di base, soggetti ad un'emozione condivisa che ha lo scopo di compattare il gruppo e non di orientarlo verso un'analisi accurata del caso. Il paziente reagisce al gruppo in assunto di base, incrementando l'aggressività e dando origine al circolo vizioso di risposte emotivamente accentuate il cui esito è spesso quello di un allontanamento del paziente. Per ovviare a questo rischio è necessario individuare l'area traumatica che ha due esiti: rimotivare l'operatore e aprire nuove vie nella cura. Al fine di individuare l'area traumatica vanno attivati 3 momenti significativi:

#### PRIMO MOMENTO:

Concerne l'instaurarsi di un momento di solitudine strutturante e distacco dell'operatore, che consenta di percepire l'area opaca e il desiderio di renderla nitida. L'operatore subisce da parte del paziente:

- Il transfert, l'attribuzione di un ruolo troppo amato o troppo odiato; quest'attribuzione può essere difficile da sostenere sia per i vissuti biografici e del mondo interno dell'operatore, sia perché essa può avvenire con modalità eccessive e dirompenti;
- La possibilità di far vivere in modo inconsapevole all'operatore emozioni e fantasie rifiutate del paziente (Klein) e può reagire, non sentendole sue, con distacco o rifiuto che il paziente vive come una restituzione ingiusta e violenta. (vissuti di morte visti con angoscia e dolore);
- Eccesso di sensorialità, il paziente presenta una parte di sé molto visibile e sensorialmente potente e l'operatore può risultarne accecato da questo eccesso di particolare che oscura la funzione di altre aree della personalità.

Questi vissuti non sempre sono comunicabili al gruppo, per paura di essere giudicato o vergogna e l'operatore può avere la sensazione di trovarsi insieme al paziente in un'area oscura da cui non c'è via d'uscita. Per reazione, l'operatore, metterà in atto dei comportamenti stereotipati o carenti di affetto e il paziente viene visto come un compito istituzionale e non più come una persona con cui stabilire una relazione emotiva. Il paziente, che percepisce di non avere spazio nella mente del terapeuta, reagisce accentuando richieste sempre più pressanti di accoglimento o mettendo in atto comportamenti sempre più pericolosi per mettere in scacco l'operatore, vanificando ciò che gli viene offerto. Tale modalità allora contagia il gruppo che ha la sensazione di girare a vuoto, perché si confronta con un penoso senso di impotenza senza alcuna possibilità di cambiare questa situazione stagnante. Un

aspetto importante in questo momento è la DIPENDENZA: una forma di intenso investimento affettivo sull'operatore, accompagnato dalla tendenza a chiedere qualcosa di più di quanto viene offerto e della tendenza a reagire molto dolorosamente a distacchi e separazioni. Il paziente utilizza l'operatore come protesi delle sue funzioni mentali o affettive che gli mancano come la sostenibilità dei momenti di solitudine e la capacità di farsi un'idea degli altri. Il terapeuta può sentire questa dipendenza come opprimente e insostenibile. I pazienti borderline vivono con sofferenza la mancanza di un rapporto di dipendenza da un'altra persona; il problema è che questa dipendenza è vissuta sempre con la persona con cui si vive una relazione primaria, carica di una spaventosa ambivalenza. È necessario, per allentare la dipendenza patologica da quella persona, spostare questa dipendenza su un'altra persona con cui il paziente sperimenta una modalità di relazione nuova. Nelle fasi iniziali la dipendenza verso l'operatore è però da ricercarsi e incoraggiare perché va spostata dalla figura di attaccamento, in modo che il paziente possa sperimentare un tipo nuovo di relazione. Il rischio che questa dipendenza diventi eccessiva può portare l'operatore poco attrezzato a utilizzare le organizzazioni istituzionali e i protocolli per mettersi al riparo da richieste eccessive, ricacciando inconsapevolmente il paziente a reiterare la solita modalità di investimento affettivo.

#### SECONDO MOMENTO:

Funzione dell'intermediario: un particolare uso di un secondo operatore chiamato in causa la cui funzione è quella di costituire un nuovo contenitore dell'area cieca che, passando dal primo al secondo operatore, diventa più visibile, avvicinabile; è necessario che il nuovo rapporto sia un nuovo contenitore altrimenti ci sarà solo un passaggio dell'area cieca. Nel rapporto con alcuni pazienti la figura del mediatore diviene di importanza cruciale perché il paziente, sentendo questa figura come più vicina e meno pericolosa, può fare da tramite con il terapeuta rimettendo in moto processi da tempo bloccati. Questa funzione deve tendere sempre al mantenimento o al ripristino della relazione con il terapeuta, non trascurando che spesso essa può divenire predominante nel percorso di cura. La mediazione costituisce anche una funzione centrata sull'ambiente di vita; questo avviene quando le relazioni sono improntate a una violenta conflittualità, che spesso sottende il terrore, tra paziente e vicini di casa. Un altro aspetto di tale funzione è quello di "ponte" tra un bisogno presente, ma non riconosciuto, di dipendenza e cura, e la strada per arrivare a manifestarlo. In questo caso l'intermediario permette che l'avvio al curante sia disintossicato da elementi troppo spaventati e persecutori che lo renderebbero impossibile.

#### TERZO MOMENTO:

Il gruppo: è il terzo contenitore in cui la relazione principale contraddittoria, l'area traumatica, assume una configurazione completa e leggibile. Il momento della rottura della negazione individuale è poco più dell'apertura di un varco nel muro della negazione; l'intermediario è una possibilità nuova di accesso. La comparsa del frammento che riassume in sé le modalità principali di relazione centrale contraddittoria del paziente e la sua incidenza sullo stato attuale; non è possibile se ogni singolo operatore non espone qualcosa di personale rendendosi soggetto a critica.

## 21. LA FORMAZIONE

In linea generale, richiamandosi al concetto di paideia greco, non è possibile nessun apprendimento se la persona che apprende non si sottopone ad un processo trasformativo, senza un percorso interiore. In psichiatria, le correnti fenomenologiche hanno insistito più sul metodo di osservazione che sul risultato dell'osservazione stessa. Il concetto di epochè, ovvero di sospensione del già conosciuto, di restringimento del campo di osservazione per valorizzare un dato osservativo, presuppone la capacità di liberarsi in certa parte di sé per dare attenzione all'oggetto senza pregiudizi o presupposizioni. In psicoanalisi invece è stato affrontato l'argomento in termini di possibilità di avvicinamento ad un inconscio altrui se l'inconscio stesso dell'operatore è soggetto a rimozioni. Per la psichiatria ufficiale questo è possibile grazie alla categorizzazione del sintomo attraverso quadri clinici e liste dei sintomi. A questa linea di pensiero se ne sovrappone un'altra, la psichiatria sociale di stampo basagliano, diffusasi soprattutto in ambito pratico, che diffida delle tecniche e si affida al rapporto tra medico e curato, alla spontaneità, alla prassi e all'iniziativa del terapeuta. In realtà è il gruppo che costituisce il vero momento significativo. Ma come si fa ad insegnare ad un operatore a mettersi in sintonia con il paziente quando il paziente gli propone vissuti traumatici, di morte e di angoscia?

Il paziente si sente nudo davanti alla vita, intendendo per nudità l'impossibilità di pensare alla vita come qualcosa di gestibile e controllabile, sperimenta il sentimento di infinitezza e di immensità; questi vissuti sono momenti di solitudine, di angoscia, di coercizione o ampliamento; per il paziente è di grande sollievo sentire che il terapeuta considera questi vissuti come legittimi e non come espressioni bizzarre di una patologia incontrollabile. È solo nel gruppo che l'operatore può cogliere un potenziamento della sua attività mentale e una verifica del suo approccio verso il paziente e dei suoi atteggiamenti controtransferali. Ma come portare i dati di un caso nel gruppo senza che questi siano distorti dalle percezioni del terapeuta? È necessario che il singolo operatore eserciti su di sé una funzione di automonitoraggio che il gruppo può al massimo favorire, ma non esercitare da solo. L'operatore deve essere dotato di saggezza intesa come resistenza agli assalti della realtà senza rinnegazione e senza esserne travolti. Ci sono dei metodi suggeriti da Hadot per migliorare questa "saggezza":

1. PROSOCHÈ (attenzione) ovvero la capacità di concentrarsi fortemente su un particolare e considerarlo staccato dal contesto (vedi Bion: operare in assenza di memoria e di desiderio), valorizzare il momento presente in modo da farlo restare sospeso per un attimo. Questo atteggiamento favorisce la sintonizzazione con il paziente sotto il sentimento di infinitezza e immensità.

2. MELETE (meditazione) ovvero tornare sullo stesso oggetto più volte o osservare lo stesso oggetto da più punti di vista. Il suggerimento è quello di ripensare ai pazienti anche al di fuori del contesto terapeutico.

3. ENCRATEIA (continenza/temperanza): capacità di riconoscere in se stessi le emozioni lasciandole in uno spazio interno senza darvi una risposta.

Il processo formativo deve poggiare su due colonne: da una parte una teoria della mente, dall'altro il riconoscimento che nessuna teoria della mente può supplire alla mancanza di una capacità osservativa che talvolta non può prescindere da un momento individuale e uno collettivo. Differenza tra *therapie* ovvero contenitore delle competenze necessarie per il lavoro psichiatrico e *soin* (cura) ovvero insieme degli atteggiamenti personali su cui il terapeuta veicola le sue competenze.

## Parte 5: approfondimenti

### 22. IL DISTURBO BORDERLINE E LA TERAPIA DI COMUNITÀ

Borderline: non è da considerarsi un disturbo a cavallo tra psicosi e nevrosi ma un quadro clinico a sé stante, caratterizzato da una costellazione di sintomi definiti come una "stabile instabilità", una sensazione continua di sospensione, di bisogno insaziabile, di senso di vuoto, di una vita senza significato che scorre inesorabile; non si riesce a fare esperienza della vita, il soggetto si trova a rincorrere la vita e il mondo esterno. L'elemento che ci permette di identificarci con il paziente è il RIPOSO: il riposo è per noi il momento in cui il flusso del quotidiano viene interrotto, il momento in cui si interiorizza l'esperienza, la dimensione del ricordo e delle associazioni con un senso di evoluzione interna. Il paziente borderline non riesce a mantenere questo flusso continuativo tra eventi esterni ed eventi interni, gli manca la rappresentabilità del mondo esterno che è ciò che ci permette di dare un senso di stabilità interiore alle cose. Affinché si verifichi il riposo è necessario che sia presente un oggetto esterno, una persona, che garantisca con la sua presenza un senso di tranquillità costante, essenziale per tramutare il riposo in funzione di rappresentabilità. Per far diventare qualcosa esperienza, abbiamo bisogno di farla e di raccontarla alla persona che ci dà senso di tranquillità. Il paziente borderline ha genitori che ha vissuto come traumatici, che non sono stati in grado di assicurargli il riposo e lo hanno costretto ad una continua vigilanza; questa

attenzione obbligata si ripresenta nel rapporto con il terapeuta, che sente di non poter mai lasciarsi andare ai propri pensieri attivando un controtransfert di fatica più che di rabbia o odio. Per spiegare il disturbo borderline esistono due teorie, tra loro in contrapposizione: la teoria di Krenberg sostiene che il disturbo sia legato all'incapacità strutturale di una persona di tollerare la frustrazione: per questo motivo il paziente sarà soggetto a rapide disillusioni. Un filone cognitivista della teoria traumatica invece sostiene che il disturbo insorga a causa di una madre che ha vissuto un grande lutto interiore. Il trauma che porta al disturbo borderline non è un evento specifico ma sono eventi ripetuti giorno dopo giorno che inducono il restringimento del campo dell'attenzione (dissociazione) e un sentimento di sradicamento. La rabbia tipica del borderline è dovuta all'imprevedibilità degli oggetti esterni che procurano dolore e dai quali è necessario difendersi: per fare questo la strategia usata è l'attacco rabbioso, in modo da prevenire il dolore che potrebbero causare. L'aggressione, oltre ad avere tipici aspetti paranoidei, ha anche la funzione di scatenare una reazione che dia modo al borderline di verificare l'autenticità dell'oggetto, di vedere se ha un'anima. C'è una riproposizione continua dell'oggetto cattivo e del trauma per verificare se riesce a superarlo e se, con lui, il terapeuta riesce a resistere all'aggressività.

La terapia in comunità può essere valutata secondo due filoni, non escludentesi:

- Terapia di impregnazione: viene offerto al paziente un ambiente stabile, tranquillo e solido; le regole sono asservite alla stabilità del contesto, rispettarle serve a dare senso di continuità e contenimento. Questo contesto prevede una comunità compatta dove ci sia la stessa visione del disturbo borderline, come disturbo soggettivo e non comportamentale.

- Terapia basata sull'ampliamento delle capacità conoscitive: quest'ampliamento si ha grazie all'attività di comunità, è una funzione di gruppo. Per svilupparla c'è bisogno sia di una terapia individuale associata ad una terapia di gruppo in modo che il terapeuta che segue il paziente singolarmente possa appoggiarsi all'altra parte della terapia, in modo da creare un doppio rapporto di forza. La difficoltà per il terapeuta consiste nel rispettare due fedeltà: quella al paziente e quella al gruppo a cui deve riferire ciò che emerge nella relazione individuale. Ricapitolando: la terapia si basa su 2 filoni: uno riguarda la creazione di un contesto relativamente stabile, l'altro è creare un contesto curativo che permetta una riflessione ampia e articolata su chi sono gli altri. Può tornare utile un rapporto con un soggetto esterno alla comunità per non far sfumare nel paziente l'idea che ci sia un altro mondo esterno alla comunità, un altro mondo composto da affetti e sentimenti.

### 23. IL LEADER E L'ISTITUZIONE

I gruppi hanno un reale bisogno, al di là dell'assunto di base di tipo difensivo, di avere un leader che abbia in mente il gruppo stesso e ciò che succede all'interno di questo gruppo. Il leader, come diceva Freud, è l'oggetto di idealizzazione del gruppo, al punto tale che i membri del gruppo si sentono affratellati da questo comune amore per il capo. Il leader idealizzato rappresenta per il gruppo la loro esistenza, la possibilità di auto-rappresentazione, uno slancio verso il futuro, una spinta conoscitiva, etica ed estetica verso il mondo in cui il gruppo si deve riconoscere.

In Totem e Tabù Freud sostiene che dopo che i membri del gruppo si ribellano e uccidono il capo, il senso di colpa fa in modo che questo venga ripresentato sotto forma di immagine totemica, di continuazione idealizzata. Questo si lega con l'aspetto dell'assenza: l'introiezione del capo nel gruppo è possibile soltanto dopo la sua morte perché è la fase di distacco che prepara all'introiezione definitiva. Quindi per poter costruire la figura di un leader è necessario che il leader stesso vada incontro ad un'eclissi per poi risorgere sotto diverse forme. Inoltre il leader è sia funzione gruppale che funzione individuale: come afferma Freud in Disagio della Civiltà, l'individuo tende a costruire una coppia; la società è gelosa di questo e fa di tutto per incorporare la coppia all'interno del gruppo sociale. Esiste quindi l'uomo sociale ma anche l'uomo che non si riconosce pienamente e solamente nel gruppo; il leader rappresenta un oggetto identificativo sia per l'individuo che per il gruppo, soddisfacendo due bisogni: il bisogno di idealizzazione e il bisogno di ogni individuo di essere dentro al gruppo ma separato. L'istituzione: nonostante venga criticata da molti, risulta essere un bisogno, una necessità per gli operatori terapeutici. Secondo Bion, questa ambivalenza è dovuta al fatto che ogni operatore ha bisogno di sentirsi parte del processo dialettico di mantenimento e di rinnovamento di un'idea importante; il leader diventa estremamente importante, perché è colui dal quale ci si aspetta l'interpretazione della volontà del gruppo, il ritorno all'idea e lo

sviluppo dell'idea stessa. Questa spiegazione bioniana offre una spiegazione di alcune malattie dell'istituzione molto diffuse nei servizi psichiatrici:

- ♣ Paranoia genesi: diffusione di sentimenti persecutori; nella definizione bioniana si parla di un assunto di base attacco-fuga, dove l'attacco si ha tra i membri del gruppo che agiscono gli uni contro gli altri con lo scopo di inibire il funzionamento del gruppo tenendolo in una dialettica non produttiva; talvolta ha anche una funzione calmierante ma spesso comporta l'esclusione delle persone più significative, con il pensiero meno ortodosso. Questo costituisce un tentativo esasperato di conservare il patrimonio originario, una contemplazione statica del pensiero perfetto. La leadership deve garantire il cambiamento puntando sui meccanismi idealizzativi, assicurando il gruppo che il patrimonio originario verrà portato avanti comunque, nella sua figura.
- ♣ Depressione del gruppo: nella gestione degli aspetti luttuosi o di perdita il gruppo può reagire deprimendosi ma trova in breve tempo un capro espiatorio esterno o interno, a cui addossare la colpa in modo quasi persecutorio. I gruppi hanno bisogno che i lutti e le perdite siano resi pubblici, fatti circolare, in modo da mettere in atto un complesso sistema rituale per la trasformazione del lutto stesso in un'acquisizione del patrimonio gruppale. Se questo non viene fatto il gruppo diventa paranoico. Questa trasformazione deve essere fatta da colui che garantisce l'unità del gruppo, ovvero il leader.

Krenberg descrive il funzionamento dell'istituzione psichiatrica alla luce della struttura caratteriale dei loro capi: secondo l'autore il capo di un gruppo deve essere sufficientemente paranoico (deve sapere che i gruppi possono essere pieni di odio e di rabbia) e sufficientemente narcisista (deve farsi amare, senza paura dei transfert idealizzanti). Il compito del capo è quello di articolare la dinamica idealizzante e quella persecutoria. Devono anche essere in grado di sopportare il sentimento di solitudine che è imposto dal ruolo perché se non sono in grado di farlo potrebbero reagire ad istanze dinamiche createsi nel gruppo, creando nei membri del gruppo elementi difensivi persecutori. Inoltre, il capo deve far circolare, ovvero essere un messaggero tra le varie parti del gruppo. E' importante anche che si crei una GRUPPALITÀ DIFFUSA ovvero una formazione di gruppi, anche provvisori, che siano capaci di aggregarsi e sciogliersi senza essere rigidamente costituiti. Il leader deve essere poi in grado di fare due operazioni mentali:

- ♣ Teorizzazione fluttuante: capacità di accostare i procedimenti nel processo primario e quelli del processo secondario, creare un dialogo tra parte pratica e teorica, cogliere la teoria inconsapevole che spesso adottiamo mentre facciamo le cose.
- ♣ Avere un collegamento tra sé interno attuale e sé passato: deve esserci un accoppiamento tra teoria, un fatto e un ricordo personale. E' una funzione importante che permette di mettere in atto con il paziente un atteggiamento che non sia frutto di un'operazione obbligata ma di un pensiero preciso.

## 24. LA NARRAZIONE IN PSICANALISI E IN PSICHIATRIA

La narrazione in ambito psichiatrico assume una grande importanza per almeno tre motivi:

1. Secondo Stern, la capacità del caregiver di raccontare storie al bambino, sia che lo riguardino o meno, costituisce un momento molto importante per il suo sviluppo. Nel racconto la realtà caotica assume un ordine e inoltre, nel racconto della figura di accudimento, il bambino vede un duplicato dell'immagine di sé che gli permette di pensarsi all'interno di un'osservazione senza essere né troppo lontano né troppo vicino all'esperienza stessa. La storia costituisce una trasformazione del materiale grezzo dell'esperienza, dando al bambino fiducia sulle capacità rielaborative della mente.
2. Importanza della memoria non dichiarativa: quando ancora il linguaggio non è ben sviluppato e le strutture cerebrali sono troppo immature, la memoria non consiste solo in ricerca di dati del passato ma opera una continua rielaborazione e trasformazione del ricordo. Studi sulla memoria hanno svalutato la psicanalisi come ricerca di tracce mnestiche e hanno valorizzato la narrazione come l'aspetto propulsivo dello sviluppo mentale collocato più nel presente della relazione terapeutica che nel passato.
3. Tendenza a valorizzare l'elemento di vicinanza ed empatia come funzione centrale dell'attività psicoanalitica che viene considerata più come processo di avvicinamento e di valorizzazione del vissuto dell'altro che come esplorazione delle zone oscure; in quest'ottica la narrazione Fondamenti della narrazione:
  1. Secondo Ricoeur, il racconto costituisce una forma di attività che permette di sintetizzare al suo interno passato, presente e futuro. Nel racconto c'è anche un obbligo etico di non

dimenticare ciò che è successo nel passato, di offrire una testimonianza dei fatti. Il racconto dunque consiste nella possibilità di percepire il tempo: soltanto attraverso il racconto l'uomo può percepire il tempo come ordinato con funzione etica perché esprime rispetto e amore per il passato che una valorizzazione del momento presente non potrebbe esprimere.

2. Il racconto non riguarda solo il tempo ma anche lo spazio e gli oggetti che sono contenuti (Merleau-Ponty): il racconto sceglie tra tutti gli oggetti quelli più funzionali allo sviluppo del racconto stesso e più necessari alla concordanza necessaria tra i sentimenti dei personaggi.

3. Capacità sintetica del racconto (o SINTESI DELL'ETEROGENEO, Ricoeur): durante la narrazione il racconto stabilisce nessi e connessioni che sono interpretabili alla luce degli stati psichici dei personaggi. La logica del racconto si struttura su ciò che i personaggi vogliono consapevolmente o meno. Cogliendo queste volontà e questi nessi, la narrazione mostra che tra determinati comportamenti ci possono essere connessioni che il rapporto di causa-effetto non avrebbe potuto determinare.

4. Rapporto tra racconto e morte: capacità del narratore di ritornare sul racconto una volta che questo è terminato. La memoria dell'ascoltatore tende alla sintesi, all'identificazione di un elemento che unifichi. Più forte è l'effetto del racconto, maggiore è la possibilità che si installi nella memoria come elemento stabile e costante. In quest'ottica l'attività del racconto combatte l'idea della morte affermando il valore del permanere creativo (che continua ad emettere significati).

Paradigma ermeneutico: è un approccio interpretativo al testo centrato sul linguaggio con la tendenza a trovare nel testo stesso molteplici significati con infinite possibilità di sviluppo. Per Schleiermacher l'anima dell'uomo è infinita e il linguaggio è espressione della condizione storica in cui si trova ma anche di questa infinitezza. L'interpretazione del testo dunque deve rivolgersi ad un nucleo interiore potenzialmente illimitato di significati. Anche Heidegger e Gadamer hanno riflettuto sul concetto di narrazione arrivando alla conclusione che l'attività narrativa consiste in una ricerca ininterrotta di significati possibili e una profonda diffidenza del fatto che esista un livello privilegiato di interpretazione.

Rapporto tra narrazione e psichiatria -> esistono tre linee fondamentali:

1. Valorizzazione dell'incontro: incontro tra due persone (paziente e terapeuta) come tentativo di dare nuove espressioni linguistiche ai vissuti; narrare fluidifica l'esperienza, trasforma i dati grezzi dell'esperienza in sequenze narrative operando un alleggerimento; il transfert diventa la nascita di un mondo condiviso. Narrare significa costruire un mondo che ha valore di per sé perché permette una trasposizione da un livello di esperienza grezza al linguaggio.

2. Svincolamento dalla storia: la storia diventa una serie di tracce il cui destino è essere ritrascritte perdendo il rapporto con le cose e diventando stimolo per la costruzione di un nuovo mondo.

3. Concetto di costruzione: individuare fasi della vita di una persona con il fine di permettere a quella persona di riconoscersi nelle fasi stesse e di acquisire così una identità narrativa. In questa prospettiva perde valore l'interpretazione e acquista interesse la narrazione fatta insieme al paziente e la sua effettiva capacità di esprimere stati psichici e della relazione con il terapeuta. Criteri di attendibilità della narrazione: l'attendibilità è data dalla coerenza di ciò che viene narrato con la storia passata, con il transfert con il terapeuta e con il gruppo.

Il paradigma indiziario (Ginzburg): accostamento dell'attività analitica con quella investigativa, con particolare riferimento a Sherlock Holmes. In questa prospettiva c'è una grande fiducia nella reale esistenza della storia, e che questa può essere evinta dal riesame dei piccoli particolari che vengono fuori durante la narrazione. Della tecnica investigativa si riprende soprattutto la capacità di dare coerenza al quadro complessivo attraverso la formulazione di ipotesi che prendono spunto dai singoli elementi sconnessi. Processo abducente: utilizzo di due o tre linee teoriche per vedere quale meglio si adatta a spiegare l'intero andamento della vicenda. E' evidente il rapporto stretto tra questa tecnica e la psicanalisi freudiana.

In entrambi gli approcci si tratta di raccontare la storia ma nell'approccio ermeneutico la storia resta fine a se stessa perché conta la capacità di operare trasformazioni psichiche, mentre nell'approccio indiziario la storia serve a far riemergere rapporti conflittuali, motivazioni inconsce, esperienze nascoste, aree misteriose della mente.

IN SINTESI: L'attività narrativa in psichiatria permette la costruzione di un rapporto della persona con il mondo (tempo/spazio), il suo sviluppo e la sua fine. Questa narrazione può diventare l'obiettivo del trattamento oppure essere un mezzo, uno strumento. E' necessario che i due approcci ermeneutico e indiziario si intersechino in modo da annullare i propri limiti e cogliere soltanto gli aspetti interessanti che possono offrire. La narrazione viene dunque vista come importante momento di integrazione, di passaggio da elementi frammentari e parziali

che hanno bisogno di un ulteriore sviluppo per dare accesso ad altre storie contenute nel paziente.

## 25. LA NOIA: MANCANZA O RIFIUTO?

Nell'antichità la noia rientrava nella categoria della melanconia ed era vista come un dolore apatico, rifiuto del mondo e follia, sia nell'aspetto più bizzarro che nel suo aspetto creativo. Nel medioevo veniva confusa con l'accidia; nel mondo moderno la noia viene identificata come un sentimento a cavallo tra la delusione e la rabbia, con perdita di contatto con le cose. In ambito psichiatrico la noia rappresenta la parte meno dolente ma più irritata e scontenta della depressione, oppure come un sentimento di inquietudine, ricerca e insoddisfazione. Esistono più polarità della noia: una è quella che riguarda la mancanza e il rifiuto; se verte verso la mancanza, la noia esprime la percezione confusa e irritata, scontenta della funzione essenziale nei rapporti umani; se invece verte verso il rifiuto il tratto più marcato è l'aggressività che sottolinea un narcisismo distruttivo e grandioso. In conclusione la noia può essere definita come l'esperienza di una mancanza, totale o parziale, di autenticità nei rapporti.

Accostandoci al tema dell'autenticità, vari autori hanno dato il loro contributo:

Freud pone il termine perturbante per indicare un sentimento di estraneità e alterità dal mondo, con una connotazione di passività e una blanda depersonalizzazione; con la comparsa del perturbante compare anche l'angoscia, che l'autore lega alla coazione a ripetere.

Recentemente il perturbante è stato considerato l'inizio del processo di depersonalizzazione ma esiste un perturbante più benigno, che si accompagna a sensazioni di familiarità e che ha come effetto una frattura della continuità ma anche un'apertura. Winnicott si ricollega al tema dell'autenticità parlando del Vero Sé; il vero sé ha a che fare con il corpo: è autentico tutto ciò che ha dimensione corporea, che è collegato con il bisogno e con il desiderio ma anche con l'angoscia della morte e con l'affacciarsi sugli aspetti infiniti della vita. Il vero sé è però un nucleo inaccessibile dell'essere umano: è un flusso collegato alla dimensione dell'infinità. La noia diventa quindi una fame di autenticità per l'uomo e se questa autenticità non viene esperita si entra in uno stato di deprivazione (ipotesi già avanzata da Bion).

Benvenuto ha sostenuto che la noia è concepibile come la delusione derivante da una promessa non mantenuta. La promessa può essere letta in due modi: in una prospettiva Kohuttiana il bambino non riesce a conciliare il sé reale con il sé grandioso e ciò genera delusione; questo spiega l'atteggiamento narcisistico, dove l'oggetto è sempre deludente perché l'aspettativa è massimamente irrealistica. In una prospettiva freudiana invece la noia viene accostata all'isteria di base presente nell'uomo. Nella prospettiva kleiniana invece si parla di noia come di affermazione di un'istanza narcisistica. Non c'è una prospettiva che abbia più ragione di un'altra ma si deve sempre porre più attenzione al trauma precoce che ha scosso il soggetto.

Agamben suggerisce che la noia derivi da un attaccamento necessario ad un oggetto contenente parti spente che inducono uno spegnimento corrispondente. Questa percezione viene affrontata intensificando l'attaccamento creando un circolo vizioso. Tanto più il paziente si sente vuoto, tanto più tenta di riempire il vuoto con oggetti insoddisfacenti innescando una spirale narcisistica. L'elemento del perturbante è necessario al terapeuta perché permette di avventurarsi su aree non ancora conosciute nemmeno per il paziente.