

**A.P.R.A.G.I.
GRUPPOANALISI**

*Quaderni
di
Gruppoanalisi
anno 2006 n.13*



ANANKE

Quaderni di Gruppoanalisi

*Quaderni di
Gruppoanalisi
anno 2006 n.13*

Comitato Scientifico:

Nadia Benedetto, Adriana Corti,
Franco Calcagno, Saura Fornero,
Alma Gentinetta, Luisella Pianarosa,
Alessandra Simonetto,
Annamaria Traveni.

Comitato di Redazione:

Cinzia Boglione, Tiziana Campagna,
Miriam Chemello, Ina De Fazio,
Maria Teresa Niro, Cristiana Novero.

© 2006 ANANKE srl
Tutti i diritti riservati / All rights reserved
ANANKE srl
Via Lodi, 27/C - 10152 Torino (Italy)

A.P.R.A.G.I.
Via Antinori, 6 - 10128 TORINO

Hanno collaborato a questo numero:

Raffaele Visintini, medico psichiatra psicoterapeuta di gruppo, lavora presso l'ospedale San Raffaele di Milano, dove si occupa specificamente della valutazione diagnostica dei pazienti che afferiscono all'ospedale con una ipotesi diagnostica di disturbo di personalità con patologia border

Antonello Correale, medico, psichiatra e psicoanalista, e membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana; ha approfondito lo studio di Bion ("Le letture Bioniane", 1987, Ed. Borla). Attualmente è primario responsabile dell'area 2 del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL Roma B, e Supervisore di Dipartimenti di salute Mentale in varie ASL italiane

INDICE

In questo numero: *Nota redazionale* 5

**Diagnosi differenziale
tra paziente borderline e disturbo narcisistico di personalità**
Seminario con il dr Visentini Torino, 19 febbraio 2005 7

**Crisi dell'identità e mutamenti istituzionali:
Il disturbo borderline**
Seminario con il dr Correale Torino, 9 aprile 2005 65

Quaderni di Gruppoanalisi

IN QUESTO NUMERO: NOTA REDAZIONALE

Questo numero dei Quaderni di Gruppoanalisi è stato redatto da un nuovo Gruppo di Lavoro che si è incontrato e ha collaborato alla stesura di queste pagine confrontandosi creativamente e proficuamente. Molte sono le idee e gli spunti di riflessione, ancora in fase di elaborazione, che potranno concretizzarsi, ci auguriamo, nei prossimi numeri.

Questo numero riporta le relazioni e gli interventi di due importanti giornate seminariali. La prima, svoltasi con il dott. Visintini il 19 febbraio 2005 a Torino, la seconda svoltasi con il dr Correale il 9 aprile 2005 a Torino.

Le relazioni del Dr Correale e del dr Visintini sono introdotte da Adriana Corti e da Saura Fornero.

Infine per la prima volta abbiamo pensato di illustrare il programma Apragi per il prossimo anno, che avrà come tema culturale e formativo “La gruppoanalisi: Tra Corpo e Mente”, in attesa di poter riflettere insieme attorno a queste tematiche.

Ringraziamo i colleghi Cinzia Boglione, Ina De Fazio, Tiziana Campagna e Cristiana Novero che hanno collaborato nel dattiloscrivere l’audioregistrazione del seminario del Dr Correale, mentre per il seminario del Dr Visintini si è occupata del lungo lavoro di dattiloscrittura dell’audioregistrazione Francesca Rossi.

Ringraziamo inoltre i colleghi del Comitato Scientifico per i preziosi consigli e il sostegno offerto.

Infine, per la prima volta abbiamo pensato di illustrare il programma Apragi per il prossimo anno, che avrà come tema culturale e formativo “La gruppoanalisi: Tra Corpo e Mente”, in attesa di poter riflettere insieme intorno a queste tematiche.

Buon lavoro a tutti

Torino, aprile 2006
Maria Teresa Niro

Quaderni di Gruppoanalisi

DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA PAZIENTE BORDERLINE E DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ

Seminario con il dr. Visintini
Torino, 19 febbraio 2005

Introduzione a cura di Saura Fornero

Il seminario con il dottor Raffaele Visintini fa parte dei seminari che ogni anno l'A.P.R.A.G.I. organizza, alcuni dei quali riservati agli specializzandi psicoterapeuti del training A.P.R.A.G.I. nella Scuola di Psicoterapia della C.O.I.R.A.G., altri aperti agli interessati.

Il tema culturale e formativo dell'A.P.R.A.G.I. per il 2005, "Costruzione dell'identità e mutamenti sociali", è stato scelto in considerazione della rilevanza che le cosiddette "nuove patologie" rivestono nell'attuale panorama clinico; è esperienza comune a più ambiti di lavoro psicologico che le patologie narcisistiche siano in forte aumento ed è parso interessante e utile tentare di collegare questo fenomeno con i mutamenti sociali in atto, nel rispetto - caratteristico dell'impostazione culturale dell'A.P.R.A.G.I. - della complessità del tema generale considerato.

In tale cornice, obiettivo principale del lavoro seminariale del dottor Visintini è stato quello di contribuire alla chiarificazione delle differenze tra patologia borderline e disturbo narcisistico di personalità.

Sintomatologicamente affini, i due tipi di patologia possono essere confusi con una certa facilità in fase diagnostica, con conseguenze rilevanti sia per il paziente sia per il terapeuta impegnato nella cura; entrambi quadri patologici gravi, essi si differenziano principalmente riguardo alla prognosi e al percorso psicoterapeutico.

Durante il seminario, il dottor Visintini ha tenuto un'ampia relazione la mattina, comprendente anche la proiezione della videoregistrazione di una sua interessante supervisione con Otto Kernberg; nel pomeriggio, ha supervisionato una situazione clinica presentata da una specializzanda A.P.R.A.G.I.-C.O.I.R.A.G. e ha concluso il lavoro seminariale con una sintesi dei principali punti toccati durante la giornata, articolati in diagnosi differenziale, prognosi e fisionomia del percorso psicoterapeutico.

Il dottor Visintini ha illustrato il complesso argomento del seminario, collocandolo sapientemente tra psicoanalisi, psichiatria e gruppoanalisi.

Quaderni di Gruppoanalisi

L'esposizione è risultata didatticamente illuminante e coinvolgente, anche per l'ampia possibilità offerta ai partecipanti di riferirsi alla propria esperienza clinica.

Particolarmente interessante sul piano didattico è stato il costante riferimento alle **emozioni co-transferali** implicate nella cura di pazienti borderline e narcisisti: le dinamiche transferali costituiscono uno dei punti più delicati e difficili da trattare nella lunga cura delle patologie borderline e narcisistiche; è sulla gestione insieme empatica e differenziata dell'intensa semovenza transferale che lo psicoterapeuta si trova più esposto al rischio di collusione o irrigidimento, entrambi pregiudizievole dello svolgersi del percorso clinico.

A tale proposito, l'impianto gruppoanalitico di riferimento del relatore ha consentito di porre in evidenza e lavorare sugli **aspetti intermedi della relazione clinica**, specifici con entrambi i tipi di pazienti: se diagnosi e prognosi differenziali possono essere elaborate sulla base di categorie abbastanza definite, il percorso psicoterapico richiede al terapeuta capacità tecniche di mantenimento di una relazione comunque posta a dura prova dalla coazione distruttiva del legame, presente in entrambe le patologie.

La psicoterapia gruppoanalitica con questi pazienti passa, dunque, attraverso l'**attenzione intenzionale e costante da parte del terapeuta al "modello mentale del paziente"**, qui inteso come organizzazione inconscia di significati alla quale il paziente stesso fa saldamente quanto inconsapevolmente riferimento; con tale organizzazione il terapeuta deve poter dialetticamente comunicare, attrezzandosi a interloquire con l'intensità e la facilità di attivazione delle difese primitive che la caratterizzano; tale tipo di attenzione da parte del terapeuta si esplica relazionalmente in modalità "accoglienti, ragionevoli, gentili", assai difficili da mantenere nel clima di contrapposizione, provocazione, controdipendenza - in una parola, di manipolazione - che i pazienti borderline e narcisisti non possono fare a meno di tentare di instaurare, proprio reagendo intrapsichicamente alla profonda angoscia che il legame affettivo suscita in loro.

Giornata Seminariale

(revisione per la pubblicazione a cura di Miriam Chemello e di Saura Fornero)

Dott.ssa Fornero: Il dott. Raffaele Visintini, medico psichiatra psicoterapeuta di gruppo, lavora presso l'ospedale San Raffaele di Milano, dove si occupa specificamente della valutazione diagnostica dei pazienti che afferiscono all'ospedale con una ipotesi diagnostica di disturbo di personalità con patologia border.

L'attenzione della giornata sarà centrata proprio sulla possibilità e utilità di diagnosi differenziale per questo tipo di patologia.

Iniziamo con una breve introduzione del dott. Visintini, la proiezione di una videoregistrazione di una supervisione del dott. Visintini con Otto Kernberg, cui seguiranno scambi e riflessioni con i partecipanti; proseguiremo con la discussione del caso presentato dalla dott.ssa Bosi alla supervisione del dr. Visintini; il relatore concluderà la giornata con una sintesi teorico-clinica.

Dott. Raffaele Visintini: La diagnosi nei disturbi della personalità è un tema molto dibattuto negli ultimi anni. Ricordiamo che nel 1980 gli psichiatri americani, stanchi di non riuscire a diagnosticare bene alcuni soggetti, che con i farmaci non riuscivano ad essere sufficientemente contenuti nella loro sintomatologia psichiatrica, costruirono e inventarono il secondo asse del DSM II.

Anche se penso che il DSM abbia grossi limiti, questa introduzione è importante, perché fu il primo momento in cui non solo gli psicoterapeuti e gli psicoanalisti, ma anche gli psichiatri iniziarono a pensare che esisteva una personalità e questa andava trattata. Quindi, nel DSM, a una diagnosi categoriale mono-assiale (disturbi d'ansia, depressione ecc.), vennero aggiunti quattro assi.

Il secondo asse fece nascere il problema della diagnosi di patologia della personalità: fino a quel momento la presenza di un sintomo facilitava il compito dello psichiatra o dello psicologo, ma nel diagnosticare se una personalità è patologica o meno si incontrano dei confini tra sano e patologico molto più cangianti e molto più difficili da determinare.

Si inserì il **concetto fondamentale di capacità di adattamento**, cioè il soggetto sano dovrebbe avere una grande capacità di adattarsi, essere un soggetto plastico che, davanti a situazioni stressogene o problematiche della vita in generale, riesce a trovare delle soluzioni che si adattino con una certa sintonia alle situazioni in cui è immerso.

Si è definito qualcosa, ma fino a un certo punto: sicuramente si inserisce il **concetto di rigidità**, che descrive un soggetto che non riesce a trovare soluzioni se non quelle che generano in lui un ulteriore danno, un malessere, un disagio, un dolore psichico. In questo caso, la soluzione stessa implicitamente è anche dolorosa e patogena per il soggetto ed è quindi una soluzione non adattiva.

Il concetto di rigidità, in questo senso, diventa il nostro punto di riferimento davanti al paziente per valutare se, nel corso della sua vita, è riuscito a tro-

Quaderni di Gruppoanalisi

vare soluzioni che gli permettono di sopravvivere adeguatamente o se le soluzioni trovate generano una serie non solo di sofferenze personali, ma anche di dolori mentali, psicopatologie specifiche con una grande difficoltà nell'ambito delle relazioni.

Nell'area del disturbo di personalità, ci troviamo davanti a un soggetto che **non ha una reale capacità di costruire delle relazioni**: diviene necessario tener conto di quanto ormai da tempo emergeva nella psicologia del Sé, di tutta la problematica della relazione con l'altro.

Il disturbo di personalità, quindi, si situa in un'area che è lontana, per certi versi, dalle problematiche di primo asse psichiatricamente intese, perché guarda il comportamento del soggetto nei confronti degli altri e non solo il comportamento e i sintomi che il soggetto riporta nel colloquio clinico.

Contemporaneamente, ci furono molti studi per verificare se ci fosse una compresenza di patologie della personalità e patologie del primo asse. Questi studi furono anche molto utili per capire meglio come certi disturbi potevano essere collocati nell'ambito della psicopatologia generale. Mi sto riferendo anche a un'altra suddivisione, altrettanto importante: il DSM, all'interno della diagnosi categoriale, divideva tre gruppi di patologie: quelle di area paramedica (schizoide); il gruppo degli emotivi: cluster b (istrionico, border, narcisistico) e cluster c (evitanti, impulsivi, ecc.).

In primo luogo, si osservò che era possibile trovare correlazioni tra primo e secondo asse, raramente tra primo e terzo, se non per delle sovrapposizioni (l'ossessivo compulsivo per certi versi); l'aspetto interessante è che un certo disturbo fino allora mal trattato, il disturbo border di personalità, veniva collocato in un cluster che non seguiva quelle che erano state le indicazioni fino ad allora.

Ma ritorneremo su questa riflessione; consideriamo ora **il concetto di border**. La parola border è molto fuorviante perché mentalmente risulta difficile considerarla una diagnosi a sé stante. Inizialmente, vennero definiti border, ovvero al confine, quei soggetti con i quali non si sapeva bene cosa fare, i quali spessissimo, nella nostra esperienza, venivano psichiatrizzati per lungo tempo e talvolta trattati con neurolettici, quindi pericolosamente peggiorati. Questi soggetti "al confine" ricevevano una diagnosi un po' "sacco degli stracci", perché non si sapeva bene dove metterli e che cosa farne (nevrotici, psicotici, normali... qualcuno ogni tanto delira e non si capisce come mai, allora forse è un proto-psicotico non è più un nevrotico); venivano psichiatrizzati come se fossero dei futuri psicotici che dovevano essere gestiti. A casa spaccavano tutto, ogni tanto si tagliavano, bevevano, ogni tanto erano

eccessivamente impulsivi e l'aggressività e l'impulsività non erano gestibili... questi soggetti sono stati molto mal trattati nella storia psichiatrica.

Nel 1980 si cominciò a pensare che costoro potessero avere un disturbo di personalità; nelle doppie diagnosi spesso risultavano associati disturbi affettivi sul primo asse, depressione bipolarità, ecc., disturbo border sul secondo asse: si aprì realmente un mondo che oggi stiamo tentando di comprendere; l'ideale sarebbe stato cambiargli nome e togliergli questo concetto di "al confine", perché questi soggetti non sono al confine di nulla e sono degni di una propria diagnosi.

Il tema fondamentale è quello dell'affettività e da allora nasce una scuola che inizia a considerare questi soggetti all'interno di una logica affettiva e relazionale.

Questo disturbo spessissimo si associa ai disturbi dell'area affettiva. Non sono soggetti al confine tra nevrosi e psicosi e si inizia a pensare di poterli trattare: fino ad allora, infatti, i disturbi di personalità in genere e non solo i border, secondo la vecchia psicologia dell'Io, non venivano considerati trattabili perché all'interno di un setting costruito secondo la psicologia dell'Io, **l'interpretazione del transfert sul terapeuta generava problemi enormi.**

Questi soggetti, in effetti, in termini relazionali, hanno quella **rigidità** che crea l'impossibilità della comprensione di alcuni elementi interpretativi che l'analista può inserire nel setting e nella relazione.

A questo punto nascono altre confusioni che riguardano la **differenza tra il borderline e altri disturbi** e prevalentemente, dal mio punto di vista, il disturbo narcisistico.

Noi per tradizione **siamo ancora abituati a pensare che il disturbo borderline è quello più grave rispetto al narcisista**, come se uno fosse l'evoluzione dell'altro, una patologia più primitiva dell'altra.

Negli ultimi tempi stiamo osservando che questi due soggetti, anche se possono avere tratti l'uno dell'altro, tendono a differenziarsi molto, e oggi lavoreremo su queste differenze.

Diagnosi differenziale paziente border o narcisista

È importante di fronte a un paziente avere chiaro se si tratta di una struttura **prevalentemente** borderline o **prevalentemente** narcisistica: solo riconoscendolo chiaramente ci comporteremo adeguatamente con l'uno e con l'altro, perché **il programma terapeutico dell'uno è diverso dal programma terapeutico dell'altro** e riguarda in particolare **la capacità di stare nella relazione terapeutica e di stare nel gruppo.**

Quaderni di Gruppoanalisi

Centrale è il tema dell'**alleanza terapeutica**, perché comprendere il paziente vuol dire capire come porsi per permettere a costui - che ha quella rigidità relazionale di cui sopra - la possibilità di generare e strutturare quell'alleanza terapeutica che possa realmente facilitare un trattamento terapeutico.

[Il dott. Visintini illustra lo schema che Otto Kernberg nel '96 tracciò, con le prime differenziazioni.]

Kernberg cominciò a parlare di un'organizzazione border di personalità, che coinvolge anche altri disturbi, come se ci fosse una sorta di borderliness (essere border più o meno, indipendentemente dalla presenza o meno di altri disturbi di personalità).

Nello schema troviamo l'organizzazione di personalità nevrotica, l'organizzazione di personalità border alta, l'organizzazione di personalità border bassa, l'organizzazione di personalità psicotica. La prima sensazione è di essere tornati agli albori: nevrotico, psicotico e border; al di là di questo, penso sia fondamentale un aspetto: il nostro border è collocato su un asse tra meno grave e più grave che è comunque affettivo: ipomaniacale, ciclotimico, depressivo masochistico; e, sull'asse dell'estroversione-introversione, verso una schizoidia o meno. Un altro aspetto molto interessante è **la presenza del narcisismo su un altro asse**, dove si collocano il soggetto narcisistico, il narcisismo maligno e l'antisociale.

In questo schema non ci sono delle correlazioni strette tra border e antisociale, ma tra narcisista maligno e l'altro.

Questo cosa può significare dal punto di vista della patologia? **Sostanzialmente i due soggetti funzionano in modo diverso**: secondo voi, perché Kernberg inserisce in questo asse il soggetto narcisistico maligno ed antisociale ed esclude il border? Perché ci può essere una relazione tra il border e il narcisistico laddove in qualche modo ci può essere un'evoluzione grazie anche a un intervento psicoterapeutico. Cosa collega l'antisociale al narcisismo maligno, a cosa vi fa pensare questa malignità?

Kernberg inserisce la malignità nel narcisismo perché **la possibilità di un trattamento si gioca laddove esiste la possibilità o potenzialità di una relazione con un terapeuta**. Secondo Kernberg il narcisismo maligno è la patologia di quel paziente per certi versi non curabile, perché questo soggetto ha grossi problemi in termini di relazione con l'altro. Mentre noi eravamo abituati a dire: "È border, forse non lo posso curare, forse è meglio iniziare con una terapia farmacologica", **ora possiamo affermare che forse non è la patologia border a essere non curabile, mentre è potenzialmente non curabile la patologia narcisistica**.

In effetti, secondo le tecniche terapeutiche che conosciamo fino a oggi, per la nostra conoscenza teorica, pratica e clinica, il paziente narcisista probabilmente ci creerà grossi problemi, mentre, psichiatricamente orientati, lo abbiamo sempre pensato di origine psicotica e non di origine affettiva. Poi vedremo le caratteristiche di questi soggetti; per intanto, iniziamo a considerare che alcuni soggetti diventano border o narcisistici forse anche perché hanno genitori che non sono fatti nello stesso modo.

I genitori del border e del narcisista

In termini di pratica clinica mi è capitato di osservare che questi genitori - che potrebbero sembrare simili - in qualche modo hanno un atteggiamento che è descrivibile come **“ignorare il figlio”**: **non ascoltare, non mentalizzare quello che il figlio porta.**

Nel narcisista tendiamo ad avere un genitore che utilizza il figlio piuttosto che ignorarlo, lo sfrutta, perché vive il figlio come un proprio prolungamento. Il figlio è o dovrebbe essere come il genitore si aspetta che sia. Se ci pensiamo, è la classica scena dove il bambino continua a osservare e a guardare nella faccia del genitore il gradimento o il non gradimento di quello che fa.

Un genitore può essere soddisfatto del proprio figlio, certamente se fa delle cose belle, l'orgoglio c'è, ma contemporaneamente, al di là che faccia cose belle o brutte, **deve poter essere in grado di sentire un affetto profondo indiscutibile nei suoi confronti.** Si tratta di quella differenza sottile tra amore e voler bene che ritroviamo in moltissimi genitori, e poi nei pazienti. Posso non voler bene a mio figlio in certi momenti perché mi fa arrabbiare e mi verrebbe voglia di dargli anche una sberla, **ma l'amore è insindacabile,** cioè, qualsiasi cosa gli succeda, mi butto nel fuoco per lui. Quindi c'è qualcosa che scatta ed è **una differenza che il figlio percepisce perché è chiara nella mente del genitore.**

L'altro tipo di genitore potrebbe sembrare un genitore che non vede il figlio perché è preso da sé, è un genitore anaffettivo, è un genitore che è poco capace di affettivizzare, anche solo sul piano del prolungamento narcisistico.

Allora, a questo punto, cosa succede in questi due figli? Su un piano di ipotesi, sicuramente si genererà un sentimento simile, cioè questi soggetti **tenderanno a funzionare con la forza dell'angoscia abbandonica** per il timore di non esserci se non sufficientemente gradevoli.

Sicuramente il genitore che ignora, come quello che sfrutta il figlio per sen-

Quaderni di Gruppoanalisi

tirsi un bravo genitore, è **un genitore che oscilla** (e qui ci fa pensare qualcosa del border); si tratta cioè di genitori che funzionano in qualche modo in base al loro stato d'animo e in base a quanto è loro successo (perché sono generalmente molto condizionati dal contesto, dalla situazione, dal clima); genitori ben poco stabili, quindi, che offrono un amore poco stabile perché poco presente. E **un'instabilità delle situazioni**, un saltare da una situazione all'altra che non permette l'esperienza assolutamente più formativa che è **la stabilità della presenza**.

Comincia a formarsi molto forte nel figlio questa angoscia abbandonica, che chiamerei più ansia.

Qual è la differenza tra angoscia e ansia?

L'angoscia è un qualcosa di più depressivo, l'ansia è uno stato di agitazione, di nervosismo in un'aspettativa. Vado a ritirare gli esami del sangue e sono in ansia, non sono angosciato; nel momento in cui so il responso, se questo è negativo allora sono angosciato. Vedrei qui una piccola differenza tra le due angosce, dove in entrambe ovviamente c'è una continua aspettativa, un esame costante. Può sembrare tutta angoscia abbandonica ma, a questo punto, può succedere che il nostro soggetto, da una parte, interiorizzi un Super Io molto persecutorio, legato a **un'ansia abbandonica**; di là, invece, interiorizzi il famoso sentimento di base dei border: il **sentimento di indegnità**.

Il narcisista non prova sentimento di indegnità, il border lo porta immediatamente.

Sicuramente, per controllare meglio il nostro sentimento di indegnità, i **meccanismi scissionali** sono quelli più funzionanti, perché la scissione serve per esistere, per riuscire a trovare un confine che non c'è, un confine che, in qualche modo, in una labilità del sé, tende a essere sempre molto frammentato. Ed è questo che aveva fatto pensare a un'area psicotica in passato, ma non c'è il vuoto della psicosi.

Questi meccanismi scissionali servono perché, se sto o di qua o di là, riesco a definirmi meglio. Non può esserci l'integrazione, perché se integro qualcosa, automaticamente mi entra l'indegnità e, come sappiamo, in termini di autostima, dobbiamo riuscire a tutelarci da percezioni di noi intollerabili e la scissione, in questi termini, serve per poter tollerare o condizionare in qualche modo l'indegnità.

Il sentimento di indegnità si può esprimere nella sintomatologia classica: perché un border si taglia o si brucia o beve? Sicuramente dove c'è un Sé che non riesce a metabolizzare, non riesce a gestire l'indegnità e i sentimenti

depressivi correlati, il paziente riporta in seduta la concretizzazione dell'angoscia profonda attraverso il dolore: "Quando provo una forte angoscia, mi viene una forte voglia di tagliarmi e poi, per un po', sto meglio..."; vedere il sangue uscire fa stare meglio, perché comunque il dolore fisico non è il dolore mentale: non è più l'indegnità che in qualche modo sfonda il confine.

Passando all'ultima fase del quadro narcisistico, troviamo un Super Io persecutorio, che potrà essere controbilanciato con la grandiosità. Posso inventarmi di essere qualcosa secondo quella grandiosità che, in qualche modo, qualcuno mi ha chiesto dall'inizio; l'individuo, cioè, si vive come un prolungamento di un genitore che pretende dal bambino una crescita adultomorfa, secondo un proprio fuorviato modello di crescita; ovviamente, un pensiero adultomorfo non può essere che grandioso, dove il bambino può soltanto immaginare di essere ciò che non è, ciò che sarà da grande...

A questo punto, per riuscire a discriminare tra queste parti dobbiamo fare un ragionamento psicodinamico, perché altrimenti non riusciremo a capire i meccanismi interni di queste persone e soprattutto le modalità relazionali che possono costruire con noi.

Il punto essenziale diventa che stiamo andando oltre la proposta iniziale di una diagnosi categoriale, costruita, se vogliamo, a tavolino, "clusterizzando" i casi che aggregano tra loro. Si è anche visto che il grosso problema era che noi troviamo dei soggetti che hanno quattro tratti di uno, tre dell'altro, sono border, narcisisti e ci si chiede perché; lo schema di Kernberg è utile nel tentativo di cercare queste due organizzazioni all'interno delle quali ci possono essere aspetti di altro genere, che possono funzionare in senso orizzontale tra estroversione e introversione.

Non sono d'accordo nel vedere un rapporto così stretto tra il border e il narcisista: già vedete che, almeno per quello che sarebbe il cluster b secondo la categoriale del DSM, abbiamo due gruppi di soggetti e sono quelli che, comunque, in una terapia individuale o di gruppo, dobbiamo integrare all'interno di un processo terapeutico e dobbiamo sapere **come fare**.

Pensate a un'interpretazione di un tipo piuttosto che un'altra, a un soggetto o a un altro.

Il video che ho portato è una supervisione con Kernberg. Il lavoro che lui ci propose fu valutare il suo nuovo modo di lavorare con questi pazienti, la TFP, che è il suo modello nuovo di psicoterapia analitica dei disturbi narcisistici e border, dove prova a interpretare al paziente sin dall'inizio, proprio perché questo costruisce, secondo lui, un'alleanza terapeutica di un certo tipo.

Quaderni di Gruppoanalisi

Kernberg alla prima, seconda seduta inizia a interpretare. Io gli ho portato un caso trattato secondo il vecchio concetto di alleanza terapeutica, dove, prima di tutto, ci abituiamo a stare nella stessa stanza. Oggi ho cambiato idea, sono più kernberghiano, ho visto che funziona meglio. Gli ho portato un caso che seguivo in individuale e abbiamo discusso sul problema dell'alleanza terapeutica con un disturbo di personalità.

Supervisione con Otto Kernberg

Lettura del caso

La paziente mi fu inviata un anno e mezzo fa da un collega con cui, già precedentemente, aveva intrapreso una psicoterapia durata un anno circa. La psicoterapia fu sospesa, su proposta dello stesso psicoterapeuta e di comune accordo con la paziente. Il collega mi riferì di non sentirsi adatto a gestire una paziente con una organizzazione di personalità borderline e quindi decise di inviarla a chi, secondo lui, avesse un'esperienza più specifica. Accettai con non pochi timori e proposi alla paziente, che mi aveva contattato autonomamente, di fare alcuni colloqui di valutazione, per capire come era avvenuto il passaggio e come era stato vissuto dalla paziente.

La paziente presentava gravi oscillazioni del tono dell'umore, ansia, angoscia, senso di vuoto, tendenza all'auto-lesività, rabbia intensa e tendenza all'impulsività, insonnia, gravi sentimenti di incapacità alternati a momenti di idealizzazione di sé.

La storia della paziente

La paziente è una donna di circa 35 anni che dimostra meno della sua età anagrafica, è sposata da 7 anni e ha due figli piccoli, di 3 anni e mezzo e di 5 anni. È nata al sud d'Italia, è figlia di un professionista affermato ed è primogenita di due sorelle. I genitori sono separati da circa 20 anni. La mancanza del ricordo è spesso caratteristica del disturbo di personalità, spesso questi pazienti non ricordano nulla dei primi dieci anni di vita, come se la loro presenza nel mondo fosse determinata solo da esperienze molto traumatiche, impressionanti per certi versi. C'è una mancanza di identità che non costruisce una storia e costantemente una storia che non riesce a costruire la sua identità, reciprocamente le due parti non riescono mai a costruirsi a vicenda.

I rapporti con il padre sono sempre stati molto conflittuali. L'aspetto che viene più sottolineato è che non ricorda di aver mai provato un sentimento

positivo nei suoi confronti se non solo un profondo disprezzo. Lo descrive come un uomo tirchio, egoista, senza calore umano e incapace di espressioni affettive. Ancora oggi il padre è fonte di disgusto perché considerato fisicamente repellente. I rapporti con lui, già molto superficiali, si sono totalmente interrotti quando la paziente si trasferì a Roma per intraprendere gli studi universitari.

Con la madre il rapporto è qualitativamente migliore. Da parecchi anni la madre vive a Milano e il rapporto con lei è continuativo. È considerata una donna sufficientemente disponibile e rappresenta, nei momenti di difficoltà, un punto fermo di riferimento. Il rapporto, così come la paziente lo percepisce e descrive, è caratterizzato da un confronto tra la madre forzosamente idealizzata e la stessa paziente sempre svalutata. Questo la porta a porsi in una posizione regredita di inferiorità e infantile sottomissione: quando ha le sue crisi di sentimenti di incapacità, si ferma anche in macchina e telefona alla mamma o al marito, facendosi venire a prendere; vive una sorta di attacco di panico ma con un fortissimo senso di incapacità, pianto profuso e la convinzione di non saper fare più nulla.

Descrivendo se stessa ricorda che fin da piccola era intollerante alle frustrazioni. Questo la portava ad assumere atteggiamenti di ribellione nei confronti dei genitori, per poi sentirsi mortificata per i comportamenti avuti e rabbiosa con se stessa per non essere stata accettabile secondo un modello super-egoico persecutorio e profondamente svalutativo. La paziente sembrerebbe una narcisista: gli studi in psicologia la portano a capire bene cosa le accade (molti di questi pazienti studiano psicologia).

Con la sorella il rapporto è sempre stato difficile: vive da sola a Londra ed è descritta come una persona problematica, che ha frequenti crisi psicotiche con ideazione delirante di tipo persecutorio.

La paziente negli studi ha sempre avuto un buon rendimento.

La scelta delle amicizie è sempre stata caratterizzata dalla trasgressività ed è con la frequentazione di questi gruppi che ha cominciato in adolescenza a fare uso di droghe fino all'abuso quotidiano di eroina.

Contemporaneamente, e in relazione all'abuso di droghe, ha una significativa promiscuità sessuale. Con un atteggiamento vergognoso questa viene descritta come denigrante e masochistica, caratterizzata dall'incapacità di sottrarsi alle richieste dei maschi e dalla contemporanea sensazione di repulsione per i maschi con cui acconsentiva ad avere rapporti sessuali. Non è mai stata in grado di capire la ragione per cui ha sempre acconsentito così passivamente a quei rapporti indesiderati.

Quaderni di Gruppoanalisi

Dall'adolescenza in poi ci sono anche altri acting-out auto-lesivi, come ripetuti episodi di tagli sulle gambe e sugli avambracci, in occasione di momenti di rabbia e di angoscia intensi.

Il trasferimento a Roma era stato programmato per interrompere l'uso di eroina e per intraprendere gli studi della facoltà di Psicologia. Durante gli studi riesce a smettere con fatica, ma da sola, l'abuso di eroina e la vita disordinata e questo le permette di conseguire la laurea.

A questo periodo ne segue tuttavia un altro, caratterizzato da disturbi alimentari, corrispondente con le prime attività professionali. La paziente sceglie di affrontare il problema frequentando un gruppo di "anonimi", secondo il programma dei dodici passi. A tutt'oggi ricorda quel trattamento come molto rassicurante e particolarmente efficace per i risultati immediati e tangibili.

Circa otto anni fa incontra l'uomo con cui ha avuto in seguito i figli e si trasferisce in una cittadina del nord, dove attualmente risiede. In questa città non si sente a proprio agio e soffre la freddezza della gente e il clima provinciale caratteristico delle piccole città. Non ha amicizie né frequentazioni sociali.

Il rapporto con il marito è altalenante. Lui viene descritto come una persona psicologicamente problematica, molto dedita al lavoro, tanto da dormire poche ore ogni notte, ossessiva, molto razionale e concreta a tratti sospettosa nei confronti dei colleghi, soprattutto nei periodi di maggior stress lavorativo.

Le gravidanze vengono descritte come momenti particolarmente gratificanti ("mistica e miracolosa"), sebbene, dopo alcuni mesi dal parto, il rapporto con il figlio o la figlia appena nato/a divenga in tutti e due i casi estremamente problematico. Dopo il momento di serenità, piacere e senso di privilegio della gravidanza, prevalgono le difficoltà di relazione con i figli, in quanto la loro gestione la fa sentire incapace, inadeguata e costantemente impotente.

La paziente dimostra di aver un ottimo livello culturale, legge molto e preferibilmente sceglie temi psicologici. Le piace molto scrivere o creare e dipingere oggetti in ceramica. Attualmente riesce ad avere incarichi saltuari di insegnamento finanziati da enti pubblici in corsi di formazione di vario genere (art-therapy, formazione psicologica per operatori di strutture pubbliche come scuole o servizi sul territorio ecc.); da circa nove mesi lavora come psicologa, con un contratto di poche ore settimanali, all'interno di una comunità per pazienti senza dimora, affetti da AIDS.

La terapia

Il primo periodo.

La paziente, in base alle sue conoscenze psicologiche, non era convinta che una terapia di tipo psicodinamico potesse essere un trattamento adatto al suo caso. Non riusciva a fidarsi, sia perché si era sentita abbandonata dal collega che me l'aveva inviata, sia perché non riusciva a capire come fosse possibile che questo trattamento psicologico funzionasse ("perché questa terapia dovrebbe funzionare?"); inoltre non capiva come una terapia concettualmente diversa da quella degli "anonimi", che aveva dato ottimi risultati, potesse essere adatta a lei ("non sono mai stata così bene come durante i gruppi degli 'anonimi'").

I dubbi assalivano la paziente e quindi venivano continuamente riproposti nelle sedute.

Oltre a questo si sentiva anche in colpa (espressa sempre con rabbia e risentimento) per il tempo dedicato alla propria terapia, in quanto l'unica cosa da fare sarebbe stata quella di lavorare per aiutare economicamente il marito ed essere socialmente più attiva ("io dovrei lavorare e invece vengo qui, vado in palestra...non faccio niente").

Nonostante questi dubbi, la frequenza alle sedute è sempre stata regolare, ma questo trattamento terapeutico contrastava con l'orientamento dei training cognitivo comportamentali della sua formazione.

Dal mio punto di vista, questo dubbio le permetteva di mantenere un controllo difensivo sulla relazione terapeutica, gestendo e controllando la distanza relazionale anche attraverso argomentazioni di tipo tecnico-professionale o con l'espressione del risentimento e della rabbia ("qui sto anche bene ma poi mi sento in colpa perché non faccio"). Tali argomentazioni ovviamente riguardavano anche me, in quanto complice di questo suo "lassismo" e "parassitismo sociale".

Il primo passo del progetto terapeutico era ovviamente quello di consolidare l'alleanza terapeutica, ma, considerando la forte ambivalenza e instabilità della paziente, ho deciso di assumermi per tutti e due la funzione, espressa da una metafora un po' retorica di "faro nella tempesta".

Dopo circa quattro/cinque mesi, in alcune sedute cominciò a essere ogni tanto meno reattiva e meno sfiduciata, il che mi induceva a pensare, pur sempre con molti dubbi, che finalmente si stava creando una certa fiducia. Immancabilmente poi, si ripresentavano i soliti dubbi e sfiducia.

Questa sfiducia a volte si trasformava anche in attacchi personali su questioni diverse: le sedute le apparivano poco efficaci o addirittura controprodu-

Quaderni di Gruppoanalisi

centi, le sembravo banale nelle risposte, non avevo dato l'importanza che lei si aspettava a certi eventi o cose, "per fare solo una seduta" doveva risolvere troppi problemi, ecc.

In quel periodo i punti di riferimento per entrambi furono:

il poter parlare in un linguaggio affine a un'impostazione psicodinamica (avevo osservato che la paziente nel suo modo di parlare di se stessa, del marito, dei figli, dei suoi rapporti affettivi e in alcuni suoi scritti aveva una naturale predisposizione mentale a una visione psicodinamica delle cose); la mia costante convinzione che una via di uscita per lei fosse la psicoterapia a orientamento psicodinamico che avevamo cominciato. Questo ci ha permesso di instaurare progressivamente un clima di continuità e stabilità comunicativa.

L'esperienza di avere una continuità e una stabilità comunicativa era un'esperienza esistenziale nuova, in quanto io tentavo di mantenere la comunicazione stabile, indipendente e, per quanto possibile, al riparo dalle oscillazioni del suo tono dell'umore.

Il controtransfert del primo periodo

Fin dall'inizio della terapia la mia sensazione era di essere in una situazione di estrema precarietà e di ricatto, in quanto anche solo una parola sbagliata sarebbe stata usata contro il progetto terapeutico che sembrava essere solo nella mia mente. Il cambiamento repentino del tono dell'umore, che mi veniva implicitamente o esplicitamente imputato, mi faceva temere che si innescassero una serie di reazioni comportamentali a catena che potevano esitare nell'interruzione della terapia.

Questa mia sensazione di instabilità e di precarietà durò per lungo tempo e caratterizzò tutte le sedute del primo anno di terapia. L'atmosfera di precarietà era però mista e a tratti sostituita da un'implicita sfida.

Per la paziente ogni seduta doveva essere palesemente significativa ed efficace, altrimenti sarebbe stata sicuramente l'ultima in quanto in quel caso tutta la terapia sarebbe diventata deludente. Questo avrebbe determinato il prevalere della certezza depressiva che non vi era alcuna possibilità terapeutica per il suo caso.

In realtà il rapporto continuava, anche se la paziente sottolineava che non vi era neanche l'evidenza di un minimo miglioramento che giustificasse gli sforzi, i sacrifici economici, personali e famigliari che stava affrontando per questa terapia. In questi momenti, l'unico mio punto di riferimento erano la regolarità delle sedute e la puntualità della paziente.

Molte sedute, ripetitivamente, cominciavano con la descrizione particolareggiata delle difficoltà incontrate nel venire alla seduta e di quanto lo stress fisico ed emotivo minassero la sua scelta di proseguire la psicoterapia e divenissero un effetto iatrogeno della psicoterapia stessa.

La paziente mi spingeva, con le sue polemiche, a dimostrarle che la psicoterapia psicodinamica fosse il trattamento più adatto al suo caso e che la risoluzione dei suoi problemi necessitasse di un lavoro ben più profondo di un semplice cambiamento di comportamento o dell'apprendere a seguire certe regole relazionali.

Alcune volte ho risposto con questa "chiarificazione" perché mi sembrava fosse necessario descriverle il punto di riferimento che io stesso avevo, affinché lei lo potesse riconoscere. Altre volte, rispondevo che anche le sedute più banali e meno significative erano da considerarsi in continuità le une alle altre e non come singole "mono-dosi di terapia" che ogni volta le avrebbero dovuto dare un'evidente sensazione di sollievo.

Avevo la sensazione che la paziente provocatoriamente volesse convincermi che ogni tentativo era inutile, inducendomi a dimostrazioni pratiche o teoriche. Mi sono sempre detto che in certi momenti la mia pazienza (che mi veniva spontaneamente) era un oggetto stabile nel quale lei poteva fare affidamento. Contemporaneamente, la mia convinzione che la terapia potesse realmente aiutarla diventava un punto di riferimento inconsapevole per la paziente. Questa mia convinzione però doveva rimanere tacita e non essere svelata, e mi accorsi infatti che a volte esplicitarla accentuava sterilmente la conflittualità.

Variazioni del setting

Data la gravità della paziente avevo stabilito che le sedute sarebbero state vis-à-vis.

All'inizio della terapia avevamo concordato che il numero delle sedute settimanali sarebbe stato di una per un primo periodo, in seguito di due. Avremmo concordato insieme il momento in cui si sarebbero aumentate le sedute.

Successivamente, mi resi sempre più conto che la paziente, come detto precedentemente, aveva notevoli doti di insight e di comprensione delle dinamiche intrapsichiche; pensai quindi che più avanti sarebbe stato forse possibile usare il lettino.

Dopo alcuni mesi, proposi alla paziente questa variazione. La paziente accettò, con alcuni dubbi, chiedendomi se sarebbe stato possibile tornare al setting precedente in caso di sua difficoltà. Risposi affermativamente, per

Quaderni di Gruppoanalisi

non metterla in una situazione di costrizione. La paziente mi propose di fare quindi un breve periodo di prova, nel quale, se fosse stato necessario, avrebbe alternato sedute sul lettino a sedute vis-à-vis. Mi rendevo conto della stranezza della situazione, ma avevo la sensazione che ambedue stavamo cercando, con autenticità, il setting più adatto non solo al suo quadro psicopatologico attuale, ma anche alle potenzialità che vedevo in lei.

Non ci furono problemi particolari e solo in due occasioni, di speciale angoscia, mi chiese di fare le sedute vis-à-vis.

Successivamente, dopo un periodo di interruzione della terapia per le mie vacanze, la paziente mi chiese di fare un piccolo numero di sedute vis-à-vis. Capii che stava usando quelle sedute per avere un contatto visivo più rassicurante dopo un periodo che aveva attivato angosce di separazione dovute alla difficoltà di mantenere la costanza oggettuale. Poche sedute dopo, riprese ad andare sul lettino regolarmente.

Sto osservando che man mano che si rinforza l'alleanza terapeutica e la fiducia della paziente nei confronti della nostra relazione, la sua richiesta di sedute vis-à-vis va scomparendo

Vari anni fa, la paziente di un nostro collega, all'ultima seduta prima delle vacanze, chiese al terapeuta se poteva registrare la seduta, per portarsi via la registrazione e ascoltarla durante le vacanze, sempre per questo problema della costanza dell'oggetto e della necessità di concretezza del rapporto tipica del paziente borderline; il terapeuta acconsentì. Correale sottolinea molto bene che nella terapia con i pazienti borderline ciò che funziona è la sensibilità del terapeuta.

Dott.ssa Simonetto: E la lungimiranza, penso, il sapere dove vorrai arrivare; il fatto che il terapeuta adatti le singole tappe all'obiettivo complessivo di integrazione psichica del paziente.

Dott. Visintini: Il terapeuta trasmette la funzione di integrazione in termini **di integrazione, prima di tutto nella sua mente, di quello che fa con quello che pensa sarà il futuro e con quello che sa essere stato il passato del paziente;** quindi la mente del terapeuta, funzionando in questi termini, presta al paziente la funzione di integrazione. Come terapeuta, con questi pazienti in particolare, mi fermo quando perdo di vista il faro, quando sono coinvolto in una situazione e non vedo più l'orizzonte; **questo mi pare sia il momento più rischioso** per la forza distruttiva del processo di identificazione proiettiva; come terapeuti prestiamo il fianco più fragile e inconsapevole a certe proiezioni di questi pazienti e ce ne rendiamo conto dopo: apprendere a verificare preventivamente se stiamo ancora vedendo il faro può aiutare

a discernere se stiamo facendo qualcosa solo perché indotti dalle proiezioni del paziente.

Il sogno

Un paio di settimane fa la paziente riporta il seguente sogno: “Facevamo una seduta alla scrivania della casa di mio padre. Stavo molto male. Sul tavolo c'erano molte cose, tra cui una strana penna di bambù e, tra le altre cose, del cioccolato. Lei aveva dato ad altre persone molte cose e a me solo del cioccolato. Io mi alzavo e me ne andavo via. Vedevo che lei era preoccupato, dispiaciuto, e mi sentivo in colpa, ma mi rendevo conto che stavo facendo tutto questo apposta per ottenere l'effetto opposto, cioè per attirare lei verso di me. Mia figlia, che era presente nella casa di mio padre, la prende per mano e dice: ‘Sei mio amico’. E lei rimane stupito. Mio figlio dice che lei è come il principe Filippo (che è il suo idolo dei cartoni animati e della fiaba ‘La bella addormentata nel bosco’). Nel frattempo, per continuare a preoccuparla, vado verso l'ascensore. Cambia la scena e lei mi fa notare che sul terrazzo di mio padre c'è una pianta, che io ho sempre considerato brutta, che ha dei frutti buonissimi. Quel terrazzo io non l'ho mai goduto e la pianta, che c'è sempre stata, non l'ho mai guardata. Non ricordo più il resto del sogno”.

Secondo me, questo sogno era sostanziale, soprattutto tenendo conto che la paziente non ricordava i sogni e dunque li portava pochissimo.

Le associazioni

Lavorando associativamente sul sogno, la paziente riferisce che rimane colpita dal fatto che la seduta avviene nella casa del padre che lei odia; collega la scrivania del padre al mio tavolo dello studio che ha vari oggetti [infatti io ho un tavolo abbastanza piccolino con mille cose sopra]: rimane colpita dal fatto che i suoi figli, che considera parte di sé, siano così affettuosi e accettanti nei miei confronti [lei si è sempre sentita in colpa, per esempio, di lasciarli con la baby sitter per venire alla seduta, oltre a sentirsi inadeguata e indegna come madre]; si vergogna e si compiace di riuscire a farmi preoccupare; le sembra molto significativa l'immagine dell'albero, le pare un buon sogno, stranamente situato nella casa del padre.

Commento che è la prima volta che mi porta nella sua casa di origine e questo è un segno di fiducia nel nostro rapporto e nel fatto che si possano trovare frutti piccoli ma buoni, intesi sia come figli sia come parti di sé. Mi fermo lì, temo le interpretazioni; all'epoca, il mio lavoro era quello di stare il più

Quaderni di Gruppoanalisi

agevolmente possibile all'interno della stanza, come se io fossi ospite e lei una buona ospitata e come se - e questo ci portava un po' erroneamente al limite - si dovesse vedere se si stava bene lì e lei potesse rispondermi se stavo andando bene o male, se ero stato un bravo ospite o no. In seguito, l'assetto relazionale cambiò parecchio, anche grazie a questa supervisione.

L'amore della paziente per il marito e per i bambini è molto importante per lei; nei momenti di libertà dall'angoscia parla di un marito molto disponibile e utile nella sua vita. Descrive i figli come "straordinari, dolcissimi", ma, talvolta ha delle esplosioni di rabbia verso di loro e arriva anche a picchiarli, a usare parole terribili con loro, soprattutto nei confronti della bambina più grande, come: "Mi farai morire, mi farai uccidere..."

La paziente ci dà delle indicazioni, ci fa sentire che c'è un potenziale terapeutico, di guarigione: in lei non ci sono aspetti antisociali, cioè l'altro c'è per questa paziente; nell'antisociale, nel narcisista maligno grave l'altro non c'è, all'oggetto sfruttato non interessa come sta l'altro. Invece a questa paziente interessa come io sto con lei e come lei sta con me: ha un'idea della relazione. Ha solo l'idea molto primitiva di una relazione dove lei sta molto male, dove lei è indegna; **in termini diagnostici stiamo parlando di un'area affettiva e non psicotica**. Se un border delira non è il suo Io che delira ma il Super Io. Mentre per uno psicotico è l'Io che delira e non il SuperIo.

Dott.ssa Fornero: Proverei a concludere questa prima parte del nostro lavoro, per cominciare a ragionare sugli aspetti della patologia border di cui ci ha parlato stamattina il dott. Visintini: gli interventi che ci sono stati, le dinamiche di questo gruppo mi hanno indotta a pensare a questo tipo di patologia e a come l'averci a che fare possa consistere proprio nella dinamica che poi il ragionare sulle sensazioni provoca.

Sappiamo che ragionare sulle sensazioni, provare a costruire delle ipotesi di strutturazione, di modellistica diagnostica effettivamente utilizzabile è un punto fondamentale del nostro essere, del nostro pensare, del nostro sentirci terapeuti.

Penso che questo sia stato e sia un filone molto importante della mattinata e della giornata. Penso siano stati aperti numerosi ambiti tematici, molti luoghi teorici non scontati. Senza nulla togliere alla statura del relatore non penso che oggi riusciremo a uscire con le idee chiarissime rispetto a tutto quello che andremo a toccare. Mi pare che proprio in questo senso possa essere fatto un tentativo di mantenere fermi, in maniera non rigida ma consapevole, alcuni utili punti rispetto alle aree di indagine e alla necessità di poter definire diagnosticamente con un certo rigore la nostra relazione con il paziente border o, comun-

que, con pazienti sofferenti di patologie fortemente connotate **Dott. Visintini:** Tornando alla paziente, quando si trovava con la madre e contemporaneamente erano presenti i suoi figli non riusciva assolutamente a essere la madre dei propri figli, ma le pareva che fossero tre figli con una madre: il suo ruolo era continuamente svalutato; questo mi ha sempre fatto pensare che in effetti anche la madre, pur forse rendendosene conto, continuava a dare consigli e a intervenire, senza lasciare spazio alla figlia; la paziente non chiedeva spazio e in questo binomio sicuramente la madre invadeva lo spazio della figlia, ormai madre a sua volta, e contemporaneamente la figlia non ne chiedeva.

Quando la paziente arrivò in terapia da me, la madre era effettivamente la sola persona che le stesse dando un supporto affettivo e concreto, l'unica realmente presente. Con il terapeuta precedente, ormai si era interrotta la relazione, col marito le crisi erano frequenti, non aveva nessuna amicizia nella nuova città e il rapporto con me non era ancora consolidato. Una delle frasi della paziente è: "Quando i miei figli stanno con mia madre, sono molto più tranquilli e sereni di quando io sto con loro".

Occorre che il terapeuta abbia una visione di tutte le dinamiche relazionali della paziente, **come se stesse sempre per interpretare in termini trasferali, pur senza farlo;** ciò che è fondamentale è la **necessità di avere sempre la chiarezza di quanto sta avvenendo.** In questo caso, il rapporto della paziente con la madre e il rapporto della paziente con me: questa equazione continua a funzionare e dà un senso, allora questo ci aiuterà a lavorare con il paziente, questo è il faro che ci dirige nella relazione perché noi sappiamo che lei ci sta parlando in un certo modo e noi le stiamo parlando in un certo modo e quindi quello che avviene avverrà secondo un modello e si incasterà continuamente in quel modello. Questo, sia in senso diagnostico che in senso dinamico e per l'organizzazione di personalità di questa donna, diventa il suo punto di riferimento. Io sicuramente sentivo questo mio doppio ruolo di terapeuta e di punto di riferimento e lei sostanzialmente aveva due persone su cui appoggiarsi: la madre e me.

Il marito era più una copertura che un vero strumento, perché in realtà stava bene-male anche lui, dipendeva se lavorava molto, se era eccessivamente paranoico e quindi controllava tutto, se era eccessivamente preso dal lavoro e quindi non c'era più improvvisamente o coinvolgeva i figli in questioni educative di cui lei magari si metteva a discutere e quindi lei lo sentiva molto oscillante; solo quando il marito stava bene poteva diventare il terzo elemento di appoggio. I due elementi di appoggio stabili erano la madre e il terapeuta.

Quaderni di Gruppoanalisi

La paziente nel terapeuta aveva effettivamente posto molte speranze, ma questo non lo si poteva dire in seduta, lo si poteva dire solo della madre; cioè la paziente in seduta poteva dire della madre: “È il mio punto di riferimento, quando i miei figli stanno male lei sa come prenderli, quando io sto male sa come aiutarmi”. Questo non lo poteva dire di me perché il coinvolgimento affettivo non era ancora strutturato adeguatamente all’interno di un setting e all’interno di quelle che sono le relazioni affettive di una terapia. In realtà, quando parlava della madre probabilmente parlava di tutti e due. Io mi sentivo investito di questa responsabilità. Quello da cui sentivo di dovermi difendere era sostanzialmente il fatto che lei faceva di tutto per dimostrarmi il contrario. Nella videoregistrazione della supervisione che abbiamo visto insieme, Kernberg si concentra su questo aspetto legato alla cornice del rapporto, perché è quello che la paziente tenta di sabotare costantemente. Per lei, per certi versi, il terapeuta rappresenta colui su cui ci si può appoggiare per curarsi, ma anche un sostituto materno e questo connoterebbe automaticamente degli aspetti aggressivi che la paziente non può tollerare nei confronti del pensar male della madre. Continuava a dirmi: “Ma nei libri si dice che se una paziente diventa come me vuol dire che la mamma non era una mamma buona, ma mia mamma è buona. In realtà rapporti con mio padre non ne ho avuti tanti, certo mi faceva arrabbiare, non mi considerava eccetera. Ma non conta, lui è comparso dopo. Ma mia mamma è buona. Come mai se ho una mamma buona io sono diventata una borderline?” La paziente sapeva della sua diagnosi ed è andata a studiarsela, tra l’altro. Insomma, non le quadrava mai il cerchio: continuava a cercare, sostanzialmente, anche un’identità patologica, che corrispondesse ai *cliché* che i libri danno (una madre di un certo tipo, una certa relazione familiare) e diceva: “Io e mia sorella siamo venute fuori disastrose, mia mamma è sana: come mai? Che cosa è successo? Ci sarà qualcosa di genetico. Qualcosa di organico, sarà una patologia organica, non ho un problema di tipo psicologico. Allora a cosa serve il trattamento puramente psicologico che stiamo facendo adesso? Come riuscirà a funzionare questo nostro rapporto? Però io vedo che funziono solo se qualcun altro mi dà una mano, io allora non ho i mezzi, non avrò mai i mezzi nella vita per riuscire a venir fuori da questa situazione se non solo con l’aiuto della mamma, di mio marito quando sta abbastanza bene, e sperando che i figli non ne abbiano un danno eccessivo”. Questo era il dialogo costante che portavamo avanti, nel tentativo della paziente di farsi rassicurare da me che quello che stavamo facendo in realtà funzionava; però continuava a venire ed evidentemente si fidava di me. La

paziente è una persona molto calda emotivamente e questo è ciò che le sta permettendo e le permetterà di stare molto meglio e di curarsi molto, perché in questo calore o in questo bisogno e timore costante di relazione calda, lei cerca dei punti di riferimento e delle relazioni autentiche. Come se avesse una parte scissa sua che continuava ad attaccare questa relazione sul piano razionale, ma a crederci sul piano affettivo ed emotivo.

A questo punto, ovviamente, io un po' ci cascavo e un po' no in questo discorso: **il fatto di riuscire a individuare il modello della paziente, chiarirmelo bene attraverso la supervisione e tenerlo sempre in mente durante la relazione è stato l'unico e importante punto di riferimento.**

Nelle terapie con questi pazienti, ritengo si debba parlare molto; stare zitti è soltanto sadico e dobbiamo pensare a quello che diciamo; dobbiamo pensare soprattutto a quello che non dobbiamo dire, cioè è molto più facile dire qualcosa che non si deve dire piuttosto che dire delle cose che in realtà si devono dire. È molto più semplice, in realtà, parlare con queste persone e riuscire a instaurare un dialogo comune con parole comuni che spiegano quello che sta avvenendo, le sensazioni che ci sono, cosa può significare un sogno, parlandone con semplicità e in termini di scoperta dell'inconscio: andiamo a scoprire piano piano come si raggiunge anche il mondo interno e quindi cosa possiamo costruire in termini di conoscenza. È un dialogo aperto. **Ciò che non si può fare è sicuramente parlare senza tenere conto del controtransfert.**

Modello della mente del paziente e controtransfert nel paziente borderline e narcisista

Con i pazienti quello che ci aiuta tantissimo è il controtransfert. Secondo me, quando fu "inventato" il modo di utilizzare il controtransfert, per capire e interpretare il nostro paziente, in modo inconsapevole furono gettate le basi teoriche su cui oggi ci stiamo basando per lavorare con i pazienti nei termini della psicologia del Sé, la psicologia relazionale. I pazienti borderline - come dicono tutti gli autori - ti tirano fuori dagli stracci, ti deludono, ti demoralizzano, ti deprimono, ti angosciano, ti spaventano, anche perché siamo noi che con loro abbiamo molta paura di sbagliare.

Quando il modello del funzionamento del paziente è costruito nella nostra mente e noi abbiamo chiaro più o meno come funziona, dobbiamo riuscire ad averlo sempre in mente. Cioè, quello che sta accadendo adesso nella seduta è quella roba lì; quella roba che è accaduta l'altro giorno è sempre quella cosa lì; e quello che sta accadendo adesso, che cosa è? Si

Quaderni di Gruppoanalisi

riporta al modello tutto ciò che accade e con il modello lo si confronta. Lo si riporta al modello per scoprirlo ogni volta e il modello diventa un punto di riferimento: i propri vissuti controtransferali e il modello mentale del paziente.

Ciascun modello potrà avere caratteristiche istrioniche, narcisistiche, ci sarà dentro l'indegnità, **il sabotaggio costante**, l'incredulità, l'incapacità relazionale e un sentimento profondo di auto-svalutazione, di denigrazione molto forte.

In ogni caso, **vi sarà una connotazione fortemente affettiva, che non ha niente a che vedere con il narcisismo**, perché il narcisista in seduta non funziona in questo modo. Apparentemente è un soggetto che tende a entrare in relazione molto più facilmente. È molto seduttivo, per certi versi sa sfruttare meglio la relazione, ha appreso a utilizzare meccanicamente una relazione; affettivamente c'è molto meno. **Il soggetto narcisista saboterà la relazione solo quando sentirà che il proprio ruolo nella terapia è più legato a problematiche di dipendenza dal terapeuta**, per lui insopportabili, che a delle dinamiche relazionali. La dinamica relazionale paritaria che può svilupparsi con un paziente narcisista porterà anche il paziente narcisista a sabotare, come può sabotare il borderline, tuttavia per altre ragioni: **il paziente narcisista non può tollerare un rapporto paritario** e lo sabota andandosene, rompendo la relazione. Non è vero, secondo me, che il paziente narcisista e il paziente border usano l'idealizzazione e la svalutazione allo stesso modo, come riportano molti testi. **Per il border è difficilissimo idealizzare e la sua svalutazione, in realtà, è la sua auto-denigrazione, anche negli agiti. Nel narcisista, invece, esistono veramente l'idealizzazione e la svalutazione, ma dell'altro, non la propria.** È per evitare la propria auto-svalutazione che il paziente narcisista rompe la relazione.

Dott.ssa Fornero: Riprendiamo il lavoro popola pausa del pranzo con una situazione presentata dalla dott.ssa Barbara Bosi.

La situazione

Monica si presenta al CSM dell'ASL dove svolgo il tirocinio di specializzazione il 22 luglio 2002, accompagnata dal marito e con l'impegnativa del medico di base, per visita psichiatrica e sospetta bulimia. Un'infermiera del servizio effettua il primo colloquio.

Il caso viene presentato a una riunione d'équipe e affidato a un medico psichiatra. L'incontro tra Monica e il medico avviene il 7 agosto 2002 e viene aperta la cartella clinica in cui il medico riporta una dettagliata anamnesi. Lo

psichiatra che segue Monica mi parla per la prima volta del caso in modo informale alla fine del mese di ottobre 2002, chiedendomi se posso effettuare un percorso psicodiagnostico con la paziente ed eventualmente impostare un percorso psicologico. A metà novembre, durante la riunione medici e psicologi, il caso mi viene proposto ufficialmente. Sarà il medico a comunicare alla paziente la data del nostro primo incontro, previsto per il 21 novembre. Il medico incontra Monica una volta nel mese di ottobre e una volta nel mese di novembre, non ci saranno più altri incontri con lo psichiatra. Il 21 novembre svolgo il primo colloquio con Monica, il 28 somministrazione del test di Rorschach, 5 dicembre sintesi Rorschach e restituzione alla paziente.

L'ipotesi diagnostica è: tratti di personalità di tipo borderline, struttura del falso sé, disturbo alimentare con espressione sintomatologica. Dal profilo psicodiagnostico emerge la necessità di mantenere il percorso psicologico privilegiando modalità di sostegno e accompagnamento con una funzione di Io ausiliario. Si propone un periodo di osservazione e sostegno di tre mesi a un incontro alla settimana. Si ritiene utile mantenere costante il monitoraggio da parte del medico in quanto non si esclude la necessità di un supporto farmacologico.

Il percorso di sostegno di tre mesi proposto a Monica ha diversi obiettivi: approfondire la conoscenza del caso, verificare le capacità introspettive della paziente,

Valutare, attraverso il sostegno e le funzioni di Io ausiliario che questo tipo di intervento offre, la possibilità di un successivo intervento psicoterapeutico che permetta alla paziente di ricontattare i vari aspetti di sé attraverso la relazione terapeutica.

Valutazione e sostegno psicologico (3 mesi):

Monica si presenta regolarmente agli incontri settimanali per tutto il periodo di tre mesi concordato al termine della valutazione psicodiagnostica.

Il primo argomento che porta in seduta è il disturbo bulimico: "Non mangio tutto il giorno ma la sera mi abbuffo per poi andare in bagno a vomitare tutto"; aggiunge che non si direbbe, ma solo perché è gonfia. Sa che si potrebbe intervenire sul disturbo con una psicoterapia, l'ha letto su un libro, e vuole risolvere questo suo problema anche per suo marito. **Monica parla facilmente di se stessa e degli avvenimenti della sua vita, ma con difficoltà si sofferma sugli avvenimenti dolorosi.** Cerca di allontanarsi veloce-

Quaderni di Gruppoanalisi

mente dalla sofferenza riempiendo lo spazio della seduta con racconti lunghi e dettagliati.

Monica ha 20 anni ed è sposata da circa sei mesi: quando iniziano i nostri incontri il marito ha ventisette anni, fa il muratore; si sono conosciuti a gennaio di questo anno in un pub, hanno iniziato a frequentarsi e dopo circa quattro mesi si sono sposati. Monica definisce il suo matrimonio un grosso errore, aggiunge che i ripensamenti erano già arrivati poco prima di sposarsi, ma quando ha cercato di dire al padre che non era convinta di quanto stava facendo, il padre ha convocato i parenti, due fratelli maggiori del padre, e di fronte a quello che lei definisce “una specie di tribunale” si è sentita incastata: “Mi hanno detto che non potevo più tirarmi indietro, che avevo un’occasione buona per sistemarmi e che la famiglia mi avrebbe voltato le spalle se mi fossi tirata indietro dopo aver fatto tutto quel casino”. I fratelli maggiori del padre, in particolare il più vecchio, sono descritti da Monica come i capi della famiglia. Monica non è innamorata del marito, gli vuole bene come a un fratello, non hanno rapporti sessuali da poco dopo il matrimonio. Lo descrive come una persona buona, umile, che accetta di non ricevere nulla da lei come moglie. Monica si occupa della casa, prepara la cena e trascorre la giornata a pulire, lavare, stirare e guardare la tv.

Esce spesso con la suocera e la cognata per andare a fare la spesa al mercato. Si sente molto sola in quella casa, non sa cosa fare, in particolare durante il pomeriggio. Suo marito e la famiglia di lui sono molto preoccupati per lei perché non mangia e vomita. **Vorrebbe scappare via, separarsi, ma non sa dove andare e non vuole ferire nessuno, in particolare la famiglia del marito, che l’ha accolta in casa come una figlia, rappresenta per lei la famiglia che non ha mai avuto.**

I genitori di Monica si sono separati quando lei aveva un anno, ricorda che lei e la madre andarono a vivere dalla nonna materna fino all’età di 4 anni di Monica. In quel periodo la mamma ebbe numerose storie sentimentali di breve durata. Dopo tre anni trascorsi dalla nonna si trasferirono a casa del compagno della madre e lì rimasero fino alla scomparsa della mamma, avvenuta quando Monica aveva 9 anni. Parla della madre in due sole occasioni, una prima volta durante il nostro primo incontro; la descrive come una donna fragile e ne sente profondamente la mancanza; rispetto alla perdita della madre racconta che era uscita per andare a lavorare come ogni sera e in casa con lei era rimasto il compagno della madre; Monica aveva la febbre ed era a letto, la madre era andata a salutarla e le aveva dato un bacio. Il mattino dopo ricorda di aver trovato la nonna e il fratello della madre in casa. I parenti

hanno portato via Monica dicendole che la mamma non stava bene e che non sarebbe tornata a casa quella mattina. Dopo tre giorni le hanno detto che non sarebbe mai più tornata perché era andata in cielo. La seconda volta in cui parla della madre, durante il terzo incontro, afferma che secondo lei la mamma non ha avuto un incidente con l'auto, ma si è tolta la vita. Aveva già tentato il suicidio in passato. Era una persona triste, piangeva sempre, litigava spesso con il compagno e lui la picchiava. Riferisce di aver spesso assistito ai violenti litigi tra il compagno e la madre. **Alterna emozioni di profonda tristezza a rabbia e odio verso una mamma che l'ha abbandonata.**

In questa occasione le rimando che sembra essere molto arrabbiata con la mamma e questo la fa soffrire molto. Risponde che è molto arrabbiata e le fa male: la mamma l'ha lasciata sola. Le persone che si tolgono la vita sono solo dei vigliacchi. Anche in questo periodo si sente sola, ha fatto male a sposarsi senza essere innamorata e ora non sa che fare. Si vede brutta, grassa, gonfia e le continue conferme da parte dei suoi parenti le fanno provare rabbia e angoscia. Mi fa vedere la mano destra e mi dice che sono i segni dei denti, si procura il vomito mettendo dentro tutta la mano. Non riesce a spiegarsi perché nonostante il vomito non perda peso. Ha delle profonde cicatrici sulla mano destra. Le rimando in questa occasione che deve essere difficile occuparsi di qualcuno, se stessa, di cui mai nessuno si è potuto, voluto occupare, forse è preoccupata perché teme che nemmeno io voglia, possa occuparmi di lei. Scoppia in lacrime ed è una delle tre volte in cui vedo Monica piangere. Conclude questo incontro dicendo: **“Lei é la mia ultima speranza”**. **Dagli incontri emerge una storia di continui rifiuti e abbandoni agiti e subiti.** Monica torna a vivere dalla nonna in Liguria, dopo la morte della madre, fino alla fuga verso Torino e la casa paterna all'età di 12 anni. Il padre le offre una scelta tra il ritorno in Liguria dalla nonna o il collegio. Monica sceglie il collegio e ci resta per un anno, sperando di usufruire del fine settimana a casa del padre, ma, in realtà, il padre va saltuariamente a trovarla, non le propone mai di andare a casa con lui. La nuova compagna del padre riesce a convincerlo a riprendersi in casa la figlia. La relazione tra il padre e la compagna, che Monica considera un'amica - “Siamo sempre state buone amiche, ma le relazioni di mio padre non durano molto, a lui piace cambiare, pensa di essere sempre un ragazzino” - si interrompe dopo un anno e Monica resta col padre e si occupa della casa. Al termine della scuola dell'obbligo sceglie di iscriversi al liceo linguistico, ma il padre non lo permette. Vuole che lei lavori e porti a casa del denaro. **Descrive così il rapporto col padre: “Sembravamo due persone che non si sopportano,**

Quaderni di Gruppoanalisi

come i mariti e le mogli che si odiano". Inizia a fare la commessa in un negozio di abbigliamento e cerca di stare a casa il meno possibile: "Se solo mio padre fosse stato di più a casa ci sarei rimasta anch'io ma da sola ero triste. **Lui voleva continuare a fare la sua vita da scapolo ed io ero un intoppo**".

Racconta di aver trovato i preservativi usati dal padre in mezzo ai cuscini del divano e aggiunge che per lei è sempre stato molto angosciante dormire nella poltrona letto che si trovava in entrata, mentre il padre trascorreva la serata con l'amichetta di turno nella stanza accanto. Le dico che deve essere stato davvero molto brutto per lei stare nell'ingresso, senza uno spazio suo, mentre il padre trascorre la serata con un'altra donna proprio lì accanto. Monica ha riso, un riso amaro, dicendo: "Per mio padre conta solo lui e i suoi porci comodi, io sono una serva per lui, quando non gli serve è come se non ci fossi. Per fortuna quando ho iniziato a lavorare e a portare a casa dei soldi, mi ha permesso di uscire di più anche alla sera. Così non ho più dovuto sentire quei versi che mi facevano esplodere la testa, mi davano la nausea, li avrei uccisi se solo avessi trovato il coraggio".

Lascia la casa paterna all'età di 18 anni per convivere con un uomo di 38 anni, divorziato e padre di due figli, senza un lavoro fisso e con problemi con la legge, di cui non ho mai saputo di più. Convivono per un anno e descrive la relazione difficile e poco affettuosa: "Sembrava per certi versi il peggio di mio padre". Il compagno era spesso assente da casa e poco chiaro rispetto alle sue occupazioni: "Se chiedevo troppe spiegazioni erano botte".

In realtà Monica era ancora innamorata del ragazzo con cui usciva prima, relazione iniziata a 14 anni e interrotta molte volte a causa delle continue scenate di gelosia culminate in alcune occasioni in percosse.

Nel 2001 scopre di aspettare un bambino, il compagno non ne vuol sapere e Monica torna dal padre cercando in lui un sostegno. Anche il papà non ne vuol sapere di un nipote, è un tipo giovane e non si vede come nonno. E Monica interrompe la gravidanza con grande sofferenza e sensi di colpa. Continua a sentirsi di troppo a casa del padre, riprende la relazione col primo fidanzato e lo definisce il grande amore della sua vita. La seconda parte della loro relazione finisce bruscamente e lascia in Monica un profondo senso di vuoto e solitudine. **"Come se arrivati a un certo punto voglio farmi odiare. Faccio di tutto per istigare e la gente si rompe e mi molla"**. Rispetto al padre emerge dagli incontri che ha avuto altri due figli dalla relazione avuta quando Monica è tornata a casa, un maschio e una femmina, e Monica li incontra spesso grazie ai buoni rapporti con la loro madre. Il padre

non si occupa molto nemmeno di loro: “È troppo preso da se stesso e a correre dietro alle donne”.

Parla poco dei fratelli se non in un paio di occasioni, descrivendo se stessa come una minaccia per loro, non ha niente di buono da promettere ai fratelli più piccoli: “Sono stata precoce in tutto e ora mi sento in ritardo, è meglio che non mi prendano come esempio, ne basta una come me in famiglia”.

La famiglia del marito - padre, madre e una sorella - rappresenta per Monica la famiglia sostitutiva alla propria, ma spesso sente la loro alleanza col marito e non con lei.

Riferisce di aver paura di perdere tutti se deciderà di separarsi. Teme che i famigliari del marito siano così amorevoli con lei solo per tenerla buona. In molte occasioni emerge l’ambivalenza di Monica nei confronti delle persone che sente importanti e significative. La sua tendenza a cercare relazioni e a distruggerle prima che gli altri lo facciano al posto suo.

Durante gli ultimi incontri del primo trimestre ho lavorato particolarmente sull’ambivalenza che provava anche nei miei confronti e nel lavoro che avremo fatto insieme. Per attenuare la sensazione di abbandono che temevo provasse sapendo che il contratto scadeva dopo tre mesi, ho iniziato a parlare della conclusione del trimestre allo scadere del secondo mese, cercando di capire quali fossero le sue aspettative e le sue paure rispetto alla possibilità di diminuire gli incontri, interromperli o continuare con la stessa modalità.

Ogni mio avvicinamento alla possibilità di continuare o separarci si è tradotto nel parlare del suo desiderio di separazione dal marito o dell’impossibilità di farsi amare dal padre.

Monica è sempre stata adeguata e sintonica nella relazione, collaborativa ma spesso seduttiva e manipolatoria. Non ho sentito empatia ma solo compiacenza, un relazionarsi a me in modo adesivo, cercando di essere la paziente perfetta.

Durante questi primi tre mesi non ha saltato nemmeno un incontro, si è sempre presentata puntuale agli appuntamenti, curata nell’aspetto. Ha spesso reagito con rabbia ai miei tentativi di tenerla a contatto con la sofferenza, recuperando poi il rapporto, idealizzandolo e descrivendo me e la terapia come l’unica salvezza rimastale.

Questo ha sortito in me un senso di responsabilità enorme, la sensazione di dover sopperire ai vuoti affettivi della sua vita. Ho sentito Monica come una bambina sola e spaventata scaraventata nel mondo degli adulti, con le regole degli adulti, senza nessun riferimento interno ed esterno in grado di sostenerla.

Quaderni di Gruppoanalisi

Percorso successivo alla fase di valutazione

Al termine di questo periodo (fine marzo 2003), concordo con il medico di continuare il percorso con Monica settimanalmente e ne discuto con la paziente nelle ultime tre sedute. Monica accetta con entusiasmo, esprime nuovamente il timore che prova a essere abbandonata anche da me.

Non si presenta ai successivi due incontri. Contatto Monica telefonicamente e si scusa dicendo di non essere stata molto bene fisicamente. Tra il mese di aprile e la fine di luglio incontro Monica solo quattro volte. La modalità di Monica è di saltare 2-3 appuntamenti telefonando il giorno stesso dell'incontro e dicendo che non riuscirà ad esserci per svariati motivi: problemi fisici, visite specialistiche, ecc.

Si presenta all'unico appuntamento di giugno per comunicare l'avvenuta separazione dal marito. Nel colloquio di luglio (ultimo incontro prima delle vacanze estive), comunica di aver trovato lavoro in un bar e di essere tornata a casa dal padre. Questa volta sono io a separarmi da lei e le comunico che ci rivedremo a settembre.

A settembre si presenta puntuale all'incontro fissato alla fine di luglio. In realtà incontro Monica due volte. Appare triste e apatica, ha perso il lavoro e non sopporta la convivenza col padre. Non si presenta agli incontri successivi e con il medico concordiamo di non contattarla.

Monica telefona al servizio l'11 marzo 2004 e chiede con urgenza un incontro. La incontro il 18 marzo. È agitata, spaventata, preoccupata e si sente in colpa per come è scomparsa nel nulla. Ha una relazione con un uomo sposato che ha 20 anni più di lei. Teme che lui non si separerà mai dalla moglie. Riporto l'attenzione di Monica su di noi e sul nostro "esserci separate", sul timore che io non la "ri-accolga" così come spesso ha fatto il papà. Monica reagisce al mio riportarla alla nostra relazione raccontando come un fiume in piena le sue difficoltà sentimentali ed esce dicendo di sentirsi molto meglio, che i nostri incontri le sono mancati moltissimo e di essere felice perché non l'ho mandata via, nonostante lei sia stata "cattiva" con me.

Non si presenta ai successivi due incontri. La incontro ancora una volta ad aprile e una a maggio. Ricontatta il servizio a settembre e chiede un incontro. A questo punto chiedo un parere al medico, che non vede Monica dai primi incontri fatti con lei. Mi suggerisce di lasciarla fare e vedere cosa accade. Incontro Monica il 9 settembre. Si presenta accompagnata dall'attuale fidanzato e, dopo avermelo presentato, mi chiede se può entrare anche lui nella stanza. Le dico di no. Entriamo e le dico che deve essere proprio difficile per lei presentarsi dopo così tanto tempo senza pensare che io sia

molto arrabbiata con lei, al punto da doversi far accompagnare dal fidanzato. Risponde di sentirsi molto in colpa, io sono così gentile con lei e lei non fa altro che approfittarne. Inoltre è angosciata per l'avvenuta separazione del compagno e tutte le difficoltà che la famiglia di lui sta creando nella loro vita.

Attualmente lui vive con lei a casa del padre. **Separazioni e abbandoni sembrano proprio accompagnarla continuamente e mi chiedo quanta sia l'angoscia che prova ogni volta che tenta di entrare in relazione con qualcuno, anche con me.**

Per questo motivo decido di proporle un percorso diverso. Le sedute individuali non sembrano darle la possibilità di favorire un cambiamento, anche se in qualche modo sento che il contatto che si è creato tra noi tiene, lei torna regolarmente a cercarmi ogni volta che le difficoltà la sopraffanno. **Le propongo di entrare nel gruppo che sto organizzando nel Servizio e la incontro altre due volte per parlarne.** In uno di questi due incontri mi comunica che hanno trovato una casa, vivono insieme, ed è felice. Nel secondo incontro è distrutta, hanno avuto un litigio violento a causa dell'ex moglie: "Continua a rispondere alle sue telefonate e messaggi come se io non ci fossi. Ho perso la pazienza e ho fatto una scenata, così me le sono prese. **Sono stufo di prendermele, ma non so dove andare, se avessi una mamma lei sì che si occuperebbe di me**".

Inizialmente è molto spaventata all'idea di partecipare al gruppo, non sa bene come si sentirà con altre persone e teme di essere un problema per gli altri. Accetta comunque la proposta del gruppo.

Il gruppo di cui sono conduttrice ha inizio il 5 ottobre 2004: è composto da Monica, altre due ragazze e due ragazzi, con tutti loro ho fatto un percorso individuale precedente il gruppo. L'età è compresa tra i 22 e i 31 anni e degli altri quattro membri del gruppo, tre presentano disturbi a carattere nevrotico, mentre la quarta ha un disturbo di personalità che non sono ancora riuscita bene a capire dove si colloca. Gli incontri sono a cadenza settimanale, è un gruppo a termine, gli incontri finiranno a luglio 2005. Sono possibili nuovi inserimenti entro la fine del mese di gennaio.

Monica non si presenta ai primi sei incontri e la sua sedia rimane vuota. Mi contatta regolarmente attraverso sms per segnalare l'impossibilità a partecipare al gruppo, per motivi di lavoro. Si presenta per la prima volta il 30 novembre, ci sarà anche all'incontro successivo. Salterà l'ultimo prima delle vacanze di Natale. Va segnalato che negli ultimi incontri prima delle feste ho dovuto dire al gruppo che da gennaio avremmo cambiato il giorno

Quaderni di Gruppoanalisi

degli incontri da martedì al mercoledì per motivi di servizio (non avrei più avuto la stanza a disposizione il martedì). Durante il primo incontro a cui ha partecipato, Monica ha raccontato della sua relazione e, piangendo, ha portato nel gruppo la propria solitudine e sofferenza.

A gennaio ricevo una telefonata di Monica il giorno prima del primo incontro concordato dopo le feste. Mi chiede come mai non ci sia il gruppo e le spiego che il gruppo si incontra il mercoledì, quindi il giorno dopo, come concordato a dicembre. Mi dice che non potrà prendere un giorno di permesso anche il giorno successivo e che ci vedremo la prossima settimana.

Ricevo un suo sms la settimana successiva al secondo incontro del gruppo. La chiamo e mi dice che non verrà più, che sta troppo male e non se la sente di rovinare tutto il gruppo. Le dico che lei fa parte del gruppo e se vuole può venire a salutare gli altri membri. Mi risponde che il gruppo ha bisogno di me e non di lei, ma che se riuscirà verrà a salutare gli altri. Non si presenta più agli incontri e non mi contatta più telefonicamente.

Seduta di gruppo (dicembre /04)

Saluto i presenti e rilevo l'assenza di Max e Guido. Entrambi hanno avvisato che oggi non sarebbero stati presenti all'incontro. Tiziana dice di essere stata presa al servizio civile in una comunità per madri/bambini. Dichiara di essere un po' preoccupata perché ha molti impegni e spera di poter mantenere questo con il gruppo. Monica lavorerà molto come sempre e resterà a casa solo il giorno di Natale. Daniela non ha programmi e pensa di non spostarsi per le vacanze. Tiziana esprime l'idea di non voler tornare a casa in Liguria e di voler trascorrere il Natale da sola. Dice di essere tornata a casa dai suoi nel fine settimana e di essere stata male come sempre e di aver per questo bisogno di un po' di tempo prima di ritornare. Dice che il Natale le fa molta paura. Pensa che forse lei se ne starebbe meglio a Torino, ma sa anche che la madre ci tiene molto ad averla a casa per il Natale. In ogni caso dice di essere consapevole del fatto che i suoi sensi di colpa la riporterebbero subito dalla madre. Racconta che l'ultima volta a casa c'era anche il fratello, il quale dopo aver bevuto "ne ha combinate tante" e ha vomitato tra le lenzuola. Rientrata a Torino, il fratello le ha telefonato scusandosi con lei perché la madre, in quei giorni trascorsi insieme aveva pensato che fosse lei la causa di tutto. Il fratello le ha confidato che quando Tiziana è a casa lui si "concede" di più, si concede di poter star male. Tiziana afferma di sentirsi spaventata, per lei questo è il periodo in cui si sentono di più i lutti, le assenze e la malattia. Dice di avere uno zio malato da circa 8 anni (affetto da una malat-

tia degenerativa) e di essersi resa conto che il suo star male è strettamente connesso a “quel” vissuto familiare. Quando va a casa (d’origine) non riesce a fare niente, neanche alzarsi dal letto. La gente che “passa per casa” dice di lei che sa solo dormire: così la madre ha preso l’abitudine a chiamarla “ferro vecchio” e lei non sa difendersi.

Daniela dice di capire molto Tiziana, di conoscere quelle sensazioni; la voglia di allontanarsi e poi il senso di colpa che la porta a “stare lì”. Di come a volte prevalga l’una e a volte l’altra. Esprime l’idea che è preferibile non avere sensi di colpa, che bisognerebbe essere più egoisti.

Monica si inserisce, in modo dirompente, dicendo: **“Si dice che i sensi di colpa sono quelli che uccidono di più!”** Tiziana fa sapere che per lei è un dispiacere che le cose vadano così. Monica domanda a Tiziana se vive a Torino. Tiziana le risponde in modo affermativo, poi aggiunge che la critica che da casa le viene mossa, rispetto alle cose che lì accadono, è quella che lei non può capire perché è lontana, non se ne occupa, se ne frega.

A questo punto Monica riferisce, rivolgendosi a Tiziana con tono deciso, che **“è da vedere se lei deve effettivamente capire!”** e le domanda se ha dei figli lì. Tiziana risponde di no e Monica le dice **“Allora che te ne importa? Non è colpa tua!”**. Subito dopo le riformula la stessa domanda: **“Hai dei figli?”**. Tiziana risponde nuovamente di no e aggiunge che il padre è morto e la madre le dice che è colpa sua se non si è “fatta un’altra vita”. Monica esprime l’idea che invece è colpa di sua madre se non se l’è voluta rifare e che è sicuramente una donna all’antica.

Mi inserisco dicendo che nel gruppo sta circolando una certa rabbia e che questa rabbia va in molte direzioni diverse. Forse ha anche a che fare con il gruppo stesso o con l’imminente separazione per le feste natalizie. Si parla di persone (genitori) che non si fanno abbastanza carico dei figli o che chiedono troppo.

Daniela sostiene di non provare rabbia verso i presenti. Spesso si ritrova a fare delle cose e a chiedersi subito dopo se sono giuste o sbagliate. Non riesce a comprendere se è lei che “accusa troppo”. Aggiunge che le cose che il padre le dice “giungono sempre in profondità”. Lei si svaluta perché i messaggi del padre nei suoi confronti sono svalutativi. Alla fine le fanno pensare di essere effettivamente una “schifezza” e per questo lui è “ingrato”.

Aggiungo che sembra essere difficile arrabbiarsi con le persone a cui si tiene per il timore che queste diventino crudeli e ci voltino le spalle. Daniela continua dicendo che quando ci si sente soli è più facile sentirsi veramente sbagliati. Afferma di avvertire molto la solitudine, le viene così la voglia di

Quaderni di Gruppoanalisi

andare dove c'è calore ma lì, sostiene che “è come aprire una porta dove pensi di trovare delle cose belle invece non le trovi”.

Sto cercando di riportare il gruppo al conflitto che si è appena verificato tra Monica e Tiziana, sento che Daniela si sta facendo carico della tensione appena circolata; mi inserisco ancora per dire che anche nei luoghi più intimi e familiari spesso ci sono conflitti così come nel gruppo, poco fa, Monica ha...

Tiziana interrompe e afferma di aver sentito Monica molto aggressiva. Monica dice che Tiziana non è l'unica persona a percepirla in questo modo. Poi precisa che la sua aggressività era rivolta alle cose dette che le hanno suscitato rabbia.

Nello specifico le parole scatenanti sono state quel modo di dire: “È colpa tua!”. Confida di non voler più raccogliere quelle “poche briciole” che il padre le ha dato. Tiziana dice che la propria difficoltà è di mettere insieme le diverse immagini che ha di sé.

Aggiungo che in certi momenti è difficile sentire emozioni contrastanti, la rabbia e la tristezza, i sensi di colpa, con la voglia di scappare via. Tiziana piange e non riesce a parlare. Dopo un breve silenzio racconta che la madre sostiene che le persone che stanno male non sono grasse ma magre. Per Tiziana è come se la madre le dicesse che è grassa, ed è come se, per dimostrarle di non star male, dovesse mangiare. Infatti, subito dopo averle detto queste cose, la madre va in cucina a prepararle il suo “cibo” preferito e glielo “offre”. Tiziana sente di non riuscire a mettere insieme le immagini diverse come quella “colpevole”, “non all'altezza delle situazioni” e l'altra caricata di immenso valore.

Inizialmente pensava che la sua sofferenza fosse dovuta al rapporto che aveva con gli uomini, invece in seguito ha compreso che è una conseguenza del rapporto che ha con la madre. Reagisce a tutto questo con degli sbalzi d'umore. Riferisce inoltre che la madre è una persona “particolare” e molto “significativa” per lei. A Monica sembra che Tiziana ami e allo stesso tempo odi sua madre e le chiede conferma. Tiziana le risponde di non saperlo e fa sapere che l'intervento di prima di Monica è stato sentito da lei in modo molto “tagliante”. In questo periodo si sente molto “confusa” e afferma di sentirsi “ferma”.

Aggiungo che stare “fermi” non sempre significa non fare niente. Forse significa restare in contatto con parti di sé sofferenti e altri, a contatto con questa sofferenza, contattano la propria. Oggi nel gruppo circolano rabbia, solitudine, tristezza e angoscia e queste emozioni hanno forse a che fare con la consapevolezza di doversi allontanare dal gruppo per un lungo periodo.

Come Monica, che non ha più voglia di raccogliere solo le briciole. A questo punto Monica afferma di **“far solo danni quando parla!”** quello che voleva dire a Tiziana era di “fregarsene” e di fare la propria vita. Poi esprime l’idea che più che a Tiziana le cose dette erano rivolte a se stessa. Tiziana fa sapere che non vuole “fregarsene”, anzi.

Dico che nessuna di loro vuole fregarsene, anzi, quello che sta circolando nel gruppo ha a che fare con il contrario, con l’importanza che ognuna di loro dà agli altri membri del gruppo. Per Daniela ci sono persone che vivono bene, riescono ad “andar via” a “distaccarsi” e a vivere una vita più serena. Tiziana si domanda com’è possibile “rimediare”, come può “pensare di valere!”. Riferisce di dire a se stessa: “Io valgo” e di crederci anche, ma di non averlo mai fatto proprio fino in fondo. Sente di avere dentro di sé due immagini diverse di se stessa e si domanda come possa fare per metterle insieme.

Dico che nel gruppo si può dar voce a tutti questi aspetti, parti che sono dentro ognuno di noi e che magari hanno avuto pochi spazi in altri contesti, che si è in questo spazio per prendersi cura di tutti questi aspetti. Tiziana afferma di desiderare che il cambiamento avvenga dentro di lei e non negli altri. Poi domanda a Monica se condivide la sua idea. Monica le risponde ancora una volta che deve “fregarsene”, che non è detto che la madre abbia ragione. Tiziana risponde che non le importa sapere se la madre abbia ragione o meno, ma il perché la fa stare così male. Per Tiziana la madre ha due immagini diverse di lei. **“Ogni tanto ti accusa e ogni tanto ti ama”** le suggerisce Monica. Tiziana sostiene che non se la sente di dire che è colpa di sua madre, ma vorrebbe cambiare qualcosa dentro di sé. Afferma poi che tutti abbiamo un valore, il suo vacilla, non riesce a sentirlo; l’atmosfera sta diventando rovente e il tempo della seduta è terminato.

Concludo dicendo che ci si sta interrogando su quanto si possa dire e non dire, all’interno del gruppo, alla mamma-terapeuta, una mamma che ama quando c’è e che diventa cattiva quando si allontana. Una mamma che si prende cura anche degli altri fratellini e sorelline, alcuni presenti, altri assenti ma con i quali ci si trova a dividere le attenzioni. Il prossimo incontro sarà l’ultimo prima delle vacanze natalizie, ci rivedremo a gennaio in un giorno diverso dal solito martedì; oggi mancano due persone, è il secondo incontro a cui partecipa una nuova persona, Monica. Il gruppo è attraversato da tutti questi cambiamenti, dal conflitto che essi generano dentro ogni membro del gruppo e si muove tra il desiderio di allontanarsi e il bisogno di restare. Avremo modo di continuare la prossima settimana.

Monica non è più venuta dopo questa stupenda seduta di gruppo.

Quaderni di Gruppoanalisi

Dott.ssa Bosi: È stato difficile riuscire a sintetizzare un percorso così, avevo paura di non riuscire a metter tutto e di mettere poco.

Dott. Visintini: Molto chiaro e direi anche molto sentito. Avete domande? Tu vorresti precisare qualcosa?

Dott.ssa Bosi: **L'unica precisazione che vorrei fare è che mi sono sentita in questi anni e mi sento tuttora molto sola a seguire questo caso.** In realtà ho vissuto un po' il medico e il suo non veder più la paziente, per tutta una serie di ragioni che probabilmente lui riteneva valide, un po' come uno "scaricarmi" la paziente. Una volta ho chiesto aiuto e mi sono sentita dire: "No, no, lasciala andare, se non torna lasciala andare". E io su questo lasciala andare ho sempre avuto un po' di perplessità. Poi, in realtà, ho visto che lei è sempre tornata e questo mi ha un po' rassicurata. Però adesso l'ho di nuovo persa; adesso è diverso, adesso è in gruppo e non è più in individuale, per cui adesso non so più cosa fare. Ho tentato, quando mi ha detto che non sarebbe più venuta, di dirle di venire ancora una volta solo per comunicare al gruppo che non sarebbe più venuta. Per cui il dubbio adesso è cosa fare, perché sono in difficoltà e molto indecisa su cosa fare. Se cercarla, non cercarla, su come ho impostato le cose; la scelta del gruppo, ad esempio, è stata una scelta sensata o potevo evitarla? Mi sono accordata con la mia tutor ovviamente, ma quando ho visto che Monica non è venuta per un bel po', è venuta due volte ed è sparita, mi sono chiesta se è stato sensato: non pensavo emergesse un conflitto così forte con quest'altra ragazza, che fino a quel momento era stata molto diversa.

Appena è entrata Monica nel gruppo è saltata proprio. Ha scombinato tutto il gruppo, e allora mi sono fatta un po' di domande su come mi sono mossa io. Forse, visto che ha saltato sei sedute dovevo magari vederla prima individualmente e dirle: "Vediamo qualcos'altro, continuiamo in individuale piuttosto". Potevo leggere le sue assenze come un segnale più chiaro di quello che stava succedendo; in realtà ha contato anche molto la voglia di partire con questo gruppo; poi vedevo davvero il gruppo come una risorsa per Monica, perché le relazioni sono sempre difficilissime per lei, e per chi entra in contatto con lei. Ho pensato che magari il gruppo potesse essere una buona occasione, corretta, per sperimentare la relazione in un altro modo, con più persone, con uomini e donne. Monica è venuta due volte in cui i ragazzi non c'erano e questo probabilmente è stato significativo. Mi è entrata dentro in un modo spaventoso questa ragazza, al punto tale che nel primo anno in cui io la seguivo e lei era senza lavoro, non riusciva ad andar via, avevo addirittura fatto il pensiero di iniziare a vedere se riuscivo a darle una

mano per trovarle un lavoro. Me la sentivo come la bambina da prendere in braccio e proteggere perché nessuno la stava proteggendo. Mi ha attivato proprio un senso di protezione fortissimo. Ho anche avuto la sensazione di farmi un po' fregare, i primi tre mesi è stata in relazione, appiccicata, poi appena abbiamo modificato qualcosa... è partita

Dott. Visintini: Che cosa si era modificato?

Dott.ssa Bosi: Io le ho detto che continuavamo a vederci senza darle un termine preciso. Il contratto è stato questo: nei primi tre mesi c'era un termine molto preciso, dopo no, cioè le ho detto che ci saremmo prese il tempo che ci serviva. E questo è forse stato un elemento che le ha fatto abbandonare e che io non ho colto subito, bensì dopo un sacco di tempo.

Dott. Visintini: Perché questo può in qualche modo sconvolgere la paziente?

Dott.ssa Bosi: Forse le è venuto a mancare un po' il contenitore che prima era abbastanza preciso, aveva dei tempi, aveva un inizio e una fine. Ho pensato che un gruppo, essendoci un inizio e una fine, potesse essere per Monica il ritorno a una situazione più rassicurante. Ho proprio avuto la sensazione che questo vuoto del tempo l'abbia spaventata. E poi non lo so.

Mi sono chiesta molte volte e non sono ancora riuscita a darvi una risposta su cos'è che non ha funzionato. Oltre ai problemi che lei ha, che cosa in me non ha funzionato? Perché l'ho tenuta così a stretto contatto per tre mesi e poi più niente? L'unica cosa che mi viene in mente è questa: **la questione del tempo. E forse non sono stata abbastanza interpretativa.** Sentendo le cose che dicevamo questa mattina, forse avrei dovuto effettivamente, dopo i primi salti di seduta, lavorare su quello che stava succedendo in modo più incisivo.

Dott. Visintini: I colleghi di Barbara che cosa pensano? Visto che in maniera così umana si è prestata...

Intervento: La dott.ssa Bosi si stava chiedendo come mai per i primi tre mesi la paziente è stata così ben agganciata e poi, cambiando il tipo di contratto e non essendoci poi più un termine temporale, ha cominciato a saltare sedute. La dott.ssa Bosi ha detto che Monica: "Sembrava proprio la paziente ideale". Forse la terapeuta aveva intuito che questo suo rispettare molto i tempi, il patto che avevate stabilito insieme, non era tutta Monica, non era completamente autentico.

Dott.ssa Bosi: In base al Rorschach che avevo fatto inizialmente, alla prima ipotesi che avevo in mente, mi aspettavo una situazione difficilissima da gestire; invece, i primi tre mesi sono stati bellissimi, Monica ha raccontato tutta la sua vita, è stata molto collaborativa, molto seduttiva anche, e mani-

Quaderni di Gruppoanalisi

polatoria. Mi sono detta: “Che brava che sono! Con una diagnosi così, l’ho agganciata proprio bene!” Trascorsi i tre mesi, Monica mi ha veramente distrutta.

Dott. Visintini: Cerchiamo una parola chiave nella storia della paziente.

Quale potrebbe essere una parola che descrive la vita di Monica, che potrebbe fare un po’ da comune denominatore a tutto il resto e risolvere l’equazione. Quale parola ti viene in mente?

Dott.ssa Bosi: Abbandono.

Dott. Visintini: Abbandono!

Dott.ssa Bosi: Abbandono subito e agito. Monica è proprio una persona che mette in atto tutti gli abbandoni che ha vissuto: sta in una relazione fino a quando la relazione non è così sicura e quando la relazione si consolida un po’ la butta via, è come se abbandonasse prima di instaurare un rapporto.

Dott. Visintini: Io pensavo una cosa abbastanza simile, però mi veniva in mente la parola **tradimento**. La paziente, a proposito della morte della madre, parla proprio di abbandono- tradimento. Il comune denominatore nella sua storia è questo tradimento legato all’abbandono, cioè ogni volta che viene sedotta è abbandonata. Inoltre, Monica non ha mai un luogo, non ha un posto; quando dormiva sulla poltrona nell’entrata di casa sua, quando doveva assistere ai divertimenti del padre, era assolutamente precaria, casuale, anche i suoi luoghi sono stati assolutamente casuali. In questa prospettiva abbiamo: **abbandono, tradimento, casualità. Dobbiamo fare riferimento alle parole chiave della storia dei pazienti perché poi noi con loro, costruiamo un rapporto che dovrebbe essere diverso.** Nel rapporto terapeutico non dovrebbero entrare l’abbandono, il tradimento, la casualità: il setting, il rapporto continuativo nel tempo e la presenza devono diventare una sorta di garanzia. Certo, anche noi possiamo morire; la madre di Monica è morta e non l’ha fatto apposta, però per un bimbo la mamma è cattiva quando si permette il lusso di morire e mollarlo lì da solo.

C’è poi un altro elemento importante che rende Monica una paziente con un’organizzazione sicuramente molto border: **sia la madre sia il padre non l’hanno mai vista.** Il sospetto per cui Monica parla di tradimento da parte della madre, la fantasia – magari realistica – che la madre l’abbia salutata prima di suicidarsi riguardano una madre che, comunque, uscendo tutte le sere, lasciandola sempre lì, si occupava molto di se stessa, delle proprie angosce, delle proprie insicurezze, della propria vita e non era in grado di dedicarne parte alla figlia.

Il padre, in modo estremamente narcisistico, sembra fare esattamente la stessa cosa, non riesce assolutamente a dedicarsi a lei.

Monica dice: **“Per mio padre conta solo lui e i suoi porci comodi, io sono una serva per lui, quando non gli servo è come se non ci fossi”**; questo mi pare esemplificativo di ciò che dicevamo, a proposito di questi bambini non visti, non degni di sguardo; c'è questo elemento importante, che ci fa pensare a una specie di sabotaggio di cui oggi si è parlato molto, che è: “Arrivato a un certo punto voglio farmi odiare, faccio di tutto per istigare e la gente si rompe e mi molla”. In effetti, tu ti eri già affezionata molto a lei ed è probabile che la paziente abbia sentito il tuo coinvolgimento

Da una parte era ciò che Monica aveva bisogno di sentire, dall'altra parte non c'era per nulla abituata. **Questi pazienti hanno bisogno di sentire una parte calda, genitoriale che li accudisce o che li ascolta o che li guarda con l'osservazione di un soggetto intenzionale, qualcuno che ha la sua mente, il suo modo di fare, ecc.** Tu lo stavi facendo: eri un genitore che vedeva le intenzionalità o le autonomie, i fantasmi, le fantasie che questa bambina, Monica, ti ha portato per un po' di mesi.

Tu evidentemente ti sei coinvolta molto, perché ti sembrava quasi strano essere la prima persona con cui questa persona nella vita riusciva a empatizzare così tanto e a portare così tanto se stessa, nelle sedute individuali. Il problema è che a un certo punto forse c'è stato un **tradimento**. A un certo punto irrompe nella scena il gruppo. E il passaggio si è fatto in qualche modo difficile. Irrompe nella scena il gruppo e poi c'è un altro elemento molto importante - che succede molto nelle istituzioni -: **vi siete sentite molto sole**; secondo me, eravate voi due: lei non aveva nessun altro che te e tu non avevi nessun altro che lei, perché il medico comunque era via; insomma, non c'era un setting istituzionale - io lo chiamo “a cipolla” - e c'era una sorta di vuoto. È come se intorno a voi, via via, si fosse costituito, in modo assolutamente incalcolabile e ingestibile, un deserto. Poi, a un certo punto, all'interno di questa istituzione, porti il gruppo con una serie di altre dinamiche: il problema è stato **il passaggio da te al gruppo**. La paziente, con le sue assenze, con il suo esserci e non esserci, probabilmente aveva deposto lì con te qualcosa di molto importante, con cui lei prendeva contatto parzialmente e a piccole dosi, a piccole briciole; a un certo punto, si nomina la partecipazione al gruppo, in cui poteva prendere solo quando il gruppo, non tu, glielo permetteva.

Questo mi ha fatto pensare a una mia paziente che tutte le volte che le sedute erano molto intense, non tornava più per un po'; a un certo punto, a mo' di

Quaderni di Gruppoanalisi

termometro, misuravamo, quasi scherzando, quanto era stata importante quella seduta dal numero di sedute saltate. Tante più ne saltava, tanto più aveva avuto bisogno di giorni, settimane per metabolizzare. Monica, probabilmente “a elastico”, metabolizzava con la distanza, **creava la distanza affettivo-relazionale saltando la seduta; quindi, in realtà, non tradiva il setting, lo conservava**, ma lo sopportava come poteva, perché in effetti quando si abbuffava poi vomitava. C'è un vuoto pneumatico angosciantissimo dentro questi pazienti, tuttavia, se lo riempiamo troppo e di colpo, il paziente non riesce a digerire a sufficienza e ha bisogno di vomitare da qualche parte tutto lo spessore emotivo che entra, oppure di digerirlo con lentezza. In questo senso quindi, secondo me, le assenze potevano essere viste come cose buone, mentre, nella logica delle istituzioni, l'assenza rischia di essere il contrario: “La paziente occupa uno spazio ambulatoriale, come mai non viene? Vedi che non capisce quello che le diciamo? Manipola l'ASL piuttosto che l'infermiere...”. **Narcisisticamente l'istituzione immediatamente interpreta questo come un attacco e una svalutazione grave.**

Invece, può essere che la paziente, poveretta, provi a digerire come può: ha uno stomaco fragile per certi versi, perché di botte ne ha prese tante; chissà quanto ha dovuto digerire sentendo i versi del padre, trovandosi da sola, non avendo un posto. Se parliamo di sensazioni forti e traumatiche - uso la parola sensazione perché l'abbiamo usata stamattina - lei di queste sensazioni ne ha prese tantissime e, purtroppo, quando le sensazioni sono molto forti, non si riesce più a capire bene se sono piacevoli o spiacevoli, buone o cattive; sono soprattutto traumatiche, sono cioè a forte impatto emotivo e il forte impatto emotivo automaticamente diventa difficilmente gestibile. Non importa se quello che tu le hai dato è buono, per lei può essere buono sì, come per un diabetico è buonissima la torta che può ammazzarlo. **È fondamentale capire l'intensità prima della qualità della relazione.** E l'intensità della relazione per lei evidentemente era molto alta e la misurava in questi termini. Forse l'istituzione non è stata in grado di tollerare, narcisisticamente e onnipotentemente, le sue prese di distanza e in questo ti ha un po' minato - sto pensando a voce alta -, ma ho un po' la sensazione che l'istituzione si sia offesa narcisisticamente e onnipotentemente: “Con tutto quello che ti do: la terapeuta che ti segue e che si affeziona a te, ti abbiamo seguito, ecc. e tu, invece, te ne vai, vieni quando vuoi, cosa pensi che questo sia un albergo?”

Dott.ssa Gentinetta: “E il passo dopo è: “Adesso metto di mezzo il gruppo così impari!”

Dott. Visintini: Esattamente! “Adesso inizi a stare lì, tutti insieme...”. Secondo me, la paziente non aveva ancora sentito la solidità del rapporto con te, perché tu, in qualche modo, avresti dovuto fare da tramite. Sei assunta all’ASL?

Dott.ssa Bosi: No.

Dott. Visintini: Pensiamo anche nei termini di realtà istituzionale: c’è un aspetto anche sadico da parte dell’istituzione che lascia sola una persona che non è neanche nell’organico, una giovane che si fa le ossa, nella sua relazione molto empatica col paziente. L’istituzione ti permette di formare un gruppo e poi tu e la paziente cadete in questo gruppo, dove, ovviamente, si alternano momenti emotivamente ad alto spessore. Tu ti trovi a gestire il primo gruppo della vita, e contemporaneamente questa paziente, anche lei alla sua prima esperienza di gruppo.

Mi rendo conto che è molto difficile, ma dovremmo avere il coraggio di pretendere di non avere attorno il deserto istituzionale. Dovremmo anche aiutare l’istituzione a capire che certi atteggiamenti del paziente, certe prese di distanza non sono altro che segnali da leggere secondo un’altra logica e un alfabeto diverso da quello troppo istituzionalizzato e narcisistico.

L’altro aspetto importante è che possiamo modulare un po’ di più questi passaggi, ad esempio dall’individuale al gruppo: sentire cosa ne pensa il paziente e attendere un lungo periodo, che può essere anche di un anno, per la preparazione all’ingresso in gruppo. Il problema di questi pazienti è riuscire a entrare in gruppo; poi, se capiscono i meccanismi e dove potersi nascondere dentro al gruppo, ci stanno in qualche modo. Il problema è quando nel primo impatto non sanno bene dov’è l’angolo dove si possono nascondere e si sentono al centro della situazione, che a un narcisista piacerebbe un sacco, ma a loro no. Loro non sanno dietro quale tenda nascondersi e si sentono messi molto allo sbaraglio. Ora, perché non la chiami?

Dott.ssa Bosi: Non lo so...

Dott. Visintini: Gli altri del gruppo non ti chiedono niente?

Dott.ssa Bosi: Sì, proprio perché continua a esserci nel gruppo la sua sedia vuota, io non l’ho tolta perché l’ultima telefonata è stata: “Vengo, non vengo, forse vengo, la chiamo...”.

Dott. Visintini: Questi pazienti possono essere vissuti come anche un po’ odiosi, quasi facessero apposta a farsi odiare; la mettono anche in termini narcisistici, manipolatori, un po’ da sfruttamento, inducendo il terapeuta a pensare: “Ma insomma, mi prendi in giro, mi telefoni, non vieni, che cosa

Quaderni di Gruppoanalisi

fai?” Ti spingono a pensare male e questa è una cosa da cui il terapeuta si deve un po’ difendere.

Io tento sempre di vedere **se veramente c’è una sofferenza dietro a questa manipolazione**, perché probabilmente questo vengo-non vengo posto in un certo modo è espressione del loro enorme disagio: “Verrei perché mi piacerebbe stare con te, ma come si fa a stare con tutti i tuoi amanti che sono nel gruppo o con tutti gli altri fratellini che mi invadono lo spazio e così via? Come faccio a gestire tutta sta roba? Già è un casino gestire il rapporto con te... immaginiamoci il resto, che sono amanti che godono, sono persone che chiedono, sono altro”. In questo senso, Monica, anche sul piano proprio dell’esperienza, ha avuto un trauma proprio pesante.

Intervento: Stavo pensando a proposito della parola chiave, a un sinonimo della parola separazione, perché proprio il contratto iniziale del vostro rapporto, della terapeuta con Monica, si basa su un paradosso, quando lei arriva dicendo: “Aiutami a separarmi”. All’inizio, la paziente arriva raccontando di questo matrimonio, che sembra essere l’unica parte buona della sua vita perché almeno non le prende, non ci sono le amanti del marito, ecc., in cui lei, però, si sente in trappola; in questo matrimonio, ha anche una famiglia che sembra abbastanza buona, che però per lei è soffocante. Allora, giocavo un po’ sul piano simbolico, cioè mi chiedevo se i primi tre mesi della relazione terapeutica non siano stati anche per voi come il matrimonio con il marito, in cui la paziente ci ha provato a fare un po’ la buona moglie.

Dott. Visintini: Secondo me, questo è molto importante; aggiungerei, peraltro, che quello della famiglia che la obbliga a far qualcosa è il primo gruppo che la paziente esperisce.

Intervento: Tutte le relazioni significative per la paziente erano quelle in cui si faceva del male; in questa prospettiva, stavo prendendo alla lettera la richiesta della paziente “Aiutami a separarmi”, intesa nel senso di: “Aiutami a stare alla giusta distanza dalle persone: non troppo vicina, come faccio con mio padre o con mia madre, per cui poi me le prendo, mi faccio del male, mentre l’unica alternativa che conosco è scappare a gambe levate”.

La paziente con te ha continuato a giocare a misurare le distanze e ogni volta che tornava, te ne portava un pezzo proprio evolutivo; i primi passaggi sono stati questi e poi è degenerata, ma all’inizio è tornata e ti ha detto: “Guarda: mi sono separata”; la volta dopo: “Guarda: mi sono fidanzata con questo che pensavo non si separasse mai”. L’entrare nel gruppo è di nuovo un tradimento, dal momento che la paziente non è capace a collocarsi nella giusta distanza.

Dott. Visintini: **Una cosa che non riescono a fare i bimbi è scegliere: la**

scelta è la funzione più difficile. Penso che Monica abbia chiesto alla terapeuta non “Aiutami a separarmi” ma “Aiutami a scegliere”; la prima cosa che porta è: “Io non ho potuto scegliere mio marito, mi hanno obbligato a farlo, così come mi hanno obbligato ad ascoltare le amanti di mio padre e a sopportare la separazione da mia madre perché è morta”. Sono sempre obblighi e la paziente non ha mai scelto nulla, quindi non sa scegliere: si trova dentro relazioni emotivamente molto significative e gioca col ci sono-non ci sono per riuscire a modulare. Contemporaneamente, dovrebbe imparare a scegliere perché scegliendo valuta anche la distanza giusta. **La prima funzione per poter mettersi alla distanza giusta è quella di saper scegliere il significato che ha quella relazione, per poi decidere quanti metri o centimetri mettere tra uno e l’altro.**

Probabilmente quello che la paziente chiede è non tanto il potersi separare, perché la separazione avrebbe implicato automaticamente la scelta tra non voglio questo e voglio invece quest’altro, cioè non voglio questo marito, non voglio questo obbligo, vorrei una cosa diversa; poter scegliere anche solo per differenza,.

Questa funzione è estremamente adulta, considerando la storia traumatica molto pesante della paziente. Aggiungerei un altro elemento fondamentale: **l’assoluta mancanza di un’esperienza di capacità di elaborazione.**

Se i traumi sono anche molto potenti - lo sappiamo bene - l’elemento terapeutico è lo spazio per poterli elaborare. Tu oggi hai parlato di spazio insaturo, questa è una parola che a me piace tantissimo: uno spazio dove poter portare queste parti con qualcuno che ti aiuta a elaborare: scegli cosa portare, quanto portare, dove portarlo, lo spazio ti accoglie e a quel punto lo elabori e qualcuno ti aiuta a elaborarlo. Tutto questo però non le è permesso, sia perché lo spazio è saturo degli interessi e degli egoismi degli altri, sia perché la paziente non sapeva cosa portare e a chi portarlo perché non lo aveva mai portato, quindi non sapeva neanche scegliere come farlo.

Probabilmente il forte senso di inadeguatezza si sommava al forte senso di indegnità: indegna ma anche inadeguata, costantemente inadeguata. La paziente nel caso che ho portato io oggi era molto più stabile, perché si sentiva che questo almeno poteva costruirlo, perché probabilmente aveva avuto maggior stabilità all’interno della famiglia, aveva avuto un padre, una madre una sorella; tutto era molto più stabile e continuativo nel tempo, con una madre che apparentemente discuteva delle cose e ne parlava con le figlie.

Invece nel tuo caso, Monica non aveva avuto neanche quello spazio, cioè non c’era uno spazio, non c’era un luogo; la paziente parla della poltrona nel-

Quaderni di Gruppoanalisi

l'entrata di casa. Non c'era neanche un ascolto, neanche un orecchio. Secondo me, la richiesta è proprio questo elemento dell'"aiutami a scegliere" e, nel momento in cui Monica si trova nel gruppo, non ha ancora scelto, ci tenta per l'ennesima volta, perché tenta di esserti fedele. Sento, da come tu lo descrivi, che la paziente sta tentando di esserti fedele, ma non sa come fare perché non trova più lo spazio e il luogo per essere fedele con te in un qualcosa che può essere la scelta. Penso che Monica sia molto affezionata a te.

Dott.ssa Bosi: In una delle ultime sedute prima di iniziare con il gruppo, Monica mi aveva proprio detto che per lei io ero un po' la mamma che non aveva avuto. Per me è stata una cosa bellissima; ero anche terrorizzata perché sentivo molto la responsabilità, perché la vedevo davvero piccola e in mezzo a un mondo che non sapeva gestire. Monica continua a prendersi botte da tutti ed è una cosa che comunque mi spaventa. Quando parlava di separazione dal marito a me veniva in mente: "Sì, ma dove va? Torna dal padre? Se torna dal padre che cosa vive di nuovo? Poi scapperà dal padre e si aggrapperà al primo che passa", come infatti è successo.

Dott. Visintini: Dobbiamo imparare a pensare con questi pazienti che può succedere di tutto. Secondo me, seguendo un po' Otto Kernberg, potremmo anche pensare che qualcosina glielo dovevi dire prima: lui direbbe che manca l'elemento interpretativo su ciò che è la vostra relazione e su ciò che sono le sue assenze.

Dare un significato a ciò che sono le sue assenze è molto importante, perché escano dall'essere assenze per cattiveria, lavorare un po' con lei sul concetto che quell'assenza deve avere un senso diverso dall'essere solo lei che non si attiene alle regole. Lasciarla così sembra solo pigrizia, maltrattamento della seduta, superficialità, c'è dietro molto giudizio e si potrebbe venirne fuori se iniziamo a dare a queste assenze un senso, parlandone con lei, sul fatto che **tu hai bisogno di chiarire il senso di queste assenze** e quindi iniziare a proporle i significati che hai in mente. Le assenze nella vita di Monica sono tante: sono state quella di sua madre, anche se io non porterei immediatamente quella; Monica sta giocando l'assenza, il tradimento, la presenza come è stata abituata a fare e sicuramente vede elementi molto rischiosi nell'affezionarsi a qualcuno, **perché nella sua esperienza affezionarsi a qualcuno vuol dire legarsi a un oggetto sadico che poi ti prende, ti sbatte dalla finestra come vuole lui, così come ha fatto il padre e così come si è permessa di fare in un certo senso la madre, andandosi a suicidare.**

Monica ha pensato e pensa a una madre che non si affezionerà e che non

può affezionarsi a lei, perché pensa prima a se stessa; può pensare che tu faccia o che tu possa fare esattamente la stessa cosa con lei. In effetti lo hai fatto, perché l'hai messa nel gruppo, hai pensato al tuo bisogno di creare il gruppo e al bisogno dell'istituzione di creare il tuo gruppo; così come la madre e il padre, tu ti sei fatta i tuoi amanti davanti a lei; quindi, immediatamente, Monica è andata a interagire con la paziente del gruppo con cui ha sentito più sintonie negative.

In effetti, Monica può pensare "giustamente" che l'hai tradita, non l'hai coccolata abbastanza, non le hai chiesto il permesso per fare tutto questo, ecc. Allora è importante dare significato all'assenza, quando un rapporto troppo affettivo ed emotivo deve essere metabolizzato, perché altrimenti viene vomitato e se tu riempi la pancia e vomiti, quello che vomiti lo butti via; se, invece, usi il tempo per digerirlo magari lo fai tuo. Per non rischiare di vomitare se riceve troppo, Monica deve diluire nel tempo e quindi dirada le sedute. Adesso c'è anche il significato del gruppo che per lei è molto pesante.

Potrebbe essere necessario un periodo in cui lei ti vede individualmente e nel gruppo, proponendole un rapporto individuale, per riuscire a capire cosa sono le assenze, il significato che puoi dare alle assenze in termini di metabolizzazione, di difficoltà a digerire le cose troppo intense per lei. Perché quando siamo invasi da qualcosa non possiamo far altro che vomitare per certi versi: o ci prendiamo un alcalsetzer o vomitiamo, perché se non continuiamo a star male e non riusciamo a tollerare la situazione. Monica nella vita non ha più spazi per digerire qualcosa. A questo punto, probabilmente, il fatto di lavorare sia in gruppo che in individuale - so che molti possono essere un po' perplessi in questo senso - può essere una soluzione che ultimamente si usa moltissimo. Creare situazioni parallele in cui avere più spazio per metabolizzare, non delle sedute aggiuntive, ma degli spazi insaturi per digerire quello che sta avvenendo altrove. Si tratta di un'aggiunta di spazio, non c'è interpretazione ma disponibilità. Le sedute parallele possono servire proprio per ascoltare di più il paziente, in un momento in cui lui non riesce a trovare un ascolto all'interno del gruppo.

Dott.ssa Gentinetta: Mi chiedevo se, nella tua esperienza, sarebbe potuto essere diverso se quel gruppo fosse stato esperto e non un gruppo nuovo; se la paziente lo avesse trovato già un po' in grado di lavorare e quindi in parte anche arrabbiarsi un po' dove poteva e, d'altra parte, con una mente in grado di digerire, pre-digerire qualcosa. Ho l'impressione che lo scontro di Monica con Tiziana dipenda dal fatto che anche Tiziana ha bisogno di una psicoterapia individuale.

Quaderni di Gruppoanalisi

Dott. Visintini: Sono assolutamente d'accordo! Ci ho pensato anche io prima; essendo il suo primo gruppo, sicuramente l'avrei portata avanti in individuale, magari facendo partire il gruppo un po' più avanti se non c'erano i numeri per farlo partire subito; e avrei pensato Monica in un gruppo che ha almeno un anno, un anno e mezzo di lavoro. **Un gruppo non entra in sintonia, in una sufficiente esperienza di condivisione di lavoro di gruppo, di circolarità, prima di un anno, un anno e mezzo.** Assolutamente! Solo certi gruppi sono molto più rapidi in termini di condivisione, per esempio i gruppi su patologia organica, i gruppi omogenei di questo genere, dove ci sono elementi che cementano il gruppo immediatamente.

In un gruppo aperto, con varie problematiche, Monica ha bisogno di vari co-terapeuti. I pazienti che pian piano diventano co-terapeuti sono splendidi, quei pazienti che dopo un po' di anni, mentre tu terapeuta te ne stai bello zitto, fanno loro: uno insulta chi "deve" essere insultato, un altro non risponde perché sa che non dovrebbe rispondere [risata dal pubblico].

Monica, dopo un po' che già non ti vede, entra nel gruppo e trova quell'altra. Questo succede anche perché l'istituzione desertifica lo spazio intorno a giovani terapeuti, che hanno invece un fortissimo bisogno di avere tutta una serie di rapporti laterali, paralleli e di condivisione. Forse quella sedia va messa in una stanza dove si parla ancora, spiegandolo al gruppo.

Dott.ssa Fornero: A proposito della questione della scelta, consideravo come Monica, che ha importantissime difficoltà psicoevolutive, in un percorso individuale potesse forse costruire quel tanto di conoscenza di sé che è prerequisite necessario al processo di scelta. Penso che tale conoscenza possa essere costruita proprio attraverso modalità chiarificatrici di ciò che accade man mano nella relazione terapeutica e che non deve per forza essere interpretativo, bensì consentire al terapeuta di non entrare completamente nel gioco dell'altro e di proporgliene uno troppo lontano dal suo. Penso sarebbe interessante allargare un po' il discorso rispetto alla funzione riflessiva nei pazienti border.

Dott. Visintini: **Non c'è mai stata una funzione riflessiva in questi pazienti. C'è un'assenza totale di questa funzione, quindi sicuramente il paziente non ha idea né del proprio mondo interno, né, tanto meno, di ciò che può essere la relazione con l'altro.** Una paziente come Monica è totalmente *naive* in qualsiasi tipo di relazione. E la terapia ha proprio la funzione di costruire la prima relazione significativa, al cui interno possa svilupparsi una funzione riflessiva. La funzione riflessiva si costruisce nell'esperienza relazionale ed è una funzione fondamentale per la costruzione di una mente capace di pensare, dunque, via via, di integrare l'esperienza.

Monica sembra veramente un animalino che si difende come può, un cucciolo, ormai cresciuto anagraficamente ma che continua a sbandare in modo assolutamente casuale nella vita. Vive a caso in questo senso. E fa quello che può nel difendersi: diluendo le sedute, allontanandosi, proprio perché non c'è questa funzione riflessiva.

Probabilmente se chiedessimo alla paziente: "Ma perché tu non vieni in seduta?" darebbe spiegazioni banali: "Quel giorno non potevo... Dovevo far questo e quello...", come se non potesse che rimanere a un livello estremamente superficiale. La paziente non riesce a capire che ci può essere altro sotto. In questo senso, allora, il chiarimento e l'interpretazione di quello che avviene è molto utile, perché inizia a proporre un altro vertice di osservazione, un altro senso, un'altra faccia della stessa cosa.

Intervento: Pare una fortuna che questi pazienti non riescano a capire ciò che succede loro; è anche una difesa rispetto all'averne un padre e una madre del genere dei genitori di Monica. Per fortuna non capisco ciò che mi succede, perché se capisco che mio padre porta l'amante e fanno attività sessuale, la mia vita è molto drammatica.

Dott. Visintini: Sicuramente, se funzioniamo nei termini odio e rabbia questo può difendere molto: odiare è utile per separare e l'odio ha una funzione in questo senso assolutamente difensiva, come sicuramente la rabbia.

Intervento: Sembrava una relazione sado-masochistica quella di Monica con il padre.

Dott. Visintini: Secondo me la relazione sado-masochistica è già una relazione. Questa paziente è talmente casuale che cade nelle relazioni e se poi trova quello cattivo piglia legnate; se trova quello buono le fanno le carezze, ma perché passava di lì. Invece, la relazione sado-masochistica è già una strutturazione della relazione secondo certe funzioni, dove c'è una reciprocità, disfunzionale, patologica, ma una reciprocità.

Nelle relazioni originarie di Monica, invece, c'è casualità e quindi non c'è ancora la capacità di strutturare la relazione. **Questo è uno degli errori che abbiamo fatto in psicopatologia per tanto tempo: pensare che siccome il narcisista sa costruire una relazione, per esempio sado-masochistica, allora ha una maggior capacità relazionale.** In realtà, ciò che succede è che il narcisista struttura l'unica relazione che sa strutturare, ma che **non è una relazione**, perché in essa l'altro non c'è assolutamente, quindi anche il narcisista avrà una relazione che è di fatto una non relazione.

Il border cade dentro la relazione: questa ragazza border cade nella relazione e poi affoga, nuota, fa qualcosa, ma in modo assolutamente disperato.

Quaderni di Gruppoanalisi

Border e narcisista in qualche modo non sono in grado di trovare una reciprocità: uno perché non ha avuto la funzione riflessiva, non ha avuto una possibilità nella vita, non ha avuto un'esperienza sufficiente; l'altro perché in realtà ha trovato l'unica modalità di relazione che è quella a senso unico dello sfruttamento e dell'utilizzo dell'altro.

In entrambi non c'è la reciprocità e io non vedo che una sia più evoluta dell'altra: si tratta solo di un sistema diverso, apparentemente più evoluto, ma solo perché funzionale alla società di oggi, una società narcisista

Dott.ssa Fornero: Ringraziamo la dott.ssa Bosi per la disponibilità e il dott. Visintini per le preziose osservazioni sul caso presentato. Il dott. Visintini proseguirà il lavoro di oggi proponendoci una sistematizzazione teorico-clinica degli elementi che compongono la diagnosi differenziale tra patologia borderline e narcisista.

Alleanza terapeutica e livelli di interpretazione

Dott. Visintini: Nella psicoterapia focalizzata sul transfert Kernberg enfatizza l'interpretazione del transfert negativo mentre altri approcci sottolineano la funzione di contenimento del terapeuta per la costruzione dell'alleanza terapeutica. Il fine comune è di trovare la strada più breve per stabilire un'alleanza terapeutica, ponendo un'enfasi sugli aspetti positivi del transfert e trattando alcuni fattori più negativi, rabbiosi o ostili attraverso un'empatia totale del terapeuta nei confronti del paziente.

Secondo Kernberg, le terapie supportive rendono il terapeuta una persona reale e rinforzano la dipendenza del paziente. Questo è un aspetto molto importante, come se il terapeuta diventasse eccessivamente presente se fosse solo supportivo o troppo supportivo, apparentemente funzionale nella terapia, ma anche eccessivamente presente sul lato umano.

Kernberg parla di tre livelli di interpretazione:

Livello uno: interpretazione delle difese primitive che hanno la funzione di evitare la consapevolezza dell'esperienza interna, mantenendo una separazione intrapsichica tra aspetti affettuosi e odiosi.

Livello due: interpretazione della relazione oggettuale in corso attraverso la descrizione nella diade della rappresentazione dell'oggetto e del Sé.

Livello tre: interpretazione della relazione oggettuale da cui il paziente si sta difendendo.

Come vedete, il concetto di interpretazione proposto è molto diverso da quello che abbiamo studiato sui libri: siamo sempre un po' nell'ambito **più che dell'interpretazione propriamente detta, della chiarificazione a differenti**

livelli più o meno profondi di modalità e oggetti della chiarificazione.

Si tratta cioè di un'interpretazione delle difese primitive, che hanno la funzione di evitare la consapevolezza dell'esperienza interna, rendendo possibile una separazione tra aspetti affettuosi e odiosi.

In effetti, la paziente Monica, aveva dei profondi affetti nei confronti della terapeuta, ma contemporaneamente temeva molto di doverla odiare se la terapeuta avesse fatto come la madre o come il padre o come quelli (chiunque altro secondo la paziente) che farebbero come loro. Chiunque. Perché non la terapeuta?

A un secondo livello, l'interpretazione della relazione oggettuale in corso descrive nella diade la rappresentazione dell'oggetto e del Sé. E anche qui è importante fare una chiarificazione sulle differenze: qual è l'oggetto, quale è il Sé, rimettendoli un po' in ordine. Questa chiarificazione nella relazione rappresenta un elemento riordinatore.

Il terzo livello, che consiste nell'interpretazione della relazione oggettuale da cui il paziente si sta difendendo, è un livello un po' più profondo.

Stiamo parlando di diagnosi, di organizzazione di soggetti; siamo, dunque, in una logica dimensionale, organizzativa della personalità del soggetto e non ci riferiamo più al vecchio DSM categoriale. Oggi abbiamo considerato il DSM perché ci serviva vedere come nasceva questo discorso diagnostico. Se possiamo fare una critica al mondo psicoanalitico è che si è sempre impegnato poco nel tentativo di fare diagnosi.

Storicamente, i vecchi psicanalisti si occupavano di costruire una relazione, tanto i pazienti erano tutti nevrotici e dunque poco importava la diagnosi. Oggi la diagnosi diventa fondamentale perché la terapia non è mai la stessa e perché i pazienti possono "droppare" o no e la responsabilità non è solo del paziente. Come abbiamo visto con Monica e con la mia paziente, il fatto che la relazione terapeutica si instauri e duri è anche una grossa responsabilità nostra. Quindi dobbiamo avere chiaro in mente - in questo senso uso il concetto di diagnosi - le funzioni che spingono e muovono la specifica organizzazione mentale del paziente; non si tratta di una diagnosi psichiatrica né di un concetto medico.

Il paziente borderline: elementi caratterizzanti

Riprendiamo alcuni elementi che abbiamo visto mentre altri saranno nuovi. Abbiamo parlato di **ciò che caratterizza il nostro borderline: una sofferenza e una fragilità relazionale, instabilità emotiva e relazionale; si tratta di un soggetto - come abbiamo visto oggi mille volte - estremamente instabile, cioè umorale**. Qualsiasi cosa accada dentro o fuori la sua mente, sicuramente condizionerà il suo comportamento; non è in grado assolutamente di governare,

Quaderni di Gruppoanalisi

di predire, di essere lui stesso presente a quello che sta succedendo. Lo subisce. In questo, per esempio, è fortemente diverso da un paziente narcisista.

L'angoscia abbandonica non è gestibile né contenibile da parte di un Sé poco strutturato, ma amministrato dal continuo aggiustamento della distanza relazionale e dal tono affettivo ed emotivo del coinvolgimento.

Prima lo abbiamo visto molto bene. Ho la fantasia che, se si potesse concretizzare il Sé di queste persone, sarebbe un **Sé fatto a colabrodo** che perde dappertutto. Un colabrodo come fa a gestire un liquido che sta dentro? Lo perde e basta. Però lo perde perché lo può solo perdere. Non sarebbe in grado di contenerlo, quindi parlo di un qualcosa che non è contenibile perché il Sé non riesce a trovare il modo per contenere elementi troppo angoscianti.

In questi pazienti, infatti, potremmo parlare di **una forte difficoltà perché eccessivamente sensibili**. Sono persone scottate dalla vita e quindi, come quando andiamo al mare e ci scotta il sole, anche solo metterci la maglietta la sera, la canottiera, ci fa male, ci brucia, ci dà fastidio.

Questa estrema sensibilità porta i pazienti border a non poter gestire tutto, soprattutto quel sentimento basilico che la loro vita gli ha insegnato a provare costantemente, che è l'angoscia di abbandono. Quindi abbiamo soggetti che non sono riusciti a costruire una propria identità, un proprio Sé, perché mai visti, ed è solo attraverso il sentirsi visti che si può costruire un proprio Sé.

Abbiamo dunque un Sé che non è riuscito a strutturarsi perché costantemente sabotato dall'angoscia abbandonica: come si può crescere interiormente se costantemente angosciati e passibili di abbandono? Pensiamoci un attimo, immedesimiamoci: se io vivo nell'angoscia per una giornata intera, quel giorno non riesco ad elaborare niente, vivo costantemente nell'angoscia. Poi ci si abitua tutti. Tutti a tutto. Possiamo anche abituarci a vivere con l'angoscia, la nostra mente ha una capacità di adattamento folle: siamo capaci di abituarci a vivere nell'angoscia, però a quel punto **la funzione mentale cioè riflessiva, anche se ci fosse, non può funzionare.**

Non si trova un terreno adeguato per costruire qualcos'altro. Come puoi percepire un sentimento di un altro, un'attenzione di un altro nei tuoi confronti, se tu sei costantemente angosciato, convinto che ti stanno per abbandonare, e se non ti hanno già abbandonato sei convinto che ti abbandoneranno tra cinque minuti. È impossibile.

In questo senso, questi pazienti non hanno avuto l'opportunità di costruire un Sé e strutturarlo in modo che possa essere un amministratore, un gestore della parte emotiva e affettiva.

Inoltre, in questo tipo di paziente troviamo un altro elemento: **la sofferenza depressiva e l'auto-lesività.**

Abbiamo visto come questi pazienti siano persone profondamente depresse per quell'angoscia abbandonica di cui sopra. In loro possiamo anche trovare sentimenti diversi dalla depressione e trovarli anche molto energici come, ad esempio, **la rabbia. Questa, verbalmente rivolta ad altri - insultano, rompono oggetti, relazioni, ecc. - viene poi concretizzata, trasformata e attualizzata in acting out.** Se noi ascoltiamo bene le parole o il senso della rabbia del paziente borderline comprendiamo che quando è arrabbiato, in fondo, riuscirà a costruire una situazione che per lui sarà deleteria. Voglio dire, tenterà di arrabbiarsi con me in modo che io mi deluda di lui, in modo che io così lo possa abbandonare: si tratta, cioè, di una rabbia sabotante, perché sotto c'è una sofferenza depressiva e la sofferenza depressiva può trarsi in auto-lesività. L'auto-lesività fa parte del gioco sabotante in quanto la rabbia del paziente borderline - e poi vedremo quella dei narcisisti - e il suo rompere tutto è proprio un comportamento che va a lesionare quello che si è andato a costruire prima. Se rompe qualcosa in una stanza, il paziente border non rompe le cose degli altri, rompe le sue cose; quindi, alla fine, è sempre lui che rimane senza la relazione. Se noi osserviamo l'agito rabbioso, se lo guardiamo un attimo da fuori, togliendoci dal coinvolgimento, vediamo che, in fin dei conti, è proprio assolutamente il costruito auto-lesivo. Gli acting out sono caratterizzati da aggressività auto-riferita, punitiva, espiatoria. Penso che "espiazione" sia l'altra parola fondamentale: **nella rabbia, nell'agito rabbioso, nell'acting out c'è un' espiazione che evidenzia un profondo sentimento di indegnità, che alimenta l'angoscia abbandonica: se io sono indegno è giusto che mi mollino. Se mi mollano, l'unica mia reazione è la rabbia distruttiva, però se vado a distruggere qualcosa distruggerò qualcosa che, in qualche modo, non potrò più avere, perché sotto c'è l'odio e, sotto l'odio, c'è l'abbandono.**

Il paziente narcisista: elementi caratterizzanti

Passiamo al narcisista: la Ronnistam ha scritto un libro molto interessante sulla patologia narcisistica: **"Il funzionamento normale in età adulta richiede un sistema super-egoico ragionevolmente stabile, nel quale l'autocritica sia realistica ma gentile e l'ideale dell'Io, fermamente stabilito, sia relativamente realistico e non richieda performance grandiose e onnipotenti"**. Ci sono delle parole qui, secondo me, molto interessanti: "ragionevolmente", "relativamente"; se qualcosa è troppo è anche onnipotente. L'autocritica deve essere "realistica", cioè il cercare in qualche modo

Quaderni di Gruppoanalisi

di essere autocritici su cose che effettivamente sono successe, ma -come osserva Ronnizam - “gentilmente”.

Il nostro narcisista non sa neanche cosa sia l'essere gentile con se stessi e questo è il **punto chiave** del soggetto narcisista grave. Cioè non è assolutamente gentile perché per **lui l'ideale dell'Io** è esattamente il contrario di quello che scrive l'autrice: **è assolutamente richiedente, grandioso e onnipotente**. E questo non è un aspetto gentile (nel senso di “disponibile a...”), perché chiedere a qualcuno: devi essere perfetto, superiore agli altri, meglio di tutti e non sbagliare mai è un qualcosa che di gentile non ha proprio nulla.

Ricordiamoci lo schema di Kernberg con narcisismo, narcisismo maligno, antisociale, dove sicuramente anche gli aspetti istrionici, cioè anche il disturbo istrionico è, secondo me, di area puramente narcisistica, forse con degli aspetti più femminili. Se guardiamo questo, **il paziente narcisista è un soggetto che ha un grandissimo problema di autostima**. Ora che differenza c'è rispetto al borderline? In questo senso, nessuna. Uno è indegno e l'altro, in qualche modo, l'autostima non sa neanche che cosa sia. Ripensiamo al famoso genitore e proviamo ad immedesimarci in una persona che vive un'esperienza infantile di questo genere: **essere sempre come l'altro ti vuole vuol dire sostanzialmente essere sempre nel modo in cui non puoi essere e quindi vuol dire che se sei quello che tu puoi essere sei sbagliato, non sufficiente**.

Penso che per i terapeuti sia importante cominciare a calibrare nella propria mente che “non poter essere quello che sono” vuol dire che “se io sono qualcosa è sicuramente sbagliato e criticabile”. **Devo funzionare, quindi, solo in funzione dell'aspettativa di un altro**. Allora come posso io avere stima di me se so che quello che esce da me (le mie parole, i miei sentimenti, i miei agiti, fin da piccolo) sono sicuramente sbagliati? Allora tutta quella parte non deve esserci. E devo vivere sostanzialmente in un sistema dove devo farmi apprezzare... ma qui comincia il bluff: **in realtà mi devo far apprezzare per quello che gli altri si aspettano da me, ma non per quello che io sono, per quello che io faccio e non per quello che io sono**.

A questo punto, come vediamo, così come il nostro borderline non visto, non è riuscito a costruire una struttura del proprio Sé, proprio perché schiacciato dall'angoscia abbandonica, **nel narcisista l'ansia d'abbandono è molto forte e non permette di costruire un'autostima sufficiente. Il Sé in qualche modo si struttura anche, però la parte grave che non struttura realmente è l'autostima e quindi automaticamente l'identità**. Il Sé, in qualche modo, si riorganizza, infatti qualcuno parlava di falso Sé. Quando si parlava di falso Sé si parlava di questo narcisista di adesso, che costruisce

qualcosa *ad hoc* per parare quello che non c'è, per tutelare quello che manca. Allora, il fatto di crescere in una situazione dove non possiamo assolutamente costruire un'identità perché questa non è diluita da un'autostima, perché l'identità e l'autostima in qualche modo si aiutano a vicenda, vuol dire che io **devo inventarmi un qualche modo di essere che è quello che suppongo che gli altri mi chiedano, che mi fanno capire che deve essere.** Questo è ciò che poi succede nella sua realtà: **alla ricerca di una stima esterna e di un perenne risarcimento, schiavo di un mancato riconoscimento infantile che si ri-attualizza, pervaso da costanti sentimenti di inadeguatezza, contrastati da una percezione grandiosa di sé.**

La stima esterna, lo abbiamo detto, se la va a cercare. Risarcimento di che cosa? In fondo anche il nostro narcisista è molto arrabbiato, perché anche lui, se vogliamo, non è mai visto. Cioè è sempre stato visto in modo falso. Molti narcisisti a differenza del border, hanno questo problema della falsità che è costantemente presente nella loro vita. Il border è molto più autentico per certi versi e si sente autentico nella sua sofferenza.

Il narcisista gioca tutto in termini di specchi e di immagini e quindi l'autenticità per lui è un grosso problema. La sua arrabbiatura nei confronti di chi non l'ha riconosciuto, non lo ha stimato per quello che era ma lo ha stimato solo per quello che faceva, lo tiene sempre costantemente schiavo di questo bisogno di essere risarcito. Come dire: "Ma me lo dai un po' di amore vero? Oppure devo costantemente sedurti, prostituirmi per il tuo benessere o la tua considerazione? Cioè mi puoi dare quello che dovrebbe esserci: un po' di amore gratis? Con tutto quello che ti ho dato, ti ho gratificato, ti ho fatto, alla fine mi dai qualcosa?". Ecco questa richiesta rimane sempre senza risposta. E infatti i narcisisti spesso usano questa frase: "Sì va bene, ma io poi cosa ricevo? Cosa posso ricevere? Cosa mi possono dare?".

Tutta la loro vita è stata impostata nei termini di dare-avere e loro sentono di aver dato molto, sempre con la sensazione però di non aver mai soddisfatto poi così tanto; è la storia del bastone e la carota dove però la corda della carota è un po' lunga, e quindi non ci arrivi mai, in qualche modo questi pazienti hanno un costante bisogno di trovare qualcosa che finalmente faccia loro raggiungere l'ideale. È un ideale molto sadico, che li fa continuamente tenere con la testa un po' fuori dall'acqua per riuscire a respirare, nel tentativo un giorno di venir fuori del tutto. Ma è un'illusione costante e un vissuto illusorio per cui non c'è mai una vera autenticità.

D'altra parte, permane il continuo dubbio, proprio perché non raggiungono mai questo ideale, che in realtà ciò che viene fatto viene fatto male. Il nostro

Quaderni di Gruppoanalisi

paziente narcisista ha una grandissima confusione, che non ha il borderline. **Confonde anche sul piano cognitivo la normalità con l'ideale.** Quando parlate con loro, a un certo punto vedete che il paziente inizia a dire: "E vabbé, ma non ho neanche fatto quello, non sono neanche diventato amministratore delegato!"; perché il fatto che qualcuno diventi quella cosa lì o il fatto che qualcuno si possa aspettare da lui, nella sua fantasia, quell'elemento così idealizzato, non gli sta chiedendo qualcosa di speciale per cui lui può rispondere: "Scusami, ma se mi chiedi di andar sulla luna, mi spiace ma non ce la facciamo!". Su questi aspetti lui pensa di essere assolutamente inadeguato perché incapace di raggiungere quella normale ovvia luna su cui tutti vanno tutti i giorni.

Quindi, automaticamente, si sente non all'altezza degli altri, ma per riuscire a sopportare questa sensazione di inadeguatezza deve continuare a bluffare. Deve continuare e quindi il suo vissuto è quello di continuare a vivere sempre nella situazione di: "Adesso gli faccio vedere che arrivo alla luna"/ "Non ci sono arrivato.", "Gli faccio vedere che domani arriverò alla luna"/ "Non ci arriverò" e allora è un costante gioco in cui "se scoprono che io non so arrivare alla luna mi buttano via".

Il gioco tremendo e molto sadico che il narcisista subisce è proprio quello di essere schiavo di un bisogno di essere riconosciuto come bravo, però sarà bravo solo se raggiungerà la luna, ma siccome la luna non la raggiunge, sarà condannato a essere sempre, come Fantozzi, "una merdaccia". Viaggia nella sua convinzione, ma questo lo sa solo lui. Gli altri, in qualche modo, devono fare sempre il sorriso di accondiscendenza, di "grazie che mi hai fatto questo" ecc., in modo che almeno loro abbiano questa illusione; la bugia che è sempre in ballo è: "Ti faccio capire che potrei arrivare sulla luna, ma non ci arrivo oggi perché tanto ci arrivo domani"

Intervento: Ho una domanda: ma loro ci credono?

Dott. Visintini: Loro credono a questa bugia, ma hanno il terrore di essere smascherati. Credono alla bugia, ma, da una parte, ci credono per fartela credere, dall'altra parte, non ci credono assolutamente perché il sentimento di inadeguatezza e l'autostima bassa non permettono loro di crederlo e quindi sperano di non essere smascherati mai.

Intervento: Mi chiedo anche come fanno a cogliere i bisogni.

Dott. Visintini: Come vediamo, **sono sempre egocentrici.** Questo automaticamente genera un sistema egocentrico: se la fanno, se la cucinano, se la mangiano tutti da soli.

Intervento: Fin dall'inizio c'è questo dialogo interno, questa integrazione.

Mi sembra che sia molto evoluto come se ci fosse un lavoro che inizialmente è una sorta di visione circolare, circoncentrica della persona.

Dott. Visintini: Non c'è una scissione, i narcisisti non sono scissi, non hanno delle scissioni affettive tipo borderline, però sono circolari, concentrici.

Intervento: Ho in mente una scissione concentrica differente dal borderline.

Dott. Visintini: Sapevo di quella verticale e orizzontale, quella concentrica mi manca.

Intervento: È di uno psicanalista, che la usa per differenziare il narcisista dal borderline: si riferisce al falso Sé e dice in maniera un po' metaforica che si potrebbe vedere come una scissione circolare e circoncentrica, dove il nucleo vero e autentico non è integrato con il falso Sé. Sono due mondi separati e non integrati e questo dialogo interno, da quello che mi sembrava di aver capito, non c'è all'inizio e si produce nel corso della terapia.

Dott. Visintini: Sostanzialmente un altro concetto di base dei nostri narcisisti è il discorso del **rispecchiamento** che non fa parte del borderline. Il borderline non si rispecchia in nulla perché c'è di mezzo l'indegnità. Il rispecchiamento, non per niente Narciso, il laghetto, l'immagine arriva da lì. Ma pensiamo - scusate la banalità - perché Narciso si specchiava nel laghetto che rispecchiava l'immagine? Perché tu ti guardi e controlli come sei se non ti senti in quel momento essere qualcosa. Quindi devi rifletterti in una situazione; allora questo rispecchiamento è anche l'unico modo per verificare di esserci. **Per rispecchiamento intendo: io faccio qualcosa di bene e mi rispecchio nella considerazione dell'altro, nella contentezza dell'altro, nella rabbia dell'altro e così via; mi rispecchio in modo così assolutamente idealizzato perché è solo cosa mia.** Ma c'è un elemento molto importante e forse questo si rifà a quello che dice Speziali, che **l'altro soggetto, proprio come uno specchio, è bidimensionale e non tridimensionale. L'altro soggetto non ha profondità, cioè non gli interessa assolutamente, ma non è neanche utile che l'altro ci sia con i propri pensieri il proprio modo di fare, ecc.;** l'altro c'è perché deve riflettere. Cioè l'altro è "funzionale a" e, tra l'altro, attenzione! perché ci sono dei narcisisti molto capaci, perché raffinano molto la loro capacità di gestire in modo manipolatorio la relazione, che è quello di tentare di capire come l'altro è, per riuscire a gratificarlo nel miglior modo possibile, in modo che poi l'altro sia contento. Il narcisista non lo fa per gratificare realmente l'altro, ma per averne un ritorno. Come dire, se io voglio conoscere una ragazza per farla innamorare di me, come posso fare tutte le cose che le piacciono per riuscire in qualche modo a portarla verso di me? Mi occuperò di tutto quello che le piace, sentirmi par-

Quaderni di Gruppoanalisi

lare nel modo giusto, portarle le rose giuste, ecc. A quel punto, io l'ho fatto per lei o l'ho fatto per me? Questa domanda dobbiamo sempre porcela con i pazienti in terapia. Cioè, questa persona sta facendo queste cose per se stesso o per gli altri? Perché apparentemente il paziente narcisista ci descrive anche molto bene come sono gli altri, che bisogni hanno, ecc. Ma non perché è empaticamente collegato all'altro, ma in modo sfruttante tenta di capire com'è l'altro per poterlo utilizzare meglio. È molto diverso. Infatti, questi pazienti sono anche molto gratificanti in terapia.

Abbiamo detto sfruttamento a senso unico. A questo punto c'è un elemento che amo sempre sottolineare: siccome il paziente narcisista ha questo castello relazionale che è costruito su una mancanza, **non può diventare empatico, perché se diventa empatico - e questo è un punto chiave - automaticamente dovrà prendere in considerazione la terza dimensione dell'altro.** Automaticamente, la considerazione delle emozioni, dei sentimenti, degli stati d'animo, dell'esistenza dell'altro mettono la sua esistenza potenzialmente in secondo piano. Il fatto di considerare le necessità dell'altro ma non per sé smonta il suo sistema.

Ecco perché giustamente anche Kernberg, Kohut e altri hanno parlato di narcisismo maligno. **Tanto più il soggetto deve essere anaempatico, tanto meno sarà curabile,** cioè tanto più il meccanismo della empatia, della reciprocità relazionale, della considerazione dell'altro, dell'entrare in una relazione paritaria sarà importante, tanto più il paziente dovrà mettere da parte i propri bisogni; tuttavia, mettere da parte i propri bisogni vuol dire per lui, in qualche modo, diventare periferico anche alla relazione. Se il paziente narcisista si riporta a una relazione "normale" rischia il collasso dell'autostima, cioè un'autostima che effettivamente non è ancora sufficientemente gratificata o forte di un'identità solida per poter tollerare anche l'assenza.

Solo nella relazione reciproca e paritaria, se c'è una maturità reciproca, possiamo tollerare dei periodi di assenza relativa, cioè siamo nella relazione ma assenti, ad esempio, in funzione di ascolto. Presenti, ma assenti perché c'è di più l'altro: il famoso discorso della reciprocità delle coppie sane, delle funzioni reciproche e così via.

Questa reciprocità non può esserci per il paziente narcisista e tanto è più bassa l'autostima e l'identità è fragile, tanto più eviterà il pericolo del collasso. Sicuramente, entrare in dinamiche relazionali terapeutiche significa spostare l'equilibrio patologico: il narcisista tenderà a "droppare", a non tornare mai più in terapia, molto di più rispetto al borderline, perché per il narcisista il collasso è molto rischioso.

Vi parlo in termini di depressione primaria. Se pensiamo al concetto di depressione primaria che conosciamo sul piano teorico, noi potremmo dire che il **paziente border è costantemente in una condizione di depressione primaria.**

Il narcisista, diversamente rispetto al border, è come il cane, che tu lo tiri e fa la rovesciata, fa di tutto per non arrivarci. Per il narcisista entrare in una dimensione di reciprocità significa entrare nel baratro della depressione primaria.

In questo senso, secondo me il narcisista è strutturalmente più grave, perché in realtà **fa di tutto per non entrare in una depressione primaria.**

Ma, allora, che terapia è quella con il paziente narcisista? Noi gli proponiamo una terapia che vuol dire passare anche da tutti i suoi nuclei depressivi per arrivare a una costruzione di un'identità, ma lui non può, non se la sente, perché lì dentro c'è la morte.

Non so se vi ricordate Gardini: Gardini era uno della finanza molto importante, che arrivava quasi dal nulla. Quando ci fu "Mani pulite" a Milano e Gardini ne aveva fatte di tutti i colori, la finanza si presentò a casa sua con un'imputazione molto precisa. Gardini andò nella sua stanza e si sparò un colpo.

Il narcisista si suicida per non morire. Come si può fare con un'identità non sufficientemente costruita a uscire in una reciprocità, a uscire cioè da un bozzolo narcisista, che garantiva dallo sprofondamento narcisistico depressivo, che è depressione primaria, quindi molto dolorosa e intollerabile.

Tutti i "drop" che ho visto sono normalmente narcisisti maligni. A un certo punto parte una **rabbia mostruosa, aggressiva e distruttiva, in cui non viene distrutto soltanto il paziente, quel tipo di rabbia distrugge tutto, cioè distrugge tutti coloro che, essendo tridimensionali, lo obbligano a una reciprocità. Questa reciprocità è intollerabile e quindi i narcisisti diventano distruttivi. Sono etero-lesivi, non auto-lesivi.** Ecco perché il narcisista non può essere un soggetto che sviluppa la dipendenza. Come facciamo a portare avanti una terapia con un **soggetto che non è in grado di tollerare una situazione di dipendenza** dal terapeuta? Tutto il lavoro con un paziente che sentiamo narcisista deve essere molto attento e accorto e profondo per prepararlo a quello: perché potremo cominciare veramente la sua terapia e non un falso Sé e una falsa terapia del falso Sé - e quindi la bugia, il bluff che ci sta intorno - solo quando il paziente comincerà a mentalizzare il concetto di dipendenza, dipendere da qualcun altro, che è esattamente il contrario della relazione di sfruttamento che il narcisista ha sempre, necessariamente, costruito.

Quaderni di Gruppoanalisi

Border e narcisista: la rabbia

La rabbia che caratterizza il narcisista rispetto al borderline è **una rabbia infantile**. La rabbia del border era una rabbia auto-lesiva depressiva; il bambino, quando si arrabbia, non è depresso è pretenzioso. Piange, ma è disperato perché pretende qualcosa. La rabbia depressiva del border non pretende niente. Si sprofonda, è angosciato, è una rabbia angosciata e in questo senso auto-lesiva. **La rabbia del narcisista è proprio la rabbia infantile del fatto che quel risarcimento non l' ha ricevuto. Si è preteso qualcosa da lui quando era lui che aveva bisogno di qualcosa.** Lui è da te perché lui ha bisogno di qualcosa. E tu gli stai chiedendo qualcos'altro; c'è proprio, anche nelle parole che i narcisisti usano, **una connotazione infantile**.

Provo a riassumere schematicamente.

Il border e il narcisista di fronte a un evento negativo, che li mette in crisi, sostanzialmente hanno entrambi un deficit dell'autostima: indegnità da una parte, colpevolizzazione super-egoica, dall'altra (non sei stato all'altezza delle aspettative, ecc.). Però, da una parte scatta la rabbia narcisistica, dall'altra parte c'è una sorta di metamorfosi dell'indegnità; ed è qui che, in qualche modo, c'è un discorso di cambiamento: l'indegnità in un'identità che non tiene, in un set che non tiene, deve modificare il tutto e trasformarlo in un'angoscia che diventi auto-lesiva; nell'auto-lesività c'è l'acting out e quindi l'espulsione delle parti non tollerate. Dall'altra parte la rabbia è etero-riferita, anche lì è espulsa, anche lì esce, né più né meno, ma è riferita agli altri.

Border e narcisista: i timori

Quali sono i timori dei nostri pazienti?

Quando ci troviamo a inserire un paziente in un gruppo, in una terapia individuale, nel **borderline il problema è il timore del coinvolgimento, di essere ingannato e di essere abbandonato; nel narcisista invece è il timore della vergogna; per il narcisista il problema centrale è di essere smascherato, di non poter fare a meno di sapere che non vale niente e di essere anche lui abbandonato.**

Ma mentre l'uno teme di essere abbandonato perché ingannato e indegno, l'altro teme di essere abbandonato perché smascherato, perché se lo si vede veramente come è non lo si vuole più. Da questo i narcisisti si difendono nella vita e quindi anche nella terapia.

Nel rapporto con l'istituzione, il borderline utilizza il contenitore istituzionale con la speranza di mantenere l'anonimato: poiché c'è un Sé che non contiene, l'istituzione può contenere, in modo un po' anonimo. **Essere subito**

troppo presenti genera quella vertigine di affettività, di emotività, di relazione che è intollerabile. Quindi è molto importante che il nostro paziente ci possa sentire presenti però possa rimanere sufficientemente anonimo e quindi non eccessivamente coinvolto (che è il contrario di quello che è successo nel gruppo nel caso che abbiamo visto insieme, dove la paziente non è riuscita a trovare l'anonimato). Il narcisista, invece, soffre l'adeguamento, la dipendenza, la sottomissione all'organizzazione istituzionale, perché in tal modo non può sentire di essere speciale; è un Sé che sopravvive solo se si afferma. Come fai ad affermarti in un'istituzione in cui tutti pagano ticket uguali? Per lui è molto difficile.

Border e narcisista: obiettivo del progetto terapeutico

Con il paziente borderline è importante **rendere stabili le relazioni** anche quando sono profondamente affettive, stabilizzarle. Questi pazienti hanno questo elemento traumatico per cui le relazioni più sono intense, più sono dolorose e più tendono a far oscillare il loro umore. È un fenomeno che notiamo anche nei pazienti bipolari, per i quali è doloroso lo *shift* continuo per cui non si sentono mai uguali al giorno prima o al mese prima; per loro quest'oscillazione è profondamente dolorosa: più è affettivo il rapporto, più oscilla l'umore del paziente; ecco perché devono essere anonimi.

Con il narcisista invece si deve tendere **a stabilire relazioni altruistiche caratterizzate dalla reciprocità**. E qui è dove il narcisista, secondo me, ci fa vedere i sorci verdi.

Indicazioni generali sui gruppi:

Formare gruppi che abbiano caratteristiche eterogenee, perché se vogliamo lavorare sul piano psicodinamico dobbiamo trovare un po' di tutto e sicuramente la possibilità di vedere varie parti diluisce molto l'intensità del gruppo, soprattutto per certi pazienti. Può aiutare il borderline a esserci e a nascondersi un po', può aiutare il narcisista perché in qualche modo può utilizzare e non fare arrabbiare proprio tutti e rendere funzionale la circolarità.

Non utilizzare gruppi omogenei per quadri psicopatologici, a meno che non siamo in una situazione comportamentale ma con un focus molto preciso, contenimento dell'aggressività, dell'auto-lesività, un lavoro molto specifico sul comportamento.

I tempi della durata del trattamento sono da relazionarsi al progetto terapeutico e sicuramente non sono preventivabili.

Quaderni di Gruppoanalisi

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA DAL RELATORE

CORREALE et al., Borderline. Lo sfondo psichico naturale, Borla, Roma 2001

J. CLARKIN, F. YEOMANS, O. KERNBERG, Psicoterapia della personalità borderline, Cortina, Milano 2000

M. RONNISTAM, Il disturbo narcisistico di personalità, Cortina, Milano 2002

CRISI DELL'IDENTITÀ E MUTAMENTI ISTITUZIONALI: IL DISTURBO BORDERLINE

Seminario con il dr Correale
Torino 9 aprile 2005

Introduzione a cura di Adriana Corti

Molte sono le ragioni che hanno indotto ad invitare il dottor. Correale a tenere uno dei seminari che l'APRAGI ha dedicato nel 2005 al tema "Crisi dell'identità e mutamenti istituzionali".

In primo luogo la sua costante attenzione e continua ricerca, sia come clinico sia come studioso, indirizzata ad una non meramente descrittiva e neutra definizione del disturbo borderline, con l'individuazione difficile e sofferta dei possibili percorsi di cura, cui egli ha dedicato uno scritto prezioso come "*Borderline*". Si aggiungono altre significative ragioni, giacché con questo bagaglio già così importante si intreccia (e per noi gruppoanalisti questo è elemento di ulteriore cruciale interesse) l'esperienza professionale del dottor Correale come dirigente dei servizi psichiatrici pubblici, illuminata da un pensiero riflessivo sulle istituzioni che ha trovato espressione nel testo fondamentale, "*Il campo istituzionale*". Infine ma non in ultimo, la sua costante ricerca e pratica analitica in gruppo, a partire dallo studio e dall'approfondimento delle intuizioni sui gruppi di W.Bion.

Tale complessità di pensiero e di esperienza si è potuta esplicitare durante l'esposizione del tema da parte del relatore, la successiva discussione, l'esame di un caso clinico presentato.

Nella ricchezza dei temi trattati mi sembra opportuno sottolineare alcuni aspetti che si collegano con la ricerca e la costruzione epistemica della gruppoanalisi e che quindi operano in modo sinergico con quanto nel curriculum formativo della scuola COIRAG si viene costruendo.

In primo luogo il concetto di "**modalità traumatica nei rapporti umani**" del paziente borderline, soprattutto a partire dalle **relazioni primarie**, con il conseguente **senso di vuoto**, di incombente perdita e di possibile **morte continua**, nonché di **difficoltà a connettere** la somma delle vicende vissute **in una rete** continua di esperienza autenticamente soggettiva, cioè **in una trama** che dia consistenza ad una identità autonarrantesi. In questa impostazione delle problematiche identitarie del paziente borderline, delle sue diffi-

Quaderni di Gruppoanalisi

coltà di ristrutturazione progettuale del passato come base dell'esperienza futura, ben si evidenzia, l'operatività, teorica e clinica, dell'assunto gruppoanalitico del fondamento relazionale, storico e culturale dell'identità individuale, nonché dell'esperienza che su questa si viene costruendo.

In secondo luogo la riflessione del dottor Correale sulla “**sfida**” ai Servizi costituita dalla presa in carico di pazienti borderline, con il frequente senso di svuotamento, di impotenza, di ripetizione infinita, di **tormentosa sensazione di inutilità** che nei Servizi medesimi, con un processo di transfert, il paziente spesso induce, mi sembra si innesti, offrendo importanti spunti di riflessione, sulla ricerca tra noi sempre viva dei nessi dialettici tra individuo, istituzione e società e sulla bidirezionalità della “cura” tra curante e curato. Quando Correale afferma che occuparsi di queste persone significa per i Servizi mettere continuamente in crisi i modelli organizzativi, l'organizzazione di equipe, le attività di gruppo e quelle individuali, l'intervento farmacologico, le attività residenziali, sottolineando come il campo costituito dalle emozioni del paziente tende a modellare nell'equipe un campo in qualche misura omologo, ci guida su un terreno a noi familiare, ma con il quale occorre sempre attentamente ritornare a misurarsi.

Inoltre l'accurato esame delle caratteristiche della terapia gruppe del disturbo borderline e delle modalità di conduzione hanno permesso di arricchire di ulteriori elementi significativi il bagaglio teorico ed esperienziale di chi con i gruppi terapeutici inizia a misurarsi. L'elettività della terapia di gruppo con pazienti borderline si fonda soprattutto sulla possibilità di non stimolare troppo vissuti di persecutorietà, che invece possono destrutturare la relazione duale, sull'opportunità indotta dal gruppo, attraverso il dialogo, di ripristinare la dimensione temporale e la sequenza degli eventi in chi, come il borderline, vive in un “**tempo spezzettato**”, tutto concentrato sul presente con una memoria frammentaria o scissa. Il gruppo diventa un buon **apparato scenico** in cui le parti scisse si possono rappresentare, rispecchiarsi e confrontarsi e in cui può diventare possibile vedere anche “l'altra faccia” non vista perché oscurata dalla rabbia e dall'odio.

La complessità relazionale e transferale consigliano, secondo Correale, l'affiancamento di un terapeuta individuale e di uno, diverso, di gruppo, come strutturazione che permette di contenere il rischio di una relazione troppo stretta di dipendenza, difficilmente tollerabile dal paziente borderline.

In ultimo vorrei sottolineare come Correale ci inviti tutti ad amplificare il bagaglio culturale cui attingere nel setting terapeutico, a non trascurare la letteratura, la filosofia l'arte, giacché solo attraverso un ricco e vario nutrimento

spirituale il terapeuta può mettersi nelle condizioni di poter accogliere ed accompagnare, di poter contribuire a costruire nuovi sensi esistenziali a queste trame strappate di pazienti per tanti rispetti “ricchi” ed esigenti. Credo che anche su questo terreno l’impostazione del dottor Correale sia sintonica con la “laicità”, la flessibilità e la curiosità culturale della gruppoanalisi.

Giornata Seminariale

(revisione per la pubblicazione a cura di Maria Teresa Niro e Sandra Simonetto)

Lavori del mattino

Dott.ssa Corti: il dott. Correale è medico, psichiatra e psicoanalista, e membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana; ha approfondito lo studio di Bion (“Le letture Bioniane”, 1987, Ed. Borla). Attualmente è primario responsabile dell’area 2 del Dipartimento di Salute Mentale dell’ASL Roma B, e Supervisore di Dipartimenti di salute Mentale in varie ASL italiane. Ha costantemente mostrato interesse per i gruppi come attività di ricerca e didattica, sul versante della formazione e sul versante psicoterapico. È infatti tra i fondatori del Centro di Ricerche di Gruppo di Via Pollaiuolo, una delle prime organizzazioni che si sono occupate dei gruppi.

Nella sua biografia troviamo: “Il campo istituzionale”, “Psicoanalisi e Psichiatria”, “Borderline”, “Il gruppo in psichiatria”.

Dr. Correale: I disturbi di personalità e le attività istituzionali hanno una rilevanza significativa sia per quanto riguarda le istituzioni, sia per quanto riguarda i progressi che la conoscenza della mente sta facendo in questi ultimi anni. In particolare all’interno dei disturbi di personalità, vorrei parlare del **disturbo borderline che rappresenta il prototipo, il centro cruciale dei disturbi di personalità.**

Mi interessa perché è un’enorme sfida dei Servizi, perché sappiamo quanto è faticoso occuparsi di queste persone, quanto danno frequentemente un senso di svuotamento, di impotenza, di ripetizione infinita, di tormentosa sensazione di inutilità ai Servizi; occuparsi di queste persone significa mettere continuamente in crisi i modelli organizzativi, i modelli di equipe, attività di gruppo, attività individuali, attività farmacologiche, attività residenziali.

Sul piano controtransferale a livello delle istituzioni è molto faticoso, difficile, pesante, frustrante, impegnativo e si ha la sensazione che sia una tematica un po’ estrema, che fa addirittura rimpiangere i pazienti psicotici, che hanno dei miglioramenti sintomatici più netti.

Quaderni di Gruppoanalisi

Il disturbo borderline ci porta alle frontiere delle nostre conoscenze psicopatologiche; vorrei partire dalla sensazione continua di inquietudine, irrequietezza, la mancanza di riposo, la sensazione di non potersi mai fermare, che manchi sempre qualcosa all'esperienza, che il mondo non sia mai abbastanza pieno, abbastanza ricco, caldo, soddisfacente. C'è sempre un vuoto, un'assenza, un'imperfezione, una mancanza, anche nei momenti migliori. Si ha sempre la sensazione che non sia mai abbastanza, c'è la costante ricerca di un'ulteriorità che non si raggiunge mai. È un tema molto affascinante che nonostante le grandi fatiche suscita molto interesse.

In inglese l'inquietudine è definita *restlessness*, come impossibile riposo, non c'è mai la sensazione di aver raggiunto qualcosa, da cui la continua ricerca per rilanciare una pienezza mai raggiunta.

Partiremo dalla **diagnosi di disturbo borderline che ci dà il DSM IV: instabilità dei rapporti, impulsività, rabbia, la ricerca continua di un'azione, che prevale sul pensiero, la tendenza ad atti che possano condurre a comportamenti autolesivi, il senso del vuoto e la possibilità di rapide, transitorie, reversibili crisi psicotiche** che però non sono caratteristiche nella loro continuità ma tendono a ritornare ad uno stato di base che è quello del disturbo della personalità e non invece del disturbo psicotico. Questa è una descrizione neutrale, che accetta la definizione di senso del vuoto come aspetto essenziale della patologia.

La tematica della stabile instabilità e il continuo trapassare da un'impulsività all'altra, da un'azione all'altra, possono forse trovare un minimo di organizzazione ordinativa del nostro pensiero nel concetto di trauma.

L'idea del **trauma** nasce da uno studio ormai di molti anni della Psicologia dell'età evolutiva, che collega i primi anni di vita con una modalità traumatica dei rapporti primari. Questo è un punto su cui ormai c'è una convergenza abbastanza significativa di tutti gli studi. Anche se non c'è proprio un rapporto di causa/effetto rigidissimo, diretto, c'è un **collegamento sostanzioso tra modalità traumatica dei rapporti** (quindi non singoli traumi, poi se c'è un singolo trauma a maggior ragione: bambini abbandonati, abusati, famiglie violente, padri assenti, madri disperate, orfanotrofi, malattie, separazioni brusche) e **disturbo borderline di personalità**. C'è una convergenza anche con il cognitivismo.

Questa lettura ci permette di superare l'idea che il disturbo borderline sia a metà tra psicosi e nevrosi; questa era un'idea iniziale, ma mi sembra non sia molto utile.

Vorrei mostrarvi come il tema del trauma e quello dell'irrequietezza sono

collegati; il senso di vuoto e di inquietudine è in realtà un senso di incombente perdita di senso delle cose, che è a sua volta legata ad aver incontrato momenti di esperienza traumatica che sono stati vissuti come vuoto e forse anche come possibilità di morte psichica o addirittura fisica.

Il trauma induce un senso di morte, di vuoto e di svuotamento psichico; il ricordo costante di questa possibilità induce un senso di precarietà a tutta l'esperienza psichica, che vive e si sviluppa sotto l'influsso di questa possibile morte continua che c'è nelle cose.

Il trauma si può riattualizzare continuamente, anche se il terapeuta è buono, gentile, affettuoso, empatico, il paziente teme continuamente di essere tradito, al punto che anticipa e tradisce egli stesso, oppure non si fida completamente del terapeuta. Questo meccanismo è diverso dalla semplice paranoia, dove il paziente pensa che ci sia sempre un complotto contro di lui e vede in tutti gli oggetti la sua aggressività proiettata verso di sé; qui ci si immagina che in qualche modo sia nascosta dietro la bontà anche la possibilità che qualche cosa succeda che fa rompere questa possibilità; **non è tanto l'idea che l'oggetto sia cattivo, ma che sia precaria, transitoria, momentanea la sua bontà e poi succederà il trauma,** la ferita, l'abbandono, l'attacco, l'aggressività, l'incomprensione. **Allora la difesa strutturale del paziente con disturbo borderline** per affrontare questo traumatismo implicito in tutti i rapporti umani **è di anticipare il trauma subito, infliggendolo all'altro. L'altra difesa è l'impulsività o l'azione,** cioè il modo per sfuggire al rischio di essere traumatizzato è di dare alla propria vita un andamento fortemente impulsivo, pieno di qualcosa che rompa questa trappola, in cui facilmente può venirsi a trovare. Sfuggire alla trappola con atti che possano far sentire apparentemente liberi, in realtà sono modi per muoversi dentro la trappola senza romperla mai, ma con la sensazione di non starci troppo racchiuso. Gli atti impulsivi sono l'uso di sostanze, l'attività sessuale più o meno promiscua e instabile o anche su un piano più semplice la disforia, cioè un malumore, il non essere mai contenti, essere sempre sul punto di arrabbiarsi.

La disforia è un clima di rabbia incombente sulla relazione: basta un nulla per far arrabbiare, un semaforo rosso, una fila al bar, una persona che risponde in modo non perfetto, tutto diventa un buon motivo per perdere la pazienza.

Tutto questo assume un significato alla luce del concetto di trauma; invece tradizionalmente questa tematica è stata affrontata sull'onda di Keernberg e della psicoanalisi americana con il modello della scissione. È stato detto che la rabbia che continuamente manifesta il nostro paziente borderline è dovuta al fatto che ha operato delle scissioni, molto massicce, tra oggetto buono e oggetto cat-

Quaderni di Gruppoanalisi

tivo. In pratica l'oggetto è cattivo, perché è pieno di rabbia proiettata ed è anche forse in parte pieno di ricordi di un oggetto che è stato veramente cattivo; quindi l'oggetto è stato cattivo, l'Io si è riempito di rabbia, questa rabbia è stata deviata sull'oggetto, che diventa ancora più cattivo, quindi è un meccanismo in cui storia e reazione alla storia si mescolano e l'oggetto diventa sempre peggiore. Allora per difendersi, per compensare questo nucleo così tendenzialmente violento e insoddisfacente, si tende ad operare delle idealizzazioni inconsce eccessive, troppo forti, che per il loro stesso esagerato investimento sono precarie, ed allora assistiamo a quei borderline che si innamorano ogni dieci minuti, che si entusiasmano per qualche cosa, che decidono che quel lavoro è il meglio che poteva capitare, salvo poi ritornare nella delusione dopo breve tempo.

Questa idea che il borderline scinde gli oggetti e che quindi determina importanti scissioni anche nell'equipe curante, è una percezione corretta, la si riscontra con tale frequenza che nessuno la può negare; gli operatori si dividono in protettori e nemici.

Una visione di questo tipo non ci aiuta, però se non cogliamo il fatto che la scissione a sua volta è il risultato di continue esperienze traumatiche di perdita di senso, di vuoto, di noia e di morte; se l'operatore parte da questo punto può stabilire un'alleanza terapeutica con il paziente.

L'alleanza si può formare sull'idea che il senso delle cose non sia scontato e che la violenza che c'è nei rapporti umani comporta non soltanto una ferita, ma una perdita di senso della realtà. Il borderline ha bisogno di sapere che l'operatore sa che cosa sono questi momenti, e che la difesa da quei momenti è incongrua, stupida, è violenta, è rabbiosa, è criminale certe volte, è autolesiva, ma tutto questo va visto dall'operatore come comprensione: "so che cosa stai passando, ma quel modo che tu hai di difenderti da quei momenti è ancora peggiore del male".

È molto facile per gli operatori sfuggire nella modalità pedagogica: "non devi fare così, non devi fare colà....", in certi momenti va bene, ma quando si riparla di ciò che è accaduto, è importante parlare dell'invivibilità delle cose.

Peraltro il concetto di trauma è troppo vago, si rischia di chiamare trauma qualunque esperienza spiacevole; non tutte le esperienze spiacevoli sono traumi, alcune sono molto dolorose ma non traumi. Il trauma introduce un elemento nuovo: su questo vi proporrei il lavoro di Freud "Al di là del principio del piacere". Questo lavoro di Freud ha avuto allo stesso tempo un grande successo e un grande insuccesso, perché è il lavoro in cui Freud introduce il concetto di istinto di morte e quindi tutti quelli che sono favorevoli a questa idea utilizzano questo lavoro, tutti quelli che non lo sono, si accaniscono con-

tro questo lavoro considerandolo una specie di deviazione dalla linea maestra del pensiero di Freud, perché questo concetto è molto ostico.

A me interessa discutere dell'inizio di questo lavoro di Freud, dove parla delle nevrosi di guerra e dice "come mai i soldati che hanno avuto delle esperienze traumatiche in guerra ritornano continuamente con il pensiero su queste esperienze? Io ho sempre detto che l'essere umano è mosso dall'istinto del piacere, invece qui l'essere umano sembra mosso dall'istinto del dolore, ritorna ossessivamente sulle cose che lo hanno fatto soffrire, mentre invece sembrerebbe più naturale che queste persone si sforzassero di dimenticare quello che è successo per andare cercare esperienze nuove e soddisfacenti, invece no, la nostra mente ritorna sempre su quel punto. Forse una spiegazione potrebbe essere che in quei momenti l'esperienza traumatica determina una rottura della barriera protettiva antistimolo, cioè rompe quella specie di membrana protettiva/inibitoria che la nostra mente costruisce intorno a se stessa e che lascia passare le cose in un modo che non sia troppo dirompente. Noi abbiamo bisogno che le cose che ci succedono non eccedano una certa nostra capacità di rappresentarle, di elaborarle e di farci un'idea di quello che ci sta succedendo. Esistono degli eventi che eccedono questa capacità, che determinano un'attivazione incontrollata, eccessiva e che determinano un aumento esagerato, eccessivo, incontrollato di energia libera a spese dell'energia legata."

Traduciamo questi termini in una terminologia contemporanea: l'energia libera è un'emozione che non ha un corrispettivo rappresentativo, l'energia legata è un'emozione che ha un corrispettivo rappresentativo. Esistono emozioni così violente che in quel momento la nostra capacità di legarle ad una rappresentazione, a un linguaggio, ad una scena salta. Una parte del nostro cervello si oscura, perde la capacità rappresentativa e il nostro cervello è per così dire allagato da un'emozione molto intensa, che non ha una verbalizzazione o un'immagine corrispondente. Credo che lo sviluppo successivo a Freud abbia confermato questa intuizione molto importante di Freud. Pensate a quello che si sta studiando sui fenomeni dissociativi: il trauma tende a determinare fenomeni dissociativi. Dissociazione vuol dire restringimento del campo della coscienza con diminuzione della capacità di rappresentare quello che accade intorno a me e con un pezzetto di coscienza che continua a funzionare automatico. Come se noi funzionassimo in qualche modo meccanicamente in quei momenti, senza una precisa riflessione, o consapevolezza o autocoscienza, ma con una riflessione, una consapevolezza parziali.

Ci sono studi impressionanti in neuroscienze che tendono a presentare questa idea: quando c'è un trauma importante una parte del nostro cervello sem-

Quaderni di Gruppoanalisi

bra andare in tilt, come se il trauma escludesse dal funzionamento delle aree cerebrali. Questo lo sappiamo anche in base al problema della testimonianza: il testimone, di fronte ad un evento sovrastante, ricorda qualcosa ma non è del tutto sicuro, può riempire il ricordo con fantasie. Per non parlare dell'eterno problema degli abusi infantili che riemergono nel corso delle psicoterapie: ci sono trattazioni amplissime su questo punto. In America c'è una società che tende a difendere i parenti accusati di violenze sessuali infantili emerse nel corso dei trattamenti psicoterapici; questo per dire come i traumi dissociativi siano un elemento importante.

Il trauma è qualcosa che tende ad oscurare una parte della mente e a creare una asimmetria vistosa tra l'elemento emozionale e l'elemento rappresentativo, cioè quando l'emozione dilaga, la rappresentazione è carente, insufficiente o addirittura assente.

L'altro aspetto importante che dice Freud e che vorrei riproporre è quello della ripetizione: il trauma è ciò che per sua natura tende a far funzionare la mente su modalità ripetitive. Si tende a ritornare sul trauma continuamente, a ricreare le condizioni che lo hanno determinato, questo è uno dei grandi misteri della mente. A questo Freud dà una spiegazione in riferimento al "bambino del rocchetto", dove il bambino tira il rocchetto fuori e poi lo ritira verso di sé continuamente; per Freud il trauma del bambino è la partenza della mamma, il ritorno del rocchetto è il ritorno della mamma, come se il bambino dovesse rivivere attraverso questa messa in scena la scena traumatica di una separazione che diventa poi incontro.

Questo ci dà una spiegazione del perché noi torniamo sempre sul trauma. **Il tentativo di tornare sul trauma è il tentativo di controllare l'esperienza traumatica**, come se noi sentissimo che l'unico modo di controllare l'effetto dirompente che questo trauma ha avuto su di noi è di riattraversarlo, noi lo riattraversiamo nella fantasia, quasi sempre frustrata, di ricontrollarlo, di rispiegarcelo in modo soddisfacente. Questa idea è molto interessante. Come esempio potremmo pensare al fascino che hanno sull'infanzia, e non solo, i film gialli, dell'orrore, di fantascienza terrificanti, violenti, pieni di morte. Una spiegazione è che ciò che fa paura ci attira, perché in questo modo noi ci illudiamo, o tentiamo di controllare la paura stessa. Attraversando il momento della paura la riconduciamo ad una possibilità nostra di controllo, di spiegazione, mentre se la paura è espulsa all'esterno, rinnegata e allontanata, ci si può ripresentificare sottoforma di un incubo, di un brutto sogno, di un terrore, di una fobia, di una fantasia improvvisa che ci coglie a tradimento. Il tentare di tornare sulla scena che ci ha spaventato è un tentativo di riportare il trauma sotto controllo.

Il trauma come evento che modifica diminuendo le nostre capacità rappresentative e il trauma come evento che tende a ricreare una situazione di paura, di terrore, che noi dobbiamo continuamente riattraversare nel tentativo di controllarla e di ricondurla sotto ad una pensabilità e togliergli la componente terrorizzante: questi mi sembrano due aspetti del trauma che ci permettono di definirlo abbastanza bene e ci consentono di separarlo da altre esperienze psichiche.

La ripetizione riguarda tutti i rapporti umani iniziali, che tendono ad essere ripetuti; pensiamo al concetto di transfert, che è basato sull'idea che chi non conosce la storia è destinato a ripeterla.

La situazione del ricordo libererebbe l'individuo e il gruppo dalla condanna della ripetizione. Di fatto molto spesso il ricordo non avviene. Il trauma introduce un elemento ulteriore, l'interdizione del funzionamento della coscienza in certi momenti.

Il trauma introduce un elemento di depersonalizzazione, che è una sensazione di distacco parziale dalla realtà consueta, di accettazione e riconoscimento di parametri insoliti della realtà, distanza da se stessi e dagli oggetti: fin qui borderline e psicotici vanno di pari passo. Ad un certo punto dalla depersonalizzazione post-traumatica si verifica invece una divaricazione nella psicosi e nel borderline.

Nella psicosi la depersonalizzazione introduce un elemento di estraneità del mondo che si colora immediatamente di mistero, bizzarria, stranezza. Lo psicotico entra in un altro mondo, un mondo in cui gli eventi sono segnali di qualche altra cosa, sono espressione di una potenza mentale di carattere divino o comunque soprannaturale che collega gli eventi in un modo magico, misterioso e comunque diverso dal consueto. Tutto diventa un segnale di qualche cosa, tutto diventa un messaggio o proviene dall'esterno; la depersonalizzazione procede verso l'entrata in un mondo di alienità, di stranezza, di bizzarria, di disumanità o di superumanità. Nella psicosi c'è sempre la soprannaturalità, il Dio. Tutto questo tende poi al delirio, che è un tentativo di spiegare la bizzarria con una spiegazione soprannaturale che è insolita rispetto ai parametri normali, ma che ha comunque il vantaggio di avere una sua logica religiosa.

Tutto questo è tipico della psicotico, ma non del borderline; la depersonalizzazione nel borderline si trasforma in un senso terribile di svuotamento, perdita, morte, abbandono e tracollo; per il borderline è un'emorragia irrefrenabile, perde tutto, muore e perde senso. Non c'è un pensiero altro, ma un vuoto, perdita di vita, morte. Il borderline è impossibilitato a impazzire, le sbandature psicotiche durano poco.

Un altro modo di definire la depersonalizzazione è un'esperienza di noia, molto diffuso. La noia come incapacità di provare qualunque cosa che susciti un desiderio, "nulla mi piace, tutto è noioso, tutto è scontato".

Il paziente borderline ha una visione traumatica dei rapporti oggettuali; il ricordo di questa relazione traumatica o l'attesa che questa relazione traumatica si sviluppi conduce il paziente ad aspettarsi che questo succeda e tutto il rapporto acquista questo carattere di frenesia, incertezza, provvisorietà, instabilità. Questo spiega anche il tipo di rapporti che hanno i borderline, ispirati alla famosissima frase "né con te, né senza di te", cioè "non posso lasciarti, ma con te sto male".

Questa modalità di rapporto spiega da un lato la dipendenza esasperata dai terapeuti e dalle figure a cui si legano, ma anche la tempestosità e la litigiosità con cui questi rapporti si sviluppano. Quello che è terapeutico è l'analisi continua, spietata, sincera, aperta dei traumi; la terapia a tutti i livelli, anche quello istituzionale, dovrebbe indagare come certi eventi hanno acquistato una valenza traumatica, cioè quando il paziente è diventato disforico, quando si è arrabbiato, quando ha preso venti pastiglie di valium e vi ha bevuto sopra una bottiglia di whisky, cosa è successo prima, nelle ventiquattro ore prima, nelle cinque ore prima? Oppure il paziente è molto arrabbiato con il terapeuta, vediamo insieme perché, cosa può aver detto il terapeuta per farlo arrabbiare nell'ultima seduta? Cercare continuamente la sequenza che ha portato all'esperienza traumatica e insieme al paziente ricostruire le caratteristiche emozionali di quella frequenza. Questo comporta un racconto un po' diverso rispetto al rapporto analitico tradizionale che è basato sull'attenzione fluttuante, l'attesa, qui ci vuole un atteggiamento più teso alla domanda, alla curiosità verso la vita dell'altro: "Dove sei stato? Cosa hai fatto? Chi ti ha detto...? E tu cosa hai risposto?", il terapeuta dovrebbe essere molto bravo ad accentuare una dimensione investigativa, senza però invadere; ci vuole una dolce, ma ferma capacità di chiedere che cosa è successo e ricostruirlo insieme: "Ti aiuto a raccontarmi cosa ti è successo", stare solo ad aspettare non porta a nulla, perché se è vero che il grande problema del trauma è l'oscuramento, noi dobbiamo aiutare la persona a trovare elementi per ricostruire quello che è successo. Se c'è un vuoto di memoria, la persona da sola non può ricostruire quello che è successo.

Questa è la grande novità anche per Green, grande psicoanalista francese, secondo cui la grande novità della psicoanalisi contemporanea è l'impensabilità, cioè l'elemento non rappresentabile della mente. Questa è la grande sfida di adesso, aver a che fare con la rimozione, con pensieri rimossi, non

con pensieri mai nati; il ri-raccontare permette che questo evento attraverso piccoli pezzetti non collegabili, riacquisti una sua coerenza.

L'attività di ricostruire insieme al paziente l'evento traumatico e coglierne le implicazioni, gli aspetti complessi (la rabbia, l'amore, la delusione, il tradimento, la gelosia, l'affetto) permette al paziente di affrontare il trauma successivo in modo meno traumatico di quelli precedenti.

La tendenza del paziente è di affrontare queste situazioni con atti impulsivi, come uscire di casa e guidare a grande velocità, andare al pub più vicino e ubriacarsi disperatamente, rimorchiare il primo uomo e la prima donna senza avere la minima idea di chi sia costui o costei, atti che in qualche modo possano dare un eccitamento, uno stordimento eccitatorio che permetta di allontanarsi da questa situazione di mancanza di senso, di morte, di vuoto.

Il rapporto con le istituzioni

Correale consiglia un libro di Gunderson, edito da Cortina, "Il disturbo borderline"; l'idea di base secondo questo autore è che ci sia un clinico di riferimento; questa figura ha un dialogo continuo con il paziente.

C'è una tendenza crescente ad associare una figura di riferimento e un gruppo di psicoterapia, che ha un effetto molto positivo, dà senso di contenimento, aumenta i momenti di incontro e ha capacità di offrire scambi con altre persone con patologie simili che ha un grande effetto positivo su questi pazienti.

Il ricovero in ospedale va limitato il più possibile, tende a creare meccanismi di dipendenza, di regressione e di passività, va fatto soltanto quando c'è un pericolo per la salute fisica come tentativi di suicidio gravi o quando c'è una tale confusione nell'assunzione della terapia farmacologica che è necessaria una ridefinizione della terapia.

I ricoveri devono essere brevi, è necessario un buon intervento sulle famiglie e la necessità di valutare una prospettiva di residenza quando i rapporti umani sono così deteriorati da immaginare che si debba creare in vitro una struttura sostitutiva di questi rapporti.

Questa terapia richiede che per ogni caso borderline grave ci sia un gruppo, una terapia individuale, una terapia farmacologica e un approccio familiare e forse in certi momenti delle strutture residenziali della durata di sei mesi-un anno. Quando questo succede nel volgere di un anno o due, gli aspetti più esplosivi del disturbo border tendono a diminuire, gli aspetti autolesivi quasi scompaiono, gli aspetti di impulsività diminuiscono, ed emergono in primo piano i problemi relazionali: rapporti tempestosi, amori incongrui, rotture di relazioni, isolamento, impulsività nei rapporti, ossia l'instabilità dei rapporti assume una prevalenza sui disturbi del comportamento.

Quaderni di Gruppoanalisi

In una fase ulteriore compare il tema più bello di tutti ma anche il più drammatico: l'insoddisfazione e la depressione. Lentamente compare la tematica depressiva, un senso di mancanza, d'insoddisfazione, d'incompletezza molto ostinata, perché l'esperienza del trauma, della morte, del vuoto non è facile da rimuovere. I soggetti borderline sviluppano con il terapeuta relazioni intensissime e di grande coinvolgimento emotivo che durano spesso tutta la vita, il che in un certo senso è molto gratificante. Però la sensazione d'inquietudine è molto difficile da far passare. A noi terapeuti, però non interessa farla passare del tutto. Ci interessa che accanto a questa sensazione il pz possa avere dei momenti in cui l'inquietudine lascia il passo al piacere affettivo. Questo tende però a succedere abbastanza tardi.

In attesa di parlare più specificatamente del gruppo io credo che da tutto questo ne deriva una posizione, come dire, di un **“ottimismo paziente”**. Ecco dobbiamo pensare che possiamo essere ottimisti ma soltanto all'interno di un enorme “pazienza”; e non valutare la ripetizione come un fallimento, ma come la ri-posizione di qualcosa che ancora non è stato capito. Finché lo continuano a rifare vuol dire che qualcosa ancora è rimasto in sospeso, è come ri-porre un argomento.

Quindi diciamo: “ la ripetizione è un riproporre un argomento che non è stato esaurito, non è un fallimento”. Visto così noi sopportiamo meglio la ripetizione e la fatica del lavoro diminuisce.

Dott. Pellegrino: Ringraziamo il Dott. Correale per la sua capacità, non comune, della chiarezza e della facilità con cui riesce a trasmettere degli elementi concettuali molto complessi.

Partirei dall'ultima considerazione del Dott. Correale, e cioè la fatica, la difficoltà, la necessità di questo “ottimismo paziente”, immagine molto suggestiva. La domanda che sorge immediatamente è come i Servizi possano permettere un ottimismo: ciò che il paziente borderline ci porta in tema d'inquietudine, d'irrequietezza, d'instabilità, è esattamente l'opposto di cui ha bisogno l'istituzione, cioè stabilità, conferme, sicurezza. Molto spesso le istituzioni finiscono con il lavorare alla stabilità della propria organizzazione, il che rappresenta un rischio di patologia dell'istituzione, pertanto si può pensare: “ben vengano pazienti di questo tipo che mettono in crisi modelli lavorativi ormai standardizzati”.

Il discorso sul trauma, trattato dal Dott. Correale, sembra possa aiutarci a costruire un'eziologia di modello concettuale tale da rendere più comprensibile l'elenco dei sintomi descritti nel DSM IV.

Altro elemento molto importante toccato è la relazione terapeutica con que-

sti pazienti, con gli aspetti transferali e controtransferali, come unica possibilità di cura, di possibilità di trasmettere al paziente un'idea di fiducia, di affidamento possibile a qualcuno che possa aiutarlo ad attraversare la porta che tiene il paziente sulla soglia della psicosi impedendogli di liberarsene.

Ne consegue l'importanza della formazione per l'operatore così come la supervisione, per poter tollerare una relazione così impegnativa.

La nostra società si sta strutturando in maniera borderline, sembra non sia più possibile una stabilità di rapporti sia a livello lavorativo che affettivo, quindi l'irrequietezza che i nostri pazienti ci mostrano in maniera così drammatica forse appartiene un po' a tutti.

Dott.ssa Corti: L'approccio che il Dott. Correale dà del disturbo borderline, con questa apertura, con questo invito a noi a stare "dentro" questo vissuto d'incombente mancanza di senso, d'incombente tragico annullamento, sia un modo d'essere che noi possiamo cogliere in qualche misura anche in senso più lato nella nostra società. L'approccio sul trauma è molto interessante, anche se il Dott. Correale non dice niente sulla struttura originaria dei pazienti borderline, i quali avrebbero una struttura originaria più aggressiva. Penso che potrebbe anche dirci qualcosa in più su quello che nelle relazioni oggettuali primarie può essere visto come più specificatamente traumatico, ad esempio la relazione con la madre depressa o ansiosa. Questo perché mi sembra che non si parli di un trauma specifico, catastrofico, ma di relazioni strutturalmente traumatizzanti.

Seguono alcune domande così raggruppate dal **dr. Correale:** Penso di poter raggruppare tutte le domande in 4 gruppi:

Società: La nostra società è di per sé una società che ha dei caratteri tipici del disturbo borderline?

Terapeuta: il terapeuta che si occupa dei pazienti borderline deve avere un certo carattere, una certa personalità?

Relazioni primarie dei pazienti borderline

Famiglia dei pazienti borderline

Società

Come dice il Dott. Pellegrino sicuramente c'è un collegamento tra società e disturbo borderline, quale possa essere questo collegamento provo a spiegarlo prendendo in prestito le osservazioni di una collega australiano di nome Mertz, il quale insiste sul concetto di "intrappolamento nella realtà".

Si tratta di un iper-realismo in cui il carattere di sensorialità immediato dell'oggetto è potentissimo e l'aspetto simbolizzante è ridotto al minimo.

Quaderni di Gruppoanalisi

Succede ciò che si vede nei films americani, dove l'effetto potente del meccanismo è quello dell'iper-realtà del fenomeno, mentre la simbolizzazione richiede un certo distacco, un certo vuoto, una certa capacità di vedere una cosa, distanziarsi da essa e riproporre, attraverso questo distanziamento minimo, una simbolizzazione di ciò che quella cosa rappresenta.

Questo è un vecchio concetto della psicoanalisi molto caro agli autori francesi soprattutto Lacan, secondo cui per potere simbolizzare è necessario creare un certo vuoto tra noi e l'oggetto, che non vuol dire allontanare l'oggetto, ma vuol dire fare una specie di ginnastica psichica fra sentirlo presente e allontanarsene in modo da poterlo pensare. Non si può pensare un oggetto se non ci si allontana un minimo, ma non lo posso pensare solo da lontano, è necessaria questa dialettica. Se l'oggetto lo pensiamo come solo presente ci "abbaglia", ed io ho la sensazione che nella nostra società si punti molto su questo "abbaglio", basta vedere il modo in cui i mass-media danno le notizie: non si può pensare la notizia, ma si viene emozionalmente travolti, senza creare uno spazio di pensabilità a quella notizia, anzi sembra che la pensabilità venga osteggiata come elemento fastidioso, e si resta immersi in un bagno sensoriale.

Questo da solo non può bastare a spiegare l'aumento del disturbo borderline. Bisogna pensare anche che sono cambiate l'educazione dei bambini: in che modo è cambiato l'atteggiamento dei genitori nei confronti dei bambini, in che modo l'aver sostituito l'autoritarismo con l'indulgenza un po' neutrale o a-specifica., abbia creato un senso d'assenza dell'oggetto.

Carattere del terapeuta

Rispetto a questo aspetto ritengo che la cosa più importante sia che il terapeuta abbia affrontato i suoi lutti, li abbia superati, ma non dimenticati, è importante che li ricordi.

Per lutti intendo: l'essere abbandonati da una persona amata, vedere la morte, la malattia, aver pagato un prezzo all'aspetto violento della vita, alle separazioni; esserci stato male ed esserne in qualche modo uscito, ma è necessario ricordarsi il tragitto che ha portato all'elaborazione del lutto.

Il terapeuta deve essere convalescente delle sue malattie, non deve esserne completamente guarito, ma neppure tutto malato. La convalescenza è un momento in cui ritornano le forze dopo un periodo in cui si sono perdute, il re-investimento della vita ri-avviene, ma è ancora vivo il ricordo in cui questo investimento non c'era più.

Allora si può supporre che possano essere bravi terapeuti di pazienti borderline, coloro i quali non si fanno troppo spaventare da questi momenti di

vuoto, di sfondamento, in quanto ne conoscono la natura, ma al tempo stesso si sentono di ri-proporre la tematica del re-investimento.

Penso "all'odio nel controtransfert" di Winnicott, l'odio del terapeuta ha un suo valore, ha un elemento di veridicità, d'autenticità del rapporto. Si odia ma al tempo stesso si fa capire che questo odio non è sufficiente a liquidare il rapporto, ma è un elemento che entra nel rapporto. Percezione nel lutto ma anche autenticità nel mostrare che quello che io terapeuta dico e faccio, nasce da qualcosa di vero di me, non è una messa in scena. Far capire al paziente che quello che noi gli diciamo nasce da un'esperienza nostra reale, non è solo competenza. Questo però non ha niente a che fare con il raccontare al paziente qualcosa di noi.

Poiché i pazienti borderline sono aggressivi ed anche trasgressivi, mal tollerano le regole, il terapeuta deve essere una persona capace di stare con un piede nelle istituzioni e con l'altro nel gruppo anarchico della vita. Una persona cioè non del tutto estranea alla trasgressione, ma che è stata ri-assorbita in una funzione istituzionale.

Disturbo borderline e disturbo bipolare

La terapia farmacologia afferma il collegamento tra disturbo borderline e disturbo bipolare, infatti in entrambi i casi si prescrivono stabilizzatori dell'umore. La differenza sta nel fatto che il paziente borderline presenta sempre il disturbo dell'umore, mentre il bipolare puro alterna momenti depressivi a momenti maniacali. Come sia il rapporto tra i due disturbi non lo so, ma sicuramente c'è una connessione tra i due.

Sicuramente si può immaginare anche un elemento genetico di base, anche se non ci sono dati precisi, ma non vi è dubbio che così come vi è la tendenza a rapidi oscillazioni dell'umore, ci può essere la tendenza ad usare la rabbia come meccanismo evacuativo di momenti di morte. Certamente, quindi, c'è un intreccio tra una tendenza costituzionale a ricorrere a questo tipo di risposte, però sicuramente l'aspetto traumatico già di per sé può essere sufficiente a spiegare certe tendenze.

Relazione primaria

Questo è un tema molto complesso. Secondo la mia esperienza, le figure primarie sembrano vadano incontro ad un processo di "indurimento". Tale tema l'ho ampiamente dibattuto con il mio amico Boccanega. Queste figure che normalmente hanno caratteristiche di calore e/o vivacità, di colpo sembrano indurirsi brutalmente e diventare come dei manichini di legno, oggetti inani-

Quaderni di Gruppoanalisi

mati, che propongono in modo ripetitivo e ostile una sorta d'impenetrabilità. Compare la "faccia di legno" dietro la "faccia viva", dando al paziente un senso d'impotenza.

Piuttosto che parlare di un oggetto buono/cattivo, parlerei di oggetto vivo/pietrificato (non morto).

Nell'esperienza di lavoro con pazienti borderline non ho incontrato madri depresse. Alcune madri hanno la tendenza a proporre al figlio a alla figlia l'idea che il corpo (del figlio/a) è innanzi tutto un corpo erotico prima o al posto di un corpo affettivo. Questo continuo rimando da parte della madre di un corpo erotico, conduce ad una specie di concretizzazione esagerata dei rapporti: tutto diviene sesso e non calore, affetto, sentimento, fantasia.

Famiglie

Quasi sempre il paziente borderline grave è inserito in una famiglia fortemente destabilizzante. L'intervento deve quindi prevedere una presa in carico anche della famiglia.

Se l'ambiente familiare è immodificabile, è consigliabile la residenzialità del paziente: più spesso è utile prendersi cura della famiglia, aiutandola a percepire un po' meglio il dolore che quasi sempre è presente. A questo proposito non parlo di madre depresse, ad esempio, ma di madre che non si sono permesse la depressione, hanno cioè trasformato la depressione in una specie di "indurimento-rabbioso", in un "lutto congelato" per dirla come alcuni autori francesi. Permettere a queste madri di sciogliere i "lutti congelati", ha un effetto benefico sul paziente. Pertanto l'intervento sulle famiglie o sul membro più influente sul paziente, è obbligatorio.

Lettura del caso presentato dalla Dott.ssa Campagna

Nadia è una donna di 31 anni, madre di tre figli, in carico ad un Dipartimento di Patologie delle Dipendenze .

Al momento della presa in carico la paziente era stata segnalata insieme al compagno (anche lui tossicodipendente) da parte dei Servizi Sociali, in seguito ad una denuncia della Procura per abbandono di minori. La coppia, infatti, si era allontanata lasciando i due figli piccoli in casa, che spaventati hanno attirato l'attenzione dei vicini con il loro pianto, i quali sono intervenuti chiamando la polizia. Assolti dall'accusa, la situazione ha portato comunque ad un intervento da parte del Tribunale dei Minori che ha coinvolto in prima istanza il Servizio Sociale e con un provvedimento successivo sia il Ser.T che il servizio di Neuropsichiatria Infantile di zona.

Nadia si presenta come una donna poco curata nell'aspetto, il suo fisico caratterizzato da un'estrema magrezza, evidenzia problemi di anoressia. È apparsa da subito come una persona molto fragile, segnata da eventi dolorosi che hanno caratterizzato tutto il corso della sua vita (trascuratezza, abbandoni, molestie sessuali subite in famiglia), eventi chiaramente traumatici che provocano in lei ancora oggi una profondissima angoscia.

Il rapporto con il Servizio è stato fin da subito discontinuo ed ha messo in evidenza le difficoltà della paziente a riconoscere la gravità della situazione in cui si trovava.

Dall'anamnesi emerge una situazione familiare estremamente complessa e problematica. Primogenita, ha due fratelli gemelli di 28 anni, uno dei quali anche lui tossicodipendente e con gravi disturbi del comportamento. Nadia parla raramente dei propri fratelli. Solo qualche volta ha accennato al fratello "buono", l'unico che non ha mai mostrato segni evidenti di malessere ma verso il quale si pone in maniera estremamente rivendicativa, accusandolo di aver approfittato di lei e della sua ospitalità quando ne aveva bisogno, salvo poi non volerne sapere più niente nel momento in cui lei ha iniziato ad aver problemi di tossicodipendenza. Dell'altro gemello non ne farà mai menzione se non per dire di non sapere assolutamente più nulla di lui.

Rispetto alle figure genitoriali Nadia si pone in maniera estremamente ambivalente, oscillando tra richieste e "speranze" di cura ed attenzioni (in particolare nei confronti della figura materna) e profonda rabbia nei momenti in cui vede i suoi bisogni frustrati.

Il padre viene descritto come un uomo autoritario e violento, allo stesso tempo però è a lui che si rivolge nei momenti di difficoltà e nelle diverse occasioni in cui, nel corso di questi ultimi due anni, si è ritrovata senza una sistemazione abitativa.

La madre viene anche lei descritta come vittima: se da un lato la paziente giustifica la sua incapacità a proteggere e prendersi cura dei figli, dall'altro reagisce con estrema sofferenza e sconforto di fronte alle innumerevoli delusioni che le sue richieste di aiuto disattese provocano in lei.

Quando il matrimonio dei genitori entra in crisi e si prospetta l'idea della separazione, Nadia viene mandata a casa di uno zio paterno in un paese del meridione, dove rimarrà per circa un anno e dove subirà abusi sessuali da parte di quest'ultimo. Il ricordo di questo evento traumatico emergerà solo successivamente nei racconti di Nadia, riattivato dalla stessa esperienza vissuta dalla figlia.

Rientrata a Torino, va a vivere a casa della madre

Quaderni di Gruppoanalisi

Si sposa a 20 anni e dal matrimonio nasce il primo figlio (Matteo), attualmente undicenne. Dopo circa un anno e mezzo si separa dal marito e il piccolo viene affidato alla nonna paterna.

Da una breve relazione nasce la secondogenita, Simona (9 anni), che viene riconosciuta solo dalla madre. In seguito alla nascita della piccola, la paziente dà segni di sofferenza psichica, che la portano a richiedere un affidamento extrafamiliare per Simona.

All'età di 23 anni incontra Mauro, con il quale inizia una convivenza che va avanti per circa 7 anni e con il quale ha un terzo bambino, Michele.

Questo periodo viene descritto da Nadia come sereno.

Intrapreso il rapporto con Mauro, la bambina torna a vivere con la madre e con il compagno, con il quale stabilisce un rapporto affettivo molto forte, pur essendo consapevole del fatto che non si tratta del suo padre naturale.

Nel 2001, in seguito alla ricaduta nell'uso di sostanze stupefacenti da parte di Mauro, anche Nadia comincia l'uso di sostanze stupefacenti. Dopo un primo periodo di abuso di nuove droghe (ecstasy e acidi consumati prevalentemente in discoteca) passa alla cocaina, e solo successivamente nel 2002 all'uso di eroina per via endovenosa.

In quello stesso periodo Nadia e Mauro, accettando una offerta di aiuto da parte degli zii paterni (che avevano prospettato loro la possibilità di una casa e di un lavoro), si recano in Calabria con i bambini. Naufragata la possibilità lavorativa a causa del loro coinvolgimento con le sostanze, decidono di affidare Simona agli stessi zii, che già in passato avevano ospitato Nadia, dove la piccola subirà le stesse esperienze traumatiche della madre.

Il racconto della storia di vita della paziente è avvenuto in maniera estremamente frammentata nel corso di diversi colloqui. Nadia mostra una grossa difficoltà nel mantenere una continuità fra le varie sedute, l'anamnesi è andata arricchendosi di particolari nel corso del tempo.

In particolare, l'impressione è che Nadia stimolata da esperienze traumatiche del presente vada a recuperare ricordi appartenenti al passato, senza riuscire però a trovare nessi di collegamento tra i vari avvenimenti ed il suo modo di rapportarsi ad essi. La sensazione che trasmette la paziente è di impossibilità di pensarsi in una continuità temporale: il presente è l'unica dimensione temporale possibile per prendersi cura di sé, presente dove il più delle volte prevale l'aspetto dell'emergenza o della negazione.

Questi due aspetti, accanto alla forte incidenza delle motivazioni esterne (Servizi Sociali, Tribunale dei Minori), hanno caratterizzato tutto il percorso di cura di Nadia fino ad oggi.

Fin da subito la richiesta della paziente è stata di inserimento comunitario. Tale richiesta è sempre stata fortemente influenzata dal contesto familiare e ambientale: nel frattempo il rapporto con Mauro era entrato in crisi, la famiglia di origine in maniera fortemente espulsiva richiedeva ai Servizi di occuparsi della ragazza e di trovarle una sistemazione. Allo stesso tempo la stessa richiesta veniva rinforzata ulteriormente dai vari Servizi che si occupavano della situazione su incarico del Tribunale dei Minori (NPI, Servizi Sociali). Le pressioni esercitate dal contesto, sommate alle condizioni spesso estremamente precarie in cui si trovava la paziente hanno portato spesso gli operatori del Ser.T (medico, educatrice e psicologa) a ricercare una struttura comunitaria sull'onda dell'urgenza, per rispondere in maniera tempestiva alle necessità di cura e ricovero della paziente.

Il rapporto fra Nadia ed il Servizio è sempre stato estremamente ambivalente, oscillando da una posizione di forte dipendenza e richiesta di accudimento, a momenti di forte rabbia e svalutazione nei nostri confronti. Tale rabbia originava da momenti di maggiore contatto con la realtà, che generava in lei una pesante angoscia dalla quale l'unica difesa possibile sembra essere la proiezione e la negazione. La sofferenza viene perlopiù espressa attraverso il corpo, in maniera fortemente distruttiva, sia attraverso l'uso di sostanze e pesante trascuratezza, che attraverso il porsi in situazioni di forte rischio di incolumità fisica. Gli interventi si sono, infatti, frequentemente connotati come interventi sulla crisi a cui seguivano brevi periodi di compensazione in comunità, immediatamente vanificati dall'abbandono della struttura da parte di Nadia.

Tale ciclicità ha generato negli operatori vissuti fortemente ambivalenti, da un lato un senso di impotenza e frustrazione rispetto alla distruttività di Nadia che sembrava vanificare ogni intervento di cura, dall'altro forte preoccupazione sia per le condizioni fisiche che per le conseguenze che tali abbandoni avrebbero comportato per la paziente rispetto al Tribunale dei Minori.

Nadia, dal canto suo, non pare essere in grado di farsi portatrice di tale preoccupazioni, nei pochi momenti nei quali riesce ad entrare in contatto con la gravità della situazione e con la necessità di portare avanti un percorso comunitario per non compromettere ulteriormente la possibilità di vedere i propri figli, reagisce rabbiosamente, come se il pensarsi in una prospettiva futura non potesse avere per lei una funzione tutelante, ma fosse d'ostacolo al forte bisogno di sollievo ad una frustrazione presente.

Dei propri figli la paziente percepisce solo la parte più sana e vitale, faticando notevolmente ad entrare in sintonia con gli aspetti più sofferenti dei bambini. È persa essere molto lontana dal pensare a quanto questi ultimi possano

Quaderni di Gruppoanalisi

aver sofferto sia in passato, durante la fase iniziale della sua tossicodipendenza, sia ora, quando sono esposti alla sua imprevedibilità ed ai suoi problemi. Rispetto alla sua difficoltà nel fare la mamma si è potuto notare come l'esperienza di avere un bambino piccolo riattivi in lei antichi nodi problematici che amplificano la sua fragilità e i vissuti angoscianti di cui è portatrice. Per tutti e tre i figli, infatti, dopo pochi mesi dalla loro nascita la signora ha manifestato un grosso disagio personale. Quando Matteo, figlio del primo compagno, era molto piccolo, Nadia entra profondamente in crisi ed inizia una breve relazione extraconiugale da cui nasce Simona. Questa nascita amplifica ulteriormente il malessere della donna tanto da portarla a chiedere un affidamento familiare per la piccola, quando questa aveva solo cinque mesi. Anche l'arrivo di Michele è seguito da un periodo molto critico per la madre; la sua tossicodipendenza è iniziata presumibilmente quando il piccolo aveva poco più di un anno.

Durante le sedute, la paziente è sembrata attivarsi molto dal punto di vista emotivo quando si è fatto riferimento alle esperienze traumatiche vissute da Simona in Calabria. La paziente ha sostenuto di averla mandata presso gli zii per tutelarla e proteggerla da se stessa, operando una scissione dentro di sé rispetto alle esperienze traumatiche subite proprio in quel luogo. Sarà la paziente stessa ad attivarsi per porre fine all'abuso della figlia, fuggendo dalla comunità dov'era ospitata e recandosi in Calabria per riprendere Simona e riportarla con sé a Torino. Nadia appare fin da subito fortemente identificata con la figlia e solo attraverso lo svelamento dell'abuso subito anche dalla piccola da parte degli zii, che darà il via ad una complessa vicenda giudiziaria, sarà possibile per la paziente recuperare e verbalizzare i ricordi delle proprie esperienze traumatiche, ricordi che provocheranno in lei vissuti estremamente angoscianti e di colpa, dai quali non riuscirà a difendersi se non attraverso meccanismi di negazione.

In diverse occasioni la paziente ha richiesto di essere sostenuta rispetto a quei ricordi, momenti che coincidevano con fasi di maggior contatto con gli aspetti angoscianti che il trauma riattivava in lei tanto da portarla a lunghi ed inconsolabili pianti, salvo poi non presentarsi più agli appuntamenti successivi per qualche tempo, impedendosi in tal modo di prendersi cura in modo continuativo di tali aspetti.

Allo stesso tempo tali interruzioni provocavano negli operatori la pesante sensazione di fallimento, di attesa che qualcosa accadesse nel frattempo (in quanto Nadia in tali circostanze si rendeva irreperibile) per poi dover ricominciare tutto da capo. Di solito il ritorno di Nadia al Servizio veniva preannunciato da qualche intervento esterno (telefonate da medici o assistenti

sociali di Ospedali, Polizia, operatori di Centri di Pronto Accoglienza) che sollecitavano una qualche soluzione improntata sull'urgenza.

Anche il rapporto fra i Servizi è fortemente influenzato da tali situazioni.

In diverse occasioni gli operatori del Ser.T sono stati investiti sia dalle Comunità che dai Servizi Sociali di un ruolo fortemente normativo. Le richieste portate dai colleghi spesso andavano nella direzione del controllo e del contenimento degli aspetti impulsivi della paziente. La richiesta implicita è stata spesso quella di farsi garanti della possibilità per questa di continuare il percorso comunitario o della possibilità di poter incontrare i propri bambini.

Questa funzione istituzionale alimentava gli aspetti persecutori del rapporto di Nadia con il Servizio, dal quale cercava protezione salvo poi assumere atteggiamenti rivendicativi e accusatori nel momento in cui la sua difficoltà nel rispondere alle richieste del Tribunale hanno portato ad un allontanamento dei figli.

La complessità nel tenere insieme la dimensione di cura e di controllo con i bisogni della paziente e dei suoi figli ha generato negli operatori vissuti controtransferali fortemente ambivalenti.

La paura e preoccupazione rispetto alle sue condizioni fisiche e psicologiche spingono da un lato ad un forte bisogno di proteggerla, ma allo stesso tempo la pesante sensazione di fallimento e di rabbia rischiano di attivare negli operatori stessi atteggiamenti cinici ed espulsivi nei suoi confronti.

La difficoltà nel mantenere una continuità terapeutica ha comportato da un lato una continua ridefinizione del progetto, ma soprattutto la necessità di prevedere una notevole flessibilità nel setting con la paziente.

In numerose occasioni infatti è stato necessario ricontattarla telefonicamente o recarsi presso gli Ospedali in cui era ricoverata per tentare di recuperare il rapporto e ridefinire il progetto.

Sempre nelle fasi acute, il più delle volte, il bisogno di gestire concretamente aspetti di realtà (legate principalmente a quelle che sono state le prescrizioni ed i provvedimenti del Tribunale per i Minori) hanno fatto sì che i colloqui venissero fatti congiuntamente con l'educatrice del Servizio, nel tentativo di coniugare da un lato la funzione normativa che il ruolo istituzionale impone agli operatori del Servizio con la necessità di accogliere e prendersi cura degli aspetti di fragilità e sofferenza che tali situazioni provocano in lei.

Discussione caso presentato

Dopo la lettura del caso interviene il **dr Correale**: Nella discussione di un caso clinico, prima ancora di arrivare a tirare le fila definitive, è meglio allargare il

Quaderni di Gruppoanalisi

più possibile il discorso per avere a disposizione impressioni di varia natura, anche se non ancora necessariamente organizzate in un discorso strutturato.

Il caso presentato contiene tutti gli elementi di cui si è parlato: impulsività, traumatismi continui, interruzione dei rapporti.

C'è bisogno di cogliere, all'interno di questa variegata situazione molto dirompente, qualche elemento di continuità, di costanza, dei piccoli nuclei di leggibilità di livelli su cui costruire una possibile lettura.

Un nucleo possibile potrebbe essere legato al bisogno molto forte di dipendenza della paziente e attacco violento, rabbioso e disperato a tutti i piccoli nuclei di dipendenza che si possono costruire. Si può immaginare anche che la paziente abbia una necessità terribile di trovare una madre cui finalmente chiedere nutrimento, ma al momento in cui si attacca al servizio e alla terapeuta, sembra che debba mettere in moto meccanismi che rompono sistematicamente i piccoli nuclei di attaccamento che si possono attuare (così come si evince dalla descrizione del caso).

Viene da chiedersi anche quali sono i fenomeni o gli eventi di traumatizzazione della vita che più facilmente mettono in moto comportamenti distruttivi.

Bisogna altresì tenere presente l'anoressia, di cui soffre la paziente, come richiesta disperata di nutrimento rinnegato. Appare indispensabile dare uno sguardo alla quotidianità della paziente, quali sono i piaceri che lei trae dalla quotidianità, cosa le piace. Capire meglio il suo continuo scappare dalla comunità: questo comportamento può essere legato al modo in cui la comunità la tratta, oppure è solo un fenomeno della paziente che rigetta la comunità?

Invito pertanto la collega a dirci qualcosa in più su ciò che succede durante le sedute.

Dott.ssa Campagna: Le sedute non hanno una frequenza regolare. Ora la paziente è nuovamente uscita dalla comunità e non ha un posto dove stare, vive in un dormitorio.

L'educatrice ed io la vediamo tutti i giorni al fine di mantenere questo contatto per arrivare ad un nuovo inserimento comunitario.

Nel periodo in cui la paziente viveva in comunità i colloqui si effettuavano con cadenza settimanale, ma alternati tra l'educatrice e me. Durante i colloqui con me tutto era concentrato sul qui ed ora, su ciò che accadeva con il Tribunale dei Minori, con la Procura, con i processi in corso.

Ciò che ho notato è che le fuoriuscite dalla comunità coincidono paradossalmente con i momenti in cui "accade qualcosa di bello". Ad esempio la paziente scappa dalla comunità quando sembra possibile che la bimba possa ricongiun-

gersi con lei. Un'altra uscita coincideva con l'assoluzione dall'accusa di abbandono dei minori. Quando sembra che qualcosa possa funzionare, la paziente "butta tutto all'aria" e si rimette in una condizione di precarietà totale.

Dott.ssa Simonetto: Vorrei tenere acceso il focus su un elemento: la presenza di minori, e questo per due motivi: 1) indubbiamente i bambini rappresentano l'aspetto sintomatico per i vari elementi che si potranno poi trarre, ma rappresentano anche esseri umani, viventi in simultanea. 2) Le problematiche istituzionali che la gestione di una relazione genitori-figli, madre-figli in questo caso pone.

Si parlava prima della suddivisione tra parti buone e parti cattive anche istituzionali, questo accade in modo emblematico tra i Servizi di NPI e Servizi che si occupano degli adulti, come un'istintiva quasi propensione alla scissione tra parti buone, difensive di un aspetto piuttosto che dell'altro. Mi piacerebbe sapere se il Dott. Correale ha dei suggerimenti, spunti, riflessioni rispetto a questo di difficile gestione.

Dott.ssa Pianarosa: Vorrei aggiungere come la prospettiva dell'"ottimismo paziente", così come ci propone il Dott. Correale, molto utile nel lavoro così lungo e difficile con questo tipo di pazienti, si trovi, nel caso in cui vi sono coinvolti dei bambini, a confrontarsi con il problema che nei fatti questi bambini hanno fretta di recuperare dei genitori, diciamo, agibili.

Questa è una grossa contraddizione con cui ci si confronta, per gli incroci tra le dimensioni di verifica, controllo e in qualche modo poi sanzione dell'incapacità di questi pazienti che istituzionalmente ci competono, con la dimensione terapeutica.

Dr Correale: Credo che in questi casi la scelta di creare una forte dipendenza sia una scelta obbligata, la paziente deve cominciare a sentire che qualunque cosa le succeda ci sono persone che hanno una costanza di presenza, di continuità e di disponibilità per lei. Non è possibile spingere queste persone verso l'autonomia prima di un lunghissimo percorso preliminare, in una certa misura va accettata addirittura la dipendenza da noi, poi il problema diventa come utilizzare questa dipendenza. In questo caso sembra esserci una relazione tra la dimensione del desiderio e allo stesso tempo paura di ricongiungersi con la sua funzione materna, come se da un lato dicesse "io ci tengo, voglio fare da mamma ai miei figli" ma dall'altra non appena questa funzione materna si presentifica Nadia si terrorizza. Le possibilità di mettere insieme queste dimensioni sono due: da una parte quanto questo tema della maternità viene presentificato nelle sedute, di quanto in qualche modo si possa discuterne e

Quaderni di Gruppoanalisi

parlarne delle paure che suscita e di quanto queste siano collegate all'esperienza che lei ha fatto con la propria madre, cosa vuol dire fare la madre a qualcuno. Questa potrebbe essere una tematica molto ricca che apre delle prospettive su di lei, per aiutarla anche a capire quanto lei eviti questa maternità e al tempo stesso la desideri. Non penso sia possibile nè accettare una separazione drastica dai figli, mi pare che Simona sia più investita degli altri due figli, non dobbiamo cadere nella logica del tutto o nulla, diamo i figli a Nadia oppure togliamo i figli a Nadia, credo che si debba trovare una forma di rapporto tra Nadia e i figli che tuteli dalla incapacità di Nadia di tenere i figli ma che al tempo stesso non glieli sottragga completamente. Credo che in qualche modo si debba immaginare una frequentazione regolare di Nadia con questa figlia, che però non viva con lei ma che viva in un luogo dove possa stare. Ho avuto modo di vedere che quando c'è un accudimento istituzionale offerto dai servizi per i bambini e la mamma può sentire che mantiene un legame con questi bambini che non è però un legame troppo responsabilizzante, ciò può dare la possibilità di creare un tempo di attesa in cui sia possibile occuparsi dei figli. Promuovere un legame che sia connotato da una costanza della frequentazione senza addossare a Nadia la responsabilità e senza neanche dire "non sei capace punto e basta". Ho l'impressione che Nadia stia interiorizzando la relazione con i figli e il compito materno non si può considerare esaurito con il parto, perché per lei sembra essere troppo doloroso. L'ottimismo paziente è anche nel costruire un possibile rapporto con questa infanzia abbandonata. È acuto pensare che almeno una parte dei comportamenti dirompenti di Nadia sia dovuta all'esercitare la funzione materna.

Dott.ssa Corti: Quanto in questa oggettiva difficoltà può anche giocare la separatezza delle istituzioni che si prendono cura di pezzi diversi di una realtà complessa e come queste possano a loro volta amplificare scelte del tipo o questo o quello?

Dr Pellegrino: C'è un grande assente in questa situazione che probabilmente viene prima della tossicodipendenza della paziente, che già presentava disagio, ed è la psichiatria. L'atteggiamento anoressico come nutrimento non possibile, e la difficoltà ad accettare situazioni buone può far pensare all'impossibilità di stare accanto ai figli in quanto presenza affettiva buona. L'elemento normativo allora può determinare una sorta di svolta nella storia.

Dr.ssa Gentinetta: Mi sorprende che contrariamente a quanto siamo abituati a fare generalmente, oggi non abbiamo lasciato che il discorso circolasse, ma ci siamo messi in una posizione che è quella di provare a trovare delle risposte, con la fatica di dover operare delle scelte e l'impossibilità di provare a trovare

altri punti di incontro (tra servizi ad esempio) creativo. La paziente ogni volta che prova a tornare nel proprio luogo di nascita forse con l'illusione di fare qualcosa di buono, fallisce. Mi chiedo se forse il luogo di incontro, quello quotidiano nel servizio, permette di non dare una risposta definitiva, ma pazientemente, con la lente di ingrandimento, creare occasione di incontro.

Dr Correale: In queste situazioni a volte è utile il ricovero per ricostruire il fondo di accadimento, obbligato, che ricostruisca un piacere minimo della cura di trovarsi in un ambiente pulito con chi si prende cura della persona in tutto. L'appoggio dell'equipe in questo caso oltre che fornire l'appoggio relazionale può fornire anche la ricostruzione della quotidianità.

Lavori del pomeriggio

Il lavoro terapeutico nei gruppi

Dr Correale: Voglio proporre alcuni spunti più che una trattazione sistematica. Credo valga la pena, per chi ne ha possibilità di sperimentare molto con i pazienti borderline, di non avere paura, di modo da poter poi riflettere sulle esperienze e possano nascere idee e convinzioni da usare.

Ciò che è dato per sicuro è l'utilità di fare gruppi di pazienti borderline nelle prime fasi del trattamento, quando è fortemente indicata una funzione di contenimento degli aspetti autolesivi, impulsivi del comportamento in associazione alla terapia individuale. Questo è il famoso modello dialettico comportamentale della famosa Masha operatrice cognitivista americana che ha avuto molto successo perché è l'unica che abbia testato la sua terapia associando nei primi tempi del trattamento (sei mesi, un anno) la terapia individuale con la terapia di gruppo. L'intervento del terapeuta più che interpretare i comportamenti del paziente o del gruppo, tende a vedere l'altra parte di ogni argomento e affermazione o l'opposto di ogni affermazione. Se si parla di dipendenza si vede qual è la componente di indipendenza che è implicita in ogni comportamento, se si parla di amore lo si confronta sull'aspetto della rabbia, se si parla di tenerezza si parla anche dell'aspetto della sessualità, più che altro l'argomento che sviluppa è il fatto che in qualche modo ogni tema va visto nella sua componente contraddittoria. La finalità del gruppo è intanto quella di rappresentare una co-terapia con la presa in carico individuale, i due terapeuti, quello individuale e quello di gruppo dovrebbero essere diversi, avere tra di loro un buon rapporto, che riescano a parlare insieme senza competizione, possibilmente che abbiano un rapporto anche personale sufficientemente caldo e non solo professionale, che possano scambiarsi informazioni sulle due esperienze

Quaderni di Gruppoanalisi

che vengono fatte e i pazienti devono sapere che i due terapeuti parlano tra di loro. Questa modalità, secondo questo approccio di tipo comportamentale, avrebbe una finalità essenzialmente di tipo contenitivo e protettivo, servirebbe a diminuire gli aspetti di impulsività e quelli di autolesività, o tendenze al suicidio, autodanneggiamenti sulla propria persona. Lo stile del comportamento del terapeuta dovrebbe essere uno stile molto conversativo, dialogante, molto attivo, poco interpretante, molto domandante, più che spiegare il tipo di comportamento dovrebbe allargare continuamente il discorso, cioè far vedere come in ogni atteggiamento in modo più o meno implicito, in maniera più o meno nascosta, subdola o in maniera rinnegata anche aspetti opposti di quel comportamento. Esempio “L’ha fatto per fare rabbia a sua madre, ma forse l’ha fatto anche perché aveva tanto desiderio che sua madre corresse da lei...” oppure quando uno si arrabbia molto con una persona lo fa perché è mosso soltanto dalla rabbia o dietro la rabbia c’è una richiesta di qualche altra cosa? È interessante la prospettiva di usare il gruppo come un luogo dove la contraddittorietà si manifesta in forma particolarmente felice, dinamica, anche le tematiche che sono particolarmente amate dai borderline, la fedeltà e il tradimento, l’attaccamento e lotta, la sessualizzazione e la sublimazione. Sono gruppi tendenti a creare intorno ai comportamenti impulsivi un alone di riflessività, di ampliamento della discussione, di stimolare una maggiore capacità di cogliere elementi rinnegati, oltre che comportamenti e anche gruppi in cui ognuno portando la propria esperienza personale rappresenta all’altro lo specchio di quello che l’altro fa. Il tema del rispecchiamento per il borderline assume una importanza particolare in quanto permette di vedere nell’altro qualche cosa che è difficile riconoscere direttamente in se stessi. Un altro degli aspetti di questa proposta è che rappresenta una variante del tema della co-terapia. Negli ultimi tempi questo sta assumendo enorme importanza nella terapia dei pazienti borderline tanto da spingere qualcuno ad affermare che la co-terapia sarebbe la terapia di elezione per questi pazienti e che in qualche modo bisogna associare al trattamento centrale, il famoso clinico centrale di riferimento al quale facevo riferimento prima, anche un’altra forma di terapia in quanto il rischio di rotture, di contrasti, di spaccature col singolo terapeuta di riferimento è molto elevato, perché è facile che il paziente si arrabbi, si senta abbandonato, si offenda o ancor di più intimorito dall’idea di sviluppare un’eccessiva dipendenza, in quanto il paziente borderline è altrettanto preoccupato dall’esperienza dell’abbandono che di quella di una eccessiva vicinanza col terapeuta. La co-terapia metterebbe al riparo proprio da questo, quando entra in crisi il rapporto con un terapeuta, l’altro terapeuta rimarrebbe in fun-

zione e la possibilità di passaggio dall'uno all'altro consentirebbe quella continuità che altrimenti per un'unica persona non sarebbe facile da mantenere. Ciò non significa che il singolo terapeuta non debba ricondurre a se stesso tutte le vicende legate alla continuità, ma i momenti di spaccatura e di interruzione possono essere coperti dalle due polarità presenti. Nelle Istituzioni ormai questo è risaputo che nelle piccole equipe integrate quando manca uno deve esserci l'altro di modo che la continuità possa essere assicurata anche fisicamente. Altri approcci di gruppo sono rivolti al di là dell'aspetto contenitivo al disturbo borderline in quanto tale, si costituiscono come veri e propri gruppi di psicoterapia con una frequenza più prolungata nel tempo. Non so dare consigli precisi perché credo che poi ognuno debba seguire le proprie tendenze in queste cose, in linea di massima si può dire che è bene che nei gruppi siano limitate le persone con disturbi di personalità e che non si inseriscano persone con disturbi psicotici e borderline. Nei gruppi in cui ci sono pazienti psicotici e disturbi borderline, sembra che i borderline tendano a stabilire una sorta di leadership caratteriale sugli psicotici creando dei sottogruppi in cui lo psicotico tende a diventare gregario, questo lo si è osservato anche in alcune strutture comunitarie. È anche importante che questi gruppi non siano rigorosamente omogenei in quanto si possono creare delle situazioni di competizione o di scontro, di accentramento in quanto ognuno tenterà di rendere il gruppo sottomesso e si creerebbe una situazione tipo "fila allo sportello", per mezz'ora parlo io, poi per mezz'ora parla lui... ecc. dove il terapeuta è in grave difficoltà a creare una vera circolazione in cui il paziente quando ha la possibilità di prendere parola monopolizza il gruppo finché non gli viene tolta la parola. È bene quindi che in questi gruppi vi siano vari tipi di borderline o disturbi di personalità differenti con caratteri diversi di modo che si crei una certa fluidità.

Io nella immissione nel gruppo utilizzo molto come strumento il cercare di immaginarmi come quel paziente sarà in gruppo, può sembrare pragmatico come criterio, ma sembra abbastanza utile pensare a come si comporterebbe questo paziente in gruppo... è chiaro che quei pazienti che hanno un narcisismo molto spinto e che quando parla un altro staccano l'attenzione e si interessano esclusivamente di quando parlano loro non sono molto indicati, oppure pazienti troppo rigidamente ossessivi che tendono ad irrigidire il pensiero del gruppo, oppure pazienti perversi che tendono a riprodurre le loro fantasie, che terrorizzano i gruppi e tendono a creare delle situazioni di paralisi in cui il gruppo si blocca e si affida totalmente al terapeuta. Questi gruppi quindi si dovrebbero comporre con persone con disturbi della personalità più o meno variegati con pazienti che però abbiano una certa curiosità di interagire, all'in-

terno di patologie anche gravi, che siano desiderosi di interagire e di sentire che il rapporto umano non è solo una persecuzione ma in una certa misura è anche qualcosa che mobilita delle energie. Mi sono trovato particolarmente bene con gruppi omogenei per età, in quanto altrimenti si determina immediatamente una dialettica di tipo generazionale, oppure omogenei per situazione sociale, in quanto le persone interagiscono più volentieri se si trovano con persone con le quali possono condividere problemi di tipo comune. Mentre è interessante mettere insieme persone singole e persone sposate, persone con orientamento sessuale differente e che non siano gruppi troppo monosessuali, in quanto la persona isolata di sesso diverso si trova a sostenere tutto il peso della rappresentanza del suo sesso e quindi può veicolare in modo eccessivo desideri e fantasie che possono anche destabilizzare, e inoltre generalmente i gruppi che presentano una predominanza dello stesso sesso tendono a presentificare l'altro sesso in modo paranoico in quanto la presenza massiccia rimanda immediatamente alla presenza dell'assenza, della parte che manca.

Altro punto è la co-terapia nel gruppo: il tema è molto dibattuto spesso è di aiuto per il terapeuta ma il grande problema è: quanto si va d'accordo tra coterapeuti, cioè se esiste un accordo, se ci si intende, anche in modo personale o invece se c'è troppa competizione, dipendenza o paura. Il gruppo immediatamente tende a fare delle fantasie sul tipo di rapporto che c'è tra i due terapeuti e amplia immediatamente la gamma degli investimenti transferali sulla coppia. Per entrare più nello specifico della conduzione del gruppo bisogna tenere presente che alcuni aspetti dei borderline traggono vantaggio dall'essere visti in gruppo:

la **persecutorietà**: se un paziente è particolarmente incline a stabilire rapporti persecutori nel gruppo potrà procedere a stabilire delle differenze tra le persone, noterà caratteri differenti e potrà proiettare su ognuno caratteristiche diverse e quasi naturalmente si creerà la possibilità di non essere in balia di un unico oggetto pericoloso e difficilmente sentirà tutto il gruppo alleato contro di lui, in linea di massima la persecutorietà nel gruppo è minore rispetto ad un singolo terapeuta, e la dimensione della paura di farsi curare in gruppo generalmente è alleggerita. Il borderline è tanto spaventato di essere abbandonato quanto di essere invaso, l'altro è sempre traumatico: o è traumatico perché non c'è o è traumatico perché c'è.

La **frammentazione e gli aspetti scissionali** sono molto accentuati nel borderline, quindi è facile che il paziente veda dell'altra persona soltanto un aspetto, nei gruppi il terapeuta ha la possibilità di far vedere come ognuno di questi aspetti, di queste voci che rappresentano una parte creano

anche una mescolanza, una figura unica e che queste voci accostandosi possono essere richiamate a creare delle sintesi, il gruppo per sua natura è un apparato sintetizzante, le parti frammentate riescono a fronteggiarsi, più di quanto si possa vedere nella terapia individuale. In questo il gruppo teatralizza la presenza di posizioni (e persone) diverse, una delle funzioni terapeutiche del teatro è proprio la personificazione dei personaggi, vedere personaggi che interagiscono insieme, il dottore e il paziente, la madre e il figlio, l'uomo e la donna riconduce a unità, a sintesi, parti scisse.

Il **tempo** del borderline è un tempo spezzettato, tutto concentrato sul presente, e con una perdita della dimensione della memoria che facilmente viene dissociata, scissa, spinta lontano, e rispetto al futuro emerge la difficoltà di anticipare gli effetti delle proprie azioni. Il gruppo tende a ricomporre la dimensione temporale, il parlare in gruppo tende a ricostruire un prima e un poi, ristabilisce una sequenza degli eventi. I membri del gruppo tendono a fare domande sugli eventi a farsi raccontare e questo raccontare temporalizza, ricostituisce dei nuclei di temporalità.

I fattori terapeutici importanti nei gruppi con pazienti borderline quindi sono: **la diminuzione della persecutorietà del soggetto, l'introduzione massiccia di una molteplicità di voci che messe insieme ricostituiscono un teatro, e la possibilità, attraverso il dialogo, di ricostituire una successione temporale.**

Per quanto riguarda il tipo di conduzione si riaffaccia l'annosa questione dell'intervento sul gruppo o dell'intervento sul singolo. In realtà gruppo e individuo non sono due termini che si possono eludere l'uno con l'altro, il problema semmai è vedere come si possano verificare delle commutazioni tra un livello e l'altro. In questo tipo di gruppi gli interventi sul singolo tendono a determinare quella persecutorietà della quale abbiamo parlato prima, e inoltre per pazienti così avidi di riconoscimenti può determinare anche delle invidie. Sembra più opportuno portare interventi che tendano a far circolare le informazioni che non a concentrarsi su una singola persona. Chiamo questa tecnica amplificazione tematica: viene proposto un tema, il terapeuta amplia quel tema, presenta caratteri apparentemente non detti e li rilancia al gruppo perché il gruppo li sviluppi in qualche modo. Ad esempio se si parla della gelosia si può posizionarsi in modo dialogico quasi con una posizione filosofica: "tutti gli esseri umani hanno il problema della gelosia ma che cos'è la gelosia, perché si è gelosi, che ne dite?" Intrecciare tra di loro le varie componenti di un tema aiuta moltissimo ad allargare la prospettiva e crea un discorso che contribuisce ad arricchire molto la dinamica del gruppo senza troppo imprigionarla in un singolo individuo.

Quaderni di Gruppoanalisi

Discussione:

Come accompagnare il paziente che porta un trauma reale o fantasticato?

Non si può far cadere o abbandonare il discorso sul trauma quando un paziente lo porta, bisogna raccogliere il discorso e amplificarlo. Ciò non vuol dire che vada preso come se fosse la deposizione di un testimone ma il discorso potrebbe essere “comunque lei sta parlando di una cosa molto importante per lei, se poi sia andata esattamente così lei non è proprio sicuro, può darsi che se lo ricorderà in futuro come può darsi che non se lo ricorderà” ciò per evitare che ci si comporti esattamente come il padre o la madre che magari hanno tralasciato l'importanza di tale evento. Allargare il discorso nel gruppo significa anche chiedere agli altri se hanno avuto esperienze simili, quali possono essere le emozioni che si provano in quei momenti, se esistono esperienze culturali collettive (film, libri) che aiutino ad approfondire degli aspetti. È come se questi pazienti provassero delle emozioni in modo molto intrecciato, agglomerato e l'amplificazione nel gruppo serve anche a vedere tutte le emozioni implicate. Non è solo quindi la possibilità di ricordare il trauma ad essere terapeutico, è terapeutico l'aver recuperato un ricordo, ma la situazione è ancor più complessa perché a sua volta il trauma può rappresentare la scena-modello di una relazione, quindi diviene importante non tanto la scena in particolare ma che la paziente raccontando un episodio ci sta raccontando un modo di rapporto con qualcuno, il padre, la madre e far circolare questo aspetto nel gruppo che spesso funziona anche come forte contenimento.

Ci sono poi pazienti che sembrano parlare per ideologia “le donne sono tutte leggere, non ci si può fidare di nessuno...” si può prendere con leggerezza questo approccio o altrimenti chiedere quale filosofia ci sia dietro questi modi convenzionali di pensare, come nasce una convinzione in una persona. Inoltre dal momento che il trauma e le vicende traumatiche della quotidianità sono soggette continuamente a spezzettamenti, oblii, la narrazione acquista un significato molto importante. Il raccontare cosa è successo ci dà gli elementi per poter denominare l'emozione che si è verificata. È importante che la narrazione avvenga in gruppo perché attraverso i diversi interventi obbligano colui che racconta a specificare meglio e a porsi delle domande, ad approfondire dei dettagli, dei particolari e si creano questi nuclei di temporalità: piccole scene, piccole sequenze che hanno nella loro successione una loro completezza, come dei piccoli archi temporali di vita che vengono incamerati dal gruppo come ricordi che poi possono essere utilizzati successivamente dal gruppo stesso. Una successione di eventi che

hanno una loro logica che si sviluppa nel tempo e conferiscono una modalità temporale alla situazione che altrimenti rimarrebbe spezzettata.

In questi gruppi è necessaria una conduzione molto energica in quanto alcuni di questi pazienti tendono ad assumere una centralità e ad usare il gruppo come se fosse il teatro del loro personale racconto. È necessario quindi che il terapeuta sia capace di dare la parola, di toglierla, comportamenti che rendano chiaro che il terapeuta tuteli il gruppo.

Quando ci sono situazioni di emergenza, comportamenti violenti, azioni pericolose, bisogna che il terapeuta assuma un ruolo molto direttivo, forte, che dia la sensazione che il terapeuta padroneggia e contiene questi comportamenti e che non si lascia travolgere.

Per condurre un gruppo di pazienti borderline bisogna mettersi in uno stato d'animo come quello che si ha nel dirigere una barca in un mare piuttosto mosso, non si può stare a guardare.

Dopo molti anni i gruppi di borderline si avvicinano di più ai gruppi di nevrotici, con tematiche più tradizionali, è possibile interpretare di più i sogni ecc.

La frequenza non deve essere minore ad una volta alla settimana per questi pazienti, l'ideale sarebbe il gruppo una volta a settimana, la terapia individuale una volta a settimana e lo psichiatra per il monitoraggio dei farmaci. Rispetto alla questione del gruppo a termine o per un tempo indefinito, il termine presenta vantaggi e svantaggi. È un vantaggio poter stabile un assetto di consapevolezza, ma allo stesso tempo il termine introduce un elemento luttuoso ancor prima di cominciare, e rischia di diventare un gruppo pedagogico più che di esperienza emozionale.

È importante anche accettare che all'interno di un unico percorso terapeutico possano esserci tante tranches di terapia la psicoterapia, la comunità, la terapia di gruppo ecc. è necessario pensare che talvolta si possa articolare il percorso in fasi e il passaggio da una fase all'altra deve essere consapevole. I passaggi vanno guidati affinché il paziente non li viva come luttuosi bensì come passaggi normali con obiettivi esplicitati sia per il paziente sia per l'istituzione. Solitamente il paziente borderline mette in discussione la leadership dell'Istituzione attraverso ciò che muove negli operatori direttamente coinvolti nella cura per cui è necessario che il microgruppo che si occupa del paziente deve essere supportato da due lati: dalla base attraverso una ricca informazione e dal vertice attraverso il supporto umano, professionale, legale. È importante ancora che l'operatore che si occupa di borderline possa confrontarsi continuamente sul piano formativo, e che possa avere un ricco afflusso di informazioni, chi si occupa di borderline va continuamente alimentato.

Quaderni di Gruppoanalisi

A.P.R.A.G.I.
Associazione per la Ricerca e la Formazione
in Psicoterapia Individuale, di gruppo e Analisi Istituzionale
SEDE LEGALE: Via Antinori, 6 - 10128 Torino
Cod. Fisc. 97516070014 - Partita IVA 08076800013

SEMINARI 2006

Per il 2006 i Seminari organizzati dall'Apragi e proposti anche agli allievi della Scuola di Psicoterapia Coirag e agli allievi della Scuola di Formazione alla Conduzione di Gruppi dell'Apragi si raccolgono sotto il titolo:

“Gruppoanalisi tra mente e corpo”

25 marzo 2006

dott.ssa E. Di Bella, dott.ssa S. Fornero

“Rapporti tra psicoanalisi, gruppoanalisi e neuroscienze: un'introduzione a origini ed evoluzione epistemologica”

20 maggio

dott.ssa Saottini , dott.ssa A. Simonetto

“Il corpo in adolescenza”

23 settembre

Soci Apragi

“Esperienze gruppoanalitiche tra mente e corpo”

14 ottobre

dott.ssa M. Malacrea, dott.ssa L. Pianarosa

“Dalla neurofisiologia alla psicoterapia”

La sede dei seminari è in c.so Trento n. 13, presso l'Educatario della Divina Provvidenza (zona Crocetta), con orario 9.30-17.30.

Tutti i Seminari sono aperti gratuitamente ai soci Apragi; il seminario con la dott.ssa Malacrea potrà essere accreditato ECM per medici e psicologi .

Quaderni di Gruppoanalisi

**SCUOLA DI FORMAZIONE ALLA CONDUZIONE DI GRUPPI
secondo la teoria e la tecnica gruppoanalitiche**

c/o dott.ssa Saura Fornero, C.so Sebastopoli n. 44, 10134 Torino, tel. 011 3194773

Corsi di sensibilizzazione: “Lavorare con la relazione”

I corsi sono organizzati dalla Scuola di Formazione A.P.R.A.G.I. alla conduzione di gruppi secondo la teoria e la tecnica gruppoanalitiche e sono indirizzati a tutti quei professionisti nel cui ambito lavorativo sia rilevante **l’aspetto relazionale, individuale e di gruppo**: medici, psicologi, operatori della sanità, educatori, formatori, insegnanti, assistenti sociali, operatori sociali e culturali, ecc.

Obiettivi e modalità di svolgimento

Ogni corso si articola in 8 incontri di 2 ore e mezza ciascuno (totale 20 ore) a conduzione gruppoanalitica; gli incontri si svolgono in piccolo gruppo (8-10 partecipanti), a cadenza settimanale, in orario preserale/serale.

Durante gli incontri, attraverso il confronto e la discussione in gruppo di situazioni professionali, ci si propone di sensibilizzare i partecipanti alla teoria e alla tecnica gruppoanalitiche, iniziando a promuovere un’attenzione più riflessiva e più consapevole verso il proprio contesto professionale e favorendo l’acquisizione di competenze relazionali fondamentali.

Notizie utili

Data prevista per l’inizio del prossimo corso: 22 settembre 2006.

Crediti ECM per tutte le professioni richiesti; crediti assegnati alla precedente edizione: 17/22. Il corso è aggiornamento per insegnanti e dirigenti scolastici autorizzato dal CSA (già Provveditorato agli Studi di Torino) dall’anno scolastico 1998-’99 a tutt’oggi.

Per informazioni: dott.ssa Mara Gallo tel. 3395806543; m.galloedel@virgilio.it

Scuola di Formazione alla conduzione di gruppi secondo la teoria e la tecnica gruppoanalitiche

La Scuola si rivolge a coloro che, svolgendo un’attività in contesti nei quali è rilevante l’aspetto relazionale, intendano acquisire competenze per operare sia all’interno del proprio gruppo di lavoro, sia con gruppi di utenti. La Scuola, dunque, è aperta a figure professionali diverse: medici, psicologi, educatori, assistenti sociali, infermieri, insegnanti, dirigenti, formatori, animatori culturali ecc.

Obiettivi e modalità di svolgimento dei corsi

Il percorso formativo della Scuola è suddiviso in due bienni: il primo biennio è un corso di formazione di base per l'acquisizione di elementi riguardo la dinamica delle relazioni in gruppo; nel secondo biennio la formazione è finalizzata alla conduzione gruppoanalitica di gruppi. Il secondo biennio è suddiviso in due indirizzi: conduzione di gruppi non clinici (gruppi di formazione, gruppi istituzionali, di progetto, équipe di lavoro, gruppi tematici di discussione, ecc.) e conduzione di gruppi clinici (rivolto a coloro che sono iscritti nell'elenco degli psicoterapeuti).

L'impegno orario è di circa 140 ore annuali (gruppi esperienziali, gruppo teorico, seminari, incontri di verifica individuali e in gruppo).

Notizie utili

Crediti ECM per tutte le professioni: circa 40 l'anno. Parte delle attività della Scuola sono aggiornamento per insegnanti e dirigenti scolastici autorizzato dal CSA (già Provveditorato agli Studi di Torino) dall'anno scolastico 1998-'99 a tutt'oggi.

Per informazioni: dott.ssa Saura Fornero, tel. 011 3194773; fornero@libero.it; dott.ssa Luisella Pianarosa, tel. 011 3194773; luisella.pianarosa@libero.it.

3. Psicologia Scolastica

Organizzato dalla **Scuola di Formazione A.P.R.A.G.I. alla conduzione di gruppi secondo la teoria e la tecnica gruppoanalitiche**, il corso si rivolge a psicologi che intendano operare o già operino nella scuola. Si articola in due moduli distinti, ciascuno frequentabile separatamente. Ciascun modulo prevede 36 ore di frequenza, suddivise in 9 incontri, che alterneranno momenti teorico-informativi e momenti esperienziali.

L'iscrizione è subordinata alla presentazione del curriculum e a un colloquio di ammissione. Al termine di ciascun modulo sarà rilasciato un attestato di frequenza.

Obiettivi e metodologia

Obiettivo del training è fornire strumenti di base essenziali per l'analisi e la decodificazione delle domande di intervento che la scuola pone allo psicologo, per la costruzione di ipotesi progettuali ben ancorate teoricamente e fondate su realistiche valutazioni di fattibilità.

La metodologia prevede:

incontri a carattere prevalentemente teorico:

incontri informativi su temi istituzionali: legislazione scolastica, assetto

Quaderni di Gruppoanalisi

giuridico del rapporto di consulenza, deontologia professionale; lezioni di psicologia della didattica in relazione con la specificità dei cicli di istruzione; elementi di teoria e tecnica gruppoanalitiche applicate al contesto scolastico;

incontri esperienziali: incontri in piccolo gruppo a conduzione gruppoanalitica, con confronto di esperienze professionali tra i partecipanti, riflessioni teorico-tecniche, elaborazione e verifica di ipotesi progettuali, recording.

Modulo A – La costruzione della relazione tra istituzione scuola e consulente psicologo

- Dai bisogni di intervento psicologico nella scuola alle domande di consulenza; - Lo psicologo nella scuola, con la scuola, per la scuola: le sue possibili funzioni; - Funzioni dello psicologo nei diversi gradi di istruzione; - Le aree di intervento: costruzione e presentazione di possibili progetti; - Psicologo e scuola: storia ed inquadramento normativo.

Modulo B – La gestione della relazione tra istituzione scuola e consulente psicologo

- La relazione con le diverse figure professionali all'interno della scuola (dirigenti, referenti di commissione e/o di progetto, personale ausiliario, operatori dei servizi territoriali, operatori terzo settore): bisogni, aspettative, disponibilità/indisponibilità ad interagire, richieste "impossibili", contraddizioni, manipolazioni, individuazione delle risorse; - La relazione con gli utenti della scuola (discenti e loro familiari): bisogni, aspettative, definizioni della domanda; - Quali setting per quali interventi: consulenza, formazione agli insegnanti, gruppi di discussione, gruppi classe; - Aspetti problematici dell'interazione tra setting differenti; Questioni deontologiche nella gestione delle relazioni tra committenza ed utenza.

Per informazioni: dott.ssa Renata Pastrone, tel. 3392612753 ore 17.00-18.30, germapast@libero.it

CORSO DI FORMAZIONE IN GRUPPOANALISI FAMILIARE

Il corso di formazione in gruppoanalisi familiare si propone di ampliare le competenze di intervento sul gruppo famiglia. Il tema della genitorialità in diversi ambiti, sia clinico che preventivo, si impone agli interessi dei professionisti, che a vario titolo vengono a contatto con genitori, con famiglie ricomposte, con adolescenti, con bambini, sia nel contesto istituzionale che privato.

La tecnica gruppoanalitica permette, nel lavoro sulla genitorialità, di riattraversare le matrici familiari (trans-generazionali) che imbrigliano le relazioni e le comunicazioni in reti patologiche e di riattivare la memoria personale attraverso quella collettiva.

Sempre più si è a contatto con fenomeni macrosociali di allentamento dell'immagine genitoriale e delle reti sociali che la sostengono.

Il metodo gruppoanalitico sottolinea la rilevanza delle reti comunicative all'interno dei gruppi: familiari, sociali, istituzionali.

Metodologia

Modulo teorico-clinico:

La consulenza ai genitori nelle fasi critiche della crescita;

Il disagio familiare in adolescenza;

Gruppi di sostegno, motivazionali e terapeutici per genitori, madri, padri;

Criteri per la valutazione della genitorialità;

Percorsi istituzionali e di sostegno per genitori adottivi e affidatari.

Modulo applicato alla pratica clinica:

Discussioni di situazioni problematiche in piccolo gruppo a conduzione gruppoanalitica.

Il corso è rivolto a professionisti psicologi, psicoterapeuti, medici pediatri, medici di base, neuropsichiatri infantili, psichiatri; sarà accreditato ECM.

Quaderni di Gruppoanalisi

La durata totale del corso è di 32 ore, suddivise in quattro giornate; si attiverà nella primavera 2006.

Coordinamento scientifico del Corso:

N. Benedetto, Psicologo Dirigente ASL 3 Torino, Gruppoanalista, Docente Scuola di Specializzazione in Psicoterapia della COIRAG

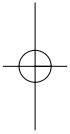
Relatori: Esperti delle professioni a cui è rivolto il Corso e Docenti dell'Università

Conduttori: C. Boglione, T. Campagna, M. Romaniello, psicologi psicoterapeuti gruppoanalisti

Segreteria tecnica: F. Boccardo, M. Chiantore, M. Gianaria

Per informazioni: dott.ssa C. Boglione 347/1169200, e-mail: [***cinzia.boglionne@virgilio.it***](mailto:cinzia.boglionne@virgilio.it); dott.ssa T. Campagna 338/2611445, e-mail: [***tiziana88@jumpy.it***](mailto:tiziana88@jumpy.it)

Quaderni di Gruppoanalisi



Quaderni di Gruppoanalisi

