

## **Uno spazio gruppale per il paziente borderline: vicissitudini di una supervisione istituzionale**

Raffaele Fischetti

### **Da dove si osserva**

È difficile porsi al di fuori della nosografia psichiatrica perché operiamo sempre all'interno di schemi di esperienza del mondo organizzati dal linguaggio che abbiamo ereditato. Il linguaggio "ci mette nelle condizioni di parlare" e non possiamo farne a meno per arrivare alla radice delle cose. Pichon-Rivière ci dice che la definizione di malattia mentale non risiede nel paziente, bensì nell'organizzazione del pensiero che gli psichiatri possiedono, nel loro modo di osservare. Ogni definizione implica sempre un vincolo, rivela una differenza; Pichon-Rivière lavora proprio su questa differenza.

Pichon-Rivière si pone sempre dentro e fuori: prima dall'istituzione psichiatrica, poi da quella psicoanalitica. Questa tensione mette costantemente in discussione il modo in cui la malattia viene concepita in sé, senza distinzioni, e soprattutto al di fuori del contesto vincolare. Ci sarà sempre qualcosa al di là della manifestazione della malattia, qualcosa che deve essere interrogato perché il suo significato è celato. Lo psicoanalista che si accosta al paziente deve tenere conto di queste complesse relazioni: egli stesso è parte del vincolo e vi contribuisce con qualcosa di sé. L'articolazione interna della storia e del contesto del paziente conferisce significato ai sintomi.

Nella cura dei pazienti Pichon-Rivière cerca sempre di creare nuovi spazi che mobilitino risorse e abbattano gli stereotipi; offre ai pazienti un altro modo di vedere le cose e la possibilità di instaurare vincoli sociali differenti. Adotta sempre una posizione attiva, ricercando alternative all'istituzionalizzazione. Il rapporto e la convivenza con i pazienti dell'Ospedale Psichiatrico Borda, e spesso con le loro famiglie, gli permettono di osservare il processo di malattia nel suo contesto e di

individuare gli aspetti legati ai meccanismi di isolamento e segregazione.

Questo modo di guardare e collocare le cose rivelerà gradualmente le dinamiche familiari e gruppali esistenti, esposte e condensate nella produzione sintomatica. Una dinamica in cui un precario equilibrio familiare è stato messo in crisi. Pensiamo che in tutte le istituzioni esistono delle pieghe, degli spazi che permettono di implementare pratiche psichiatriche alternative.

Parliamo di borderline come di una metafora di ordine spaziale e geografico per riferirci a un gruppo di persone con gravi sofferenze, con grande complessità sintomatologica, di base indifferenziata, che non si possono situare né come nevrotici, né come psicotici, né come caratteropatici. Sono pazienti che fanno trasgressioni al setting, sviluppano vincoli transferali di grande intensità e tendono ad agire, mostrando poca possibilità di pensiero sulla loro sofferenza. Spesso hanno un vissuto di grande solitudine che può portare a tentativi di suicidio e in altre occasione all'abuso di alcol, sostanze o episodi di bulimia o anoressia oppure ad agiti aggressivi e/o erotici con un alta componente di auto-distruttività. In alcuni casi sopravvengono episodi psicotici con allucinazioni e deliri.

Credo che oramai sia diffusa in tutto il contesto scientifico l'idea che non si può parlare di borderline se non si parla di esperienze traumatiche ripetute, emerse nella prima parte della vita e in un contesto familiare problematico.

Su questo non mi vorrei molto soffermare, ma solo ricordare che le esperienze traumatiche ripetute sono quelle relazioni allarmanti, imprevedibili, in cui il vissuto di continuità è ripetutamente messo a rischio da un vissuto di interruzione, di rottura e di lacerazione, in cui una mancanza di depositari affidabili introduce un elemento di allerta, di attenzione vigilante sempre eccessiva e di profonda instabilità.

Penso inoltre che il grande problema del lavoro con il paziente borderline sia quello di come starci insieme, cioè quale sia il vincolo che si può instaurare e come si possa convivere con i sentimenti che

ci possono far provare.

Questo è, credo, l'aspetto più importante perché ci troviamo in un momento della psichiatria in cui siamo tutti a rischio per quella che suggerisco di chiamare la deriva comportamentista, ossia l'imperativo di occuparci essenzialmente di che cosa fare con il paziente borderline, piuttosto di pensare a come farlo e a quello che noi sentiamo e facciamo con loro.

La nozione di spazio ci può consentire di affrontare con modalità diverse le problematiche del vincolo tra l'istituzione e il paziente borderline. Intendo che lo spazio istituzionale delinea una nuova offerta istituzionale, permette di mettere in moto anche lo spazio familiare, gruppale e sociale, che come abbiamo accennato, è al centro della comprensione del borderline.

Lo spazio non è solo lo spazio manifesto e sociologico, trascina la dimensione dello spazio interiore, immaginario e della soggettività. Il mondo esterno e il mondo interno sono due facce della stessa medaglia, costituiscono un'unità su cui lavorare per intravedere la portata del concetto di spazio nella cura del borderline.

Sottolineiamo la risonanza significativa della disposizione degli spazi che ci obbliga a riorganizzare le osservazioni, gli interventi e le interpretazioni sulle circostanze cliniche che il borderline porta.

Nello stesso tempo modificare la struttura della motivazione delle cause delle malattie implica un'altra concezione del processo dell'ammalarsi e della cura, nuovi metodi e strategie terapeutiche.

### **L'intergioco tra domanda e offerta**

Domanda e offerta non sono due elementi esterni una all'altra, ma configurano un vincolo. Il vincolo è una struttura complessa che include almeno due soggetti, la loro reciproca interrelazione, sia a livello di oggetti esterni sia a livello di oggetti interni, le loro funzioni e le loro fantasie. Questa configurazione crea uno spazio emotivo e mentale che ha una sua specifica rappresentazione inconscia. Sottolinea la reciprocità e la sincronizzazione tra le persone, è frutto cioè di un investimento incrociato tra due

soggetti e spesso concretamente tra due gruppi. Nella nozione di vincolo è inclusa “un’influenza”, funzionale alla relazione stessa. Per questo Bauleo dice che nel vincolo tra domanda e offerta è inclusa un’influenza reciproca e che nella domanda è implicita l’offerta. Si riconosce la rilevanza delle relazioni sociali nella formazione della domanda. ***È l’organizzazione istituzionale dell’offerta che determina la forma della domanda.*** Il servizio attraverso le particolari modalità di interazione con i pazienti, entra nella costituzione del processo di formazione della domanda.

Nei momenti in cui serve una trasformazione, è necessario rompere la razionalità formale, cioè un’organizzazione precostituita, stereotipata, naturalizzata per il raggiungimento di certi compiti (di risposte cioè a certi bisogni), e cercare delle modalità creative per ricontestualizzare i fini e i mezzi dell’istituzione che fa un’offerta.

Il campo della multi-interdisciplinarietà e quello dei differenti dispositivi di cura si intersecano nello spazio dell’analisi della domanda e producono un doppio livello di frammentazione, dice Armando Bauleo. Le varie figure professionali e i dispositivi specialistici (ambulatorio, ricovero, ospedale di giorno, comunità terapeutiche, ecc.) che sono presenti nell’equipe producono una doppia frammentazione della domanda di cura, in quanto prendono in considerazione aspetti parziali della stessa. Quando ci chiediamo chi si fa carico della richiesta di intervento, ci troviamo di fronte a un campo complesso. La fantasia soggiacente ad ognuno di questi ascolti selettivi, parziali é quella di essersi fatta carico della totalità della problematica.

Molti malintesi, confusioni o conflittualità che si manifestano nell’equipe di fronte al paziente borderline sono gli emergenti di questa situazione. Sarebbe utile alle equipe uscire da questo impasse di aggregazione o somma di diagnosi e tecniche terapeutiche e riuscire invece a cambiare ottica. Si tratta di collocarsi rispetto al paziente come a un incrocio di osservazioni e di adottare uno schema di riferimento che opererà una sintesi di quanto é stato osservato.

Non si tratta di stabilire una gerarchia tra le figure professionali o i dispositivi di cura, ma di trasformare gli schemi di riferimento durante il processo del lavoro terapeutico. A partire da questo punto potranno essere integrati i diversi aspetti disciplinari o

specialistici che arricchiscono la comprensione della richiesta di cura. E' necessario che l'equipe abbia la possibilità di istituire spazi di decentramento (riunioni di equipe, formazioni, supervisioni) per poter riflettere sui propri compiti istituzionali e ripensare alle proprie implicazioni.

Vorrei semplicemente proporre alcune riflessioni sui *limiti* del lavoro istituzionale cercando di leggere tali limiti come elementi appartenenti all'inquadramento (spazio, tempo, funzioni e compito), capaci cioè di organizzare il campo di intervento, di attivare contenimento e di sollecitare gli aspetti vitali dei pazienti e degli operatori. Voglio cioè interrogarmi sugli aspetti dinamici e positivi del limite, mettendo tra parentesi l'ovvia considerazione di elemento frustrante e persecutorio.

Armando Bauleo ci ricordava che i servizi prima di erogare un aiuto devono essere in grado di decodificare e in qualche modo rispettare l'originalità della domanda. L'inquadramento servirà allo scopo di rendere interno l'esterno e di osservare l'interno dall'esterno.

Voglio dire che non siamo lì per fornire facilitazioni sociali concrete, ma per modificare una certa situazione di sofferenza, a partire dai nostri e dai loro limiti. La relazione con i borderline viene a calarsi in una cornice non più duale, ma in un campo di relazioni. Guardare al campo vuol dire sapere dove si è, che cosa si può fare realmente con una richiesta, riconoscere i propri limiti, confidare negli aspetti vitali dell'utenza, anche se spesso essa ci sollecita e ci seduce a prenderci cura in toto di loro, stimolando la nostra onnipotenza. Una delle conseguenze di quest'ultimo atteggiamento è quello di arrivare ben presto alla saturazione dei servizi con tutte le conseguenze, anche di natura economica, che si possono immaginare.

Per la nuova clinica del paziente borderline, il malato e la malattia sono due cose differenti, è importante riconoscere che il borderline emerge da una struttura familiare nella quale è implicato, i cui limiti devono essere ricercati al di là dell'ambito esclusivamente individuale.

Il rifiuto di comprendere che ogni dinamica vissuta è il risultato di intersezioni verticali, orizzontali e trasversali, fa sì che si voglia risolvere ogni situazione conflittuale assumendo il paziente, colui nel quale esso emerge, come il problema

stesso. Per questo è necessario mettere al centro del trattamento dei pazienti borderline momenti gruppali, come la psicoterapia di gruppo, la psicoterapia della famiglia e i gruppi multi-familiari per i pazienti e i loro familiari e momenti di lavoro in equipe, formazione e supervisioni per gli operatori.

È fondamentale, per una buona riuscita del trattamento che tutto il gruppo dei curanti condivida il modello teorico e clinico di riferimento. Molte discussioni e molti contrasti all'interno dell'équipe, derivano da una non condivisione dei concetti generali relativi alla natura del cosiddetto disturbo borderline. Le più frequenti divisioni si formano tra coloro che tendono a dare più importanza alla dimensione di bisogno e di carenza di questi pazienti e coloro che tendono invece a dare maggiore importanza alla dimensione aggressiva e distruttiva.

A questo proposito Pichon-Rivière parlava di mobilità delle strutture nel senso che le strutture sono strumentali e situazionali in ogni momento in ogni hic et nunc del processo vincolare. I borderline sono quelli che ci mostrano di più una mobilità delle strutture.

### **Alcune linee di lavoro**

In questo lavoro ci soffermiamo su tre aspetti della gestione del paziente borderline:

- 1) Assenza del senso di continuità e dipendenza
- 2) Violenza del borderline e violenza istituzionale
- 3) Transfert vischioso e controtransfert di estremo affaticamento

#### *1) Assenza del senso di continuità e dipendenza*

a. **L'holding** di cui parla Winnicott nasce come salvaguardia del tessuto del continuare-a-esistere del lattante e con il passare del tempo si trasforma in sostegno delle modalità di esistenza del bambino che si vincola con la madre.

Winnicott ci parla dell'esperienza del paziente che fornisce ogni dettaglio del suo week-end e si sente soddisfatto se alla fine tutto è stato detto, sebbene l'analista si renda conto che non è stato svolto alcun lavoro analitico. A volte dobbiamo interpretare questo come un bisogno del paziente di essere conosciuto in tutte le sue parti e i suoi aspetti da un'altra persona. Essere conosciuto vuol dire sentirsi integrato almeno nella persona dell'analista. Questo è ciò che si ritrova abitualmente nella vita

del borderline, quasi sempre non ha avuto un luogo, che gli possa consentire di riunire i propri pezzetti gli uni agli altri.

Quando Winnicott fa questa affermazione egli non intende «interpretare» nell'accezione di proporre delle interpretazioni verbali al paziente, ma di rappresentare quel luogo umano nel quale il paziente diviene un tutto integrato. Per l'istituzione rientra in questo genere di holding il compito di provvedere a uno spazio (stato mentale) nel quale il paziente possa riunificare tutti i propri pezzi.

**b. Il setting** attribuisce al momento spaziale un doppio significato. Bleger ci dice che il setting segnala ciò che avviene ai confini tra interno e esterno, è l'emblema della presenza di una situazione istituzionale e per questo ci sottolinea che un setting c'è sempre. Se c'è un dispositivo di cura vuol dire che necessariamente c'è un setting. Per questo ci mette in guardia rispetto alle situazioni in cui il setting ci pone problemi. E i borderline pongono seriamente problemi rispetto al setting. Bleger pensa che certi aspetti sono depositati, e immobilizzati nel setting, soprattutto i più psicotici o problematici della situazione o dei due partecipanti al vincolo. Sono aspetti che per il paziente e per il terapeuta sono vitali, perché toccarli implicherebbe il rischio di perturbarlo e di squilibrarlo eccessivamente. Emerge la questione di quello che facciamo con il setting e soprattutto di quello che il setting fa con noi, rispetto all'orientamento e il significato che diamo alla cura, lo schema di riferimento che abbiamo e le fantasie che giocano. Perché ciò che è sempre presente non viene percepito. Sto parlando di quello che Bleger chiama “mondo fantasma” del paziente, e certe volte del terapeuta.

c. La nozione di **contenimento** cerca di descrivere lo spazio del pensiero e della comunicazione tra il paziente e l'operatore che si trovano in un rapporto intimo. Una parte di ciò che ha luogo nella situazione contenitore-contenuto costituisce un'operazione di identificazione proiettiva messa al servizio della comunicazione.

In Bion l'interesse centrale della psicoanalisi risiede nell'interazione dinamica tra i pensieri e i sentimenti provenienti dal vissuto emotivo (il contenuto) e la capacità di sognare e pensare questi pensieri (il contenitore). Come sappiamo la capacità del borderline di pensare è minima, prevalgono gli agiti e gli attacchi violenti

In altre parole, è compito soprattutto dell'equipe instaurare nel setting le condizioni che permettano la crescita reciproca del contenitore (la capacità di reverie) e del contenuto (pensieri e sentimenti provenienti dall'esperienza). Quando il borderline sviluppa la capacità di generare una più ampia varietà di pensieri e sentimenti connotati da maggiore profondità in risposta alle sue esperienze (passate e presenti) e di sognare quei pensieri (vale a dire realizzare un lavoro psicologico inconscio con quei pensieri) egli non ha più bisogno del contenimento del terapeuta. Sappiamo dalla clinica di quanto sia faticoso questo processo.

## *2. Violenza del borderline e violenza istituzionale*

Quando ci si confronta con un paziente aggressivo e violento è sempre meglio tener presente, mentre ci proteggiamo, che dietro la violenza può esserci qualcuno che in realtà si sente molto debole e vulnerabile.

Solitamente i borderline che hanno comportamenti violenti, all'apparenza non sembrano spaventati o vulnerabili. Anzi, molto spesso ostentano coraggio.

Se collochiamo i borderline nel contesto istituzionale, i pazienti sono in effetti concretamente vulnerabili: sentono in maniera persecutoria di non avere potere o controllo, e sono realisticamente bisognosi e fragili.

Abbiamo ripetutamente potuto constatare che il potere degli operatori tocca il sentimento di vulnerabilità dei pazienti; e questo può provocare una risposta aggressiva. Nello stesso tempo l'importanza di controllare la violenza è comunque ovvia ed è ovvia anche e soprattutto per il paziente (in qualche angolo della sua mente). In questo senso molti pazienti sentono il bisogno di un'istanza di controllo che operi su di loro dall'esterno. Il controllo dei pazienti è un problema complesso, e presenta molti risvolti.

I pazienti di cui ci prendiamo cura hanno una vita emotiva molto problematica, nella quale sono particolarmente vulnerabili ai loro stessi sentimenti. Frequentemente vivono in modo intollerabile i propri sentimenti di gelosia, esclusione, rivalità, frustrazione, vuoto. Molto spesso la sofferenza che porta al ricovero nelle istituzioni sottende il tentativo di far fronte a tali sentimenti intollerabili con l'aiuto di qualcuno. In questo senso esiste una vulnerabilità che è strettamente legata alla condizione

psichica e che non ha a che fare esclusivamente con la sicurezza fisica. Qualsiasi intervento degli operatori che minacci di far emergere uno stato emotivo che i pazienti scindono perché vissuto come insopportabile, ha un effetto molto potente e li rende estremamente vulnerabili.

Molte delle persone che vengono da noi per essere aiutate hanno trascorso la propria vita, in particolare l'infanzia, con delle figure parentali le quali sono state probabilmente oggetto d'amore, ma che hanno determinato deprivazioni così intollerabili che tutto l'amore e la cura si sono trasformati successivamente in odio.

Concluderei questo punto sottolineando che nel nostro momento storico siamo sempre più incoraggiati a concentrarci sulla violenza e alla conseguente all'insicurezza che tutti possiamo vivere nella vita quotidiana delle nostre città come ingiusta e insopportabile. Certe persone possono essere identificate come semplicemente malvagie o come totalmente votate a terrorizzare gli altri. E' decisivo non trasferire questi atteggiamenti vissuti nel sociale nel nostro lavoro con i pazienti. Come abbiamo visto la violenza del borderline ha tutt'altra origine e collocazione.

### *3. Transfert vischioso e controtransfert di estremo affaticamento*

I modi in cui il paziente borderline manifesta i suoi problemi riguardo alla differenziazione dell'io sono sfumati, solo dopo un certo periodo di lavoro possiamo cominciare a vedere quanto essi siano diffusamente incapaci di distinguere, se non a livello superficiale, tra sogni notturni e fantasie diurne da un lato e percezioni della realtà esterna dall'altro, tra ricordi del passato e percezioni del presente, tra emozioni e sensazioni fisiche, tra pensieri (e/sentimenti) e azioni tra livelli di comunicazione simbolici e concreti, tra se stesso e l'altro, tra se stesso e il mondo esterno, tra aspetti umani e non umani.

Una grande difficoltà del lavoro con il paziente borderline consiste nella incapacità di distinguere tra l'immagine di transfert interna che ha del terapeuta (madre incapace) e il terapeuta stesso. Questo impatto vincolare allucinatorio è così efficace che il terapeuta stesso ha grandi difficoltà a percepire l'elemento di transfert, differenziato dalla realtà del suo abituale senso d'identità. Bleger diceva che l'analista deve tenere costante il clivaggio tra il depositario e quello che viene depositato nel transfert.

Il controtransfert dell'operatore oscilla tra un profondo senso di colpa a causa della propria impotenza e della paura di vedere peggiorare il paziente e un forte odio per il paziente che entra in competizione, svaluta, disprezza l'operatore. Penso che il vero rischio controtransferale con i pazienti borderline sia una specie di *affaticamento*. Il logoramento di sentire che questa tendenza ripetitiva, questo vincolo di dipendenza e di aggressività, si ripropone con una costanza ostinata e tormentosa che ci fa sentire come in trappola.

Sembra che questo dia un senso di grandissima fatica, ma difficilmente riconosciamo di essere affaticati, nel senso che dicevo prima, cioè esauriti e svuotati. La fatica viene gestita da noi secondo modalità che quasi sempre sono di tipo pedagogico: “Ti dico cosa devi fare e tu mi devi obbedire”.

L'altro rischio, altrettanto grave, è di accettare la dipendenza del paziente borderline in modo indiscriminato e di entrare nel gioco del bisogno e dire: “Questa persona è così triste e così solitaria, così infelice che io devo fare tutto quello che chiede”.

Ma la gratificazione vuol dire entrare nel gioco della dipendenza aggressiva, la frustrazione vuol dire uscire dal gioco della dipendenza aggressiva, ma in nessuno dei due casi il gioco della dipendenza aggressiva viene messo in discussione.

Viene in qualche modo gestito attraverso un agito del terapeuta.