

L'esperienza psicotica

Alfredo Vivaldelli

Con questa relazione intendo aprire una riflessione sull'impatto emotivo che provoca l'incontro con la persona psicotica. Per sostenere il mio ragionamento utilizzerò frammenti clinici frutto della mia esperienza diretta o del lavoro di supervisione con gli operatori che lavorano nei servizi e dalla teorizzazione di alcuni autori che in modo particolare hanno interpretato l'esperienza psicotica.

Partirei dalla mia esperienza di psichiatra nato dentro l'OP. Dopo la prima fase euforica sostenuta dal lavoro sul territorio imposto dalla legge 180, è seguita la delusione nel rendermi conto che i pazienti, pur essendo fuori dalle mura del manicomio, in realtà continuavano a essere bizzarri, deliranti, allucinati, incapaci di avere desideri, di esprimere bisogni e di trovare dentro di se una domanda di aiuto. Ho dolorosamente dovuto prendere atto che la malattia mentale non era una "sovrastruttura dello stato borghese", ma che continuava a essere vissuta dai pazienti e che la sola idealizzazione che mi aveva spinto sulle "giuste" barricate per il superamento dell'istituzione manicomiale, da sola non portava con se la guarigione.

In me si è insinuato un sentimento di inutilità e di sconforto e di dubbio e una tentazione: a quell'epoca ero un medico da poco laureato, mi era ancora possibile cambiare disciplina.

E' proprio in quel periodo che entro in contatto con il RT e comincio la scuola allora triennale. E' una boccata d'aria nuova: il primo insegnamento è che devo mettere da parte il mio narcisismo, non funzionano da soli il mio essere disponibile, politicamente corretto, medico preparato, la mia ideologia. Realizzo che mi devo incontrare con l'altro, ma le persone ricoverate da anni o addirittura da decenni in OP hanno perso la speranza e la capacità di proporsi. Rimangono aperte alcune domande: come posso usare le "maniglie" tanto care al pensiero del RT? Come posso operare senza la domanda di aiuto? Come adattare a questa situazione il fifty-fifty? Il rischio è di rispondere al bisogno senza aspettare la domanda di aiuto, di invadere il campo dell'altro e decidere per lui. Questi concetti così chiari e utili che fanno leva sulla responsabilità e la libertà dei protagonisti di una qualsiasi relazione di aiuto non sembrano applicabili in questo contesto e con queste persone. Non è di aiuto stare ad aspettare, è invece necessario entrare in un terreno relazionale diverso e sconosciuto muovendomi per primo alla ricerca di un punto di incontro.

Ricordo uno dei primi gruppi attivati in OP, il gruppo menù. L'idea mi sembrava rivoluzionaria, non più il cibo fornito dall'OP e scientificamente dosato dagli operatori. I pazienti finalmente potevano incontrarsi, decidere se prendere la pasta o il riso, la carne o il pesce. Sicuri di fare una cosa bella per i pazienti siamo partiti, ma all'ora e nel luogo convenuti nessun paziente si è presentato. Non abbiamo rinunciato, ma è stato necessario un estenuante lavoro di tutto il personale a trovare la motivazione per continuare e per vicariare un senso alle azioni finché a un certo punto qualche paziente si è fatto vivo pur mantenendo un atteggiamento di passività ed attesa. Qualcuno può dire "bella forza, dopo anni di manicomio cosa pretendevi".

La lunga istituzionalizzazione manicomiale non è però sufficiente, da sola, a spiegare la inattività di questi pazienti. Infatti ho ritrovato la stessa passività lavorando nei servizi territoriali nati con la legge 180. Per spiegare meglio riporto una situazione accaduta nel servizio che dirigo. Recentemente gli educatori hanno proposto di organizzare le vacanze estive ad alcuni pazienti seguiti dal CSM. I pazienti (mai ospedalizzati in OP) nella prima riunione preparatoria sono stati pochi e anche i pochi si sono messi in una posizione di attesa. Questa volta non ci lasciamo sorprendere dallo sconforto, ci aiuta avere conoscenza del funzionamento della persona che, per drammatici eventi della vita, non è ancora nata (vedi Benedetti) e che fa fatica a differenziarsi e

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2014 Fascicolo 125

riconoscere una sua parte vitale (vedi Racamier ed altri). E' proprio per affrontare questi aspetti strutturali che caratterizzano l'esperienza psicotica che proponiamo la costruzione di una vacanza. Perché qualcosa possa accadere nel nostro paziente ritengo che sia necessario entrare in una relazione più primitiva, dove noi dobbiamo funzionare anche per l'altro, dobbiamo accettare di immergerci in una relazione simbiotica caratterizzata dal fatto che l'altro ancora non sopporta di reggersi da solo. E' pur vero che lavoriamo su un ipotetico bisogno e non su una domanda di aiuto, è pur vero che la regola del fifty/fifty non è rispettata, il filo conduttore è però quello di non farci sedurre dall'impotenza dei pazienti, non mettersi al loro posto, ma di tenere saldo il principio che la persona, per quanto gli è possibile, deve rimanere al centro di qualsiasi operazione che la riguarda. Il nostro lavoro è quello di aiutare il paziente a diventare protagonista esprimendo il suo piacere e il suo desiderio necessario per costruire assieme ad altri un progetto che non sia frutto del nostro bisogno di essere utili o di fare qualcosa.

Bella la metafora che usa Santirocco del maestro di tennis e del suo allievo, a volte il maestro deve andare nel campo dell'allievo, prendergli il braccio, accompagnare i suoi gesti, fargli esperire il movimento corretto. Qualcuno potrebbe chiedere: ma questo modo non rischia di confermare la visione negativa del paziente? e il fifty fifty dove sta? La risposta credo che stia, per ora, dentro la testa del curante, io devo continuare a pensare che prima o poi tornerò nella mia metà campo. Ma chi lo decide, quando e come? La risposta e' dentro la relazione, devo sentire quando l'altro può e devo interrogarmi quando io posso sopportare di rischiare di vedere che l'altro ha finito di avere bisogno di me. In questo modo cerco di tradurre la bontà della regola del fifty/fifty in situazioni di grave sofferenza psichica.

A questo punto, per poter proseguire, credo sia necessario che espliciti le teorie sulle quali fondo i miei ragionamenti e che hanno riorientato il modo di prendermi cura dei pazienti con patologie psichiatriche gravi.

Racamier sostiene che il nucleo originario della psicosi si colloca nella primissima infanzia: il bambino, alla nascita, entra in una intensa relazione con la madre di mutua seduzione. All'inizio questa seduzione mira a stabilire e perseverare un accordo perfetto, senza sfumature, senza tensioni. Questa modalità relazionale è vitale in quanto esclude o quanto meno neutralizza le tensioni che provengono dall'interno e gli stimoli che arrivano dall'esterno. La madre e il suo bambino vivono in una profonda ammirazione reciproca, in una relazione di amore incondizionato e acritico, in una fusione, in un unisono narcisistico che aspira a costruire un unico corpo. In questa fase della vita del bambino e della sua mamma, qualsiasi differenza è foriera di un pericolo di separazione con il dolore che ne consegue. Con il passare del tempo e con l'aiuto dell'ambiente, il bambino scopre il desiderio della esplorazione, della conoscenza e nello stesso tempo la madre si riappropria della sua vita di adulta. E' questo processo che mette fine all'incantesimo del narcisismo ideale; il bambino comincia a distogliersi dalla madre indistinta, illusoria e totale nella quale incarna la relazione di seduzione narcisistica pura e, distogliendosi, comincia a perderla. Freud, Ferenczi, Winnicott, Racamier sono alcuni autori che ben hanno descritto il lutto che ognuno di noi ha affrontato dovendo rinunciare a questa illusione di onnipotenza e di appartenenza totale alla madre per scoprire un oggetto-madre distinta, che si può investire, che si desidera, che si respinge, che si delimita, che si interiorizza, che si ama e che si odia.

Kestenberg afferma la madre "viene ritrovata come oggetto vero e proprio in quanto viene a poco a poco perduto come oggetto di possesso assoluto".

Contestualmente alla nascita dell'oggetto-madre esterno, cominciano a mettersi le basi dell'io e quindi del senso della propria esistenza

E' proprio questo evento che i pazienti psicotici non accettano e contro il quale protestano per tutta la vita e con tutte le loro energie in una lotta defaticante e inconsapevole. Sassolas afferma che il prezzo psicotico non si ritrova nei sintomi ma nell'impresa sistematica e insidiosa di

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2014 Fascicolo 125

spodestamento di sé, di esilio dalla propria vita psichica, di erosione dell'identità, di dissoluzione progressiva verso l'anonimo, l'impersonale, l'atemporale.

La psicosi è "un macchinario difensivo nel quale si esaurisce tutta l'energia psichica di coloro che rifiutano di esistere, perché esistere significa riconoscersi come separati, esiliati per sempre dalla pienezza del narcisismo primario. Limiti, separazione, morte, altrettanti sinonimi per loro, altrettanti volti della stessa condizione inaccettabile: questo maledetto destino che è il nostro di aver, all'inizio, conosciuto la pienezza senza limiti del narcisismo primario alla quale in seguito bisogna continuamente rinunciare. La psicosi rappresenta il rifiuto di vivere questo esilio, il rifiuto di esistere, di avere una identità definita, per non dovere soffrire la tortura quotidiana della separazione sia da un bambino meraviglioso che tutti siamo stati, che dalla madre narcisistica depositaria di questa perfezione perduta."

Nella relazione con il mondo il paziente psicotico ripropone questa sua modalità che arriva a noi con una forza spaventosa. Non è quindi la paura fisica che ci tiene lontani da queste persone, ma la potenza dolorosa di una relazione simbiotica che inconsciamente intuiamo come minaccia per il nostro equilibrio.

Lavorando con pazienti organizzati nel modo magistralmente descritto dagli autori citati, mi sono reso conto di quanto sia importante esserci in modo costante, sincero con l'unica intenzione di far sperimentare una relazione nuova.

Ancora Sassolas dice: "non inganniamoci sul motivo che conduce tali pazienti verso di noi: se ci cercano e investono la nostre strutture psichiatriche è perché la relazione simbiotica con un familiare non si è potuta stabilire in maniera sufficientemente stabile per svolgere la sua funzione difensiva ed è per questo che sono alla ricerca di una situazione dello stesso tipo capace di proteggerli contro l'angoscia psicotica di viverci separati, nel loro essere soggetti mortali, finiti". Queste persone si pongono nei nostri confronti con precauzione, con sospetto, troppo passivi, senza grandi richieste proprio perché intuiscono i punti deboli del proprio funzionamento psichico e cercano di porvi rimedio tenendoci lontani. In questo modo si proteggono dalla fragilità delle loro strutture psichiche suscettibili di andare in frantumi sotto l'effetto delle ferite e degli stimoli intensi che possono nascere dagli imprevisti di ogni relazione."

Ogni relazione umana riattiva infatti una serie di stimoli interni e quindi impone di essere presenti alla propria attività mentale intesa come l'intrecciarsi di sogni, desideri, pensieri spontanei, fantasmi, ricordi, sentimenti, affetti ecc., ma questo per il paziente psicotico risulta insopportabile perché fonte di pericolo e di dolore.

Pensare o più precisamente essere presenti alla propria attività psichica, risulta per lo psicotico insopportabile perché fonte di pericolo e promessa di dolore. Questo processo di espropriazione di sé, di rinuncia al possesso della propria vita mentale, è il cuore attivo del sistema difensivo psicotico.

Contro questi stimoli interni, il paziente si attrezza per annullarli con un dispendio di energie percepito con un senso di sfinimento psichico, di adinamismo mentale la cui intensità dà la misura dell'energia psichica spesa. A noi il contatto con queste persone lascia un senso di povertà di contenuto dell'incontro, di aridità che testimonia il vero e proprio essiccamento della vita psichica così che i pazienti ci appaiono non solo privi di desideri e di progetti, ma anche senza identità, senza passato, senza storia, in definitiva senza vita.

Spesso il paziente psicotico deve far fronte agli stimoli interni che si presentano sotto forma di allucinazioni e deliri che, parassitando il loro pensiero in maniera tirannica, compromettono le funzioni dell'io e il fondo psichico in modo talmente esplosivo da rendere impossibile qualsiasi contatto con il mondo esterno.

Trattando del mondo psichico del paziente psicotico, Benedetti afferma che "l'esistenza è ridotta a sensazione di non esistenza; esiste solo in contraddizione di se stessa." A volte le nostre conoscenze non sono sufficienti a far fronte alla sensazione di impotenza, di angoscia, di noia, di paura non per la nostra incolumità fisica ma per la nostra integrità psichica.

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2014 Fascicolo 125

In una recente supervisione un operatore è riuscito a descrivere l'angoscia di perdere il senso della sua vita stessa

L'operatore esordisce dicendo che vorrebbe parlare di un caso che non gli sembra complesso (diffidare da chi parte in questo modo in supervisione). Intende portare il caso di un 50enne conosciuto dai servizi da oltre 20 anni. L'operatore non sa perché sente il desiderio di parlarne, sente un turbamento che non sa definire meglio: "forse voglio solo condividere il turbamento". Il gruppo si concentra sul paziente: figlio di una prostituta che lo ha abbandonato in un istituto in tenera età, vissuto tra un istituto e l'altro e poi da adulto passando da una comunità all'altra. Da qualche anno vive in un appartamento, da solo, anche se con l'aiuto del servizio sociale e del centro diurno in cui lavora il nostro operatore. Vive con una pensione, ma a volte si guadagna qualche euro vendendo quadri. La sua identità è quella dell'artista e riesce a vendere questa sua immagine coinvolgendo galleristi, sindaci e recentemente anche Sgarbi che in una occasione lo va a trovare a casa nel suo atelier. Riesce sempre a farsi invitare a pranzo da qualcuno, ma poi il suo modo avvinghiante procura costantemente il fastidio di chi si è mosso verso di lui con le migliori intenzioni. Tutte le relazioni finiscono con il rifiuto e l'abbandono. L'operatore è addolorato perché vede Andrea sempre più triste "come se anche l'arte non riempisse più il vuoto". Gli fa pena pensandolo la sera a casa da solo, teme che si scompensi. Il gruppo chiede all'operatore cosa pensa dei quadri di Andrea. Lungo silenzio e poi senza entusiasmo dice di averne comperati due. Più avanti qualcuno chiede se è affezionato ad A. Nuovo silenzio e poi una risposta generica: "io questi pazienti...". ancora una situazione di sospensione, o forse di congelamento. Qualcuno dice di sentire molto solo l'operatore anche quando crede di essere con A.. Questa affermazione apre uno scenario nuovo. L'operatore si rende conto di quanta sia solo sua l'idea di essere in una relazione di reciprocità, solo ora si accorge di quanto riempie le parti vuote di Andrea, solo ora si rende conto di non essere visto da Andrea se non perché gli è funzionale per preparare i documenti per le mostre o altro: "mi sembra di essere la sua mano destra,..... non mi vede quando sono stanco o sono indaffarato..... mi sento veramente e paradossalmente solo con lui". L'operatore è stato attivato da un bisogno che certamente non si è mai elevata a domanda di aiuto, il malessere di Andrea viene usato per ottenere vantaggi secondari ma non viene elaborato per crescere. L'operatore si sente travolto da un bisogno infinito e dalla pretesa senza limiti di Andrea. "Più volte ho provato una analoga sensazione che non è solo di inutilità e impotenza ma di un "niente che pervade, svuota".

Qualcuno ha chiesto al nostro collega qual è il suo personale vuoto che tenta di riempire occupandosi del vuoto di Andrea. L'operatore risponde di conoscere la paura di quel suo vuoto, riconosce il proprio bisogno di riempire il vuoto dell'altro. Il lavoro della supervisione è consistito nel differenziare il proprio bisogno dall'altrui e in questo modo si può aiutare Andrea ad assumere la responsabilità della propria parte.

Benedetti definisce "esistenza negativa" quelle aree di morte di certe famiglie, quegli spazi vuoti ove certi potenziali umani non arrivano a svilupparsi e certe informazioni fondamentali per la vita non si configurano mai e certe esperienze che strutturano l'io dai primordi non hanno mai avuto luogo. Queste aree di morte possono venire internalizzate, introiettate. Esse rappresentano aree di morte non più all'interno di una famiglia, ma nel vero centro, cuore e punto vitale psichico dell'individuo psicotico.

La sua area intrapsichica si riempie di buchi di morte, di assenze, si lacera e scompare. In questi casi si possono avere tre modalità relazionali:

- esistenza a prestito: una modalità di non esistenza è la totale identificazione del paziente con le immagini che di lui hanno gli altri. Si crea una dipendenza affettiva che "crea" il paziente per cui diventa una cosa, un quadro, un pensiero dell'altro. Questa è l'unica possibilità di esistere, ma nello stesso tempo la definitiva rinuncia a esistere
- oggettivizzazione schizofrenica: la barriera autistica non permette la identificazione empatica cioè l'esperienza di rimanere inconfondibilmente se stessi pur scoprendo

frammenti simili o anche uguali nell'altro. Questa diversità nella somiglianza, alterità nella interpenetrazione, autoidentità nella dualità, sono il modo fondamentale dell' essere umano che evita, nell'atto dell'identificazione, l'ansia della perdita della propria identità. L'individuo psicotico oltre alla difficoltà di percepire l'altro, mostra una difficoltà a percepire se stesso. Di conseguenza la barriera autistica e la barriera autopercettiva fanno sentire l'oggetto come profondamente remoto, estraneo a se, anche se fonte di tutte quelle percezioni convenzionali che fanno parte del processo della socializzazione. Ne consegue che l'oggetto non viene investito di alcuna libido, viene invece sentito remoto, estraneo, presente solo attraverso alcuni canali sensoriali puramente informativi riguardo l'alterità e mai secondo la sua identità, diventa di conseguenza immediatamente pericoloso. Il modo radicale di allontanare l'oggetto pericoloso è quello di ridurlo a un puro meccanismo a una macchina di cui il paziente intende conoscere tutto il funzionamento (vedi furto del pensiero e influenzamento degli altri). Il rovescio della medaglia è quello di essere ridotto a oggetto, meccanismo dell'altro.

➤ il paziente odia tutto se stesso

Un esempio che ci fa entrare in questo campo è preso da una supervisione fatta presso una comunità per minori ed adolescenti. Un operatore racconta di un decennale lavoro come referente di una ragazzina (ormai donna). Ricorda come è arrivata in comunità: bambina disperata, strappata alla madre in quanto assolutamente incapace di occuparsi di lei e dei suoi bisogni più elementari, ricorda la fatica a volte anche fisica per contenere la ragazzina: fughe, insuccessi scolastici, liti con gli altri bambini o con gli operatori. Pazienza, continuità, affetto hanno permesso una stabilizzazione dei comportamenti tanto che si è potuto fare un percorso lento e graduale fino alla uscita dalla struttura con un buon livello di autonomia. Qualche mese dopo l'uscita dalla comunità preparata per tempo, la paziente si fida con un uomo che abusa di alcol e con lui ha una figlia. La reazione dell'operatore è rabbiosa, prevale la delusione, il senso di tradimento, il rifiuto, ma questa è la parte dell'operatore. In realtà la ragazza, si mostra una madre attenta, affettuosa, pronta a proteggere la figlia anche dal padre (se torna a casa ubriaco non gli permette di toccare la figlia), riconosce i propri limiti e sa chiedere aiuto alla assistente sociale per i bisogni primari, non mostra paura dei suoi limiti, non li nega come ha sempre fatto la sua mamma. L'operatore si commuove nel ritrovare questa persona "nuova" non uguale a quello che lui si sarebbe aspettato ma una persona che ha tesaurizzato e introiettato un modo di prendersi cura. Non è questo un buon intervento psicoterapico?

In queste situazioni "essere con" è l' unica risposta possibile all'esistenza negativa

Racamier ritiene che nelle psicosi "l'io lavora verso e contro la conflittualità ed è questa che viene presa di mira, per se stessa e tutta intera."

Tutti i meccanismi psicotici dell'io lavorano dunque nei confronti del conflitto, mirando a scacciarlo dalla psiche, per cancellarlo come realtà interna; scissione, diniego, eiezione e proiezione ecc, operano al servizio di un io la cui aspirazione essenziale è quella di sbarazzarsi del conflitto.

Meccanismi difensivi usati, secondo Racamier, nelle psicosi sono:

- eiezione: mettere fuori qualsiasi parte attiva della psiche senza però perderne il controllo. Da qui la necessità di una relazione di appartenenza narcisistica con l'oggetto
- diniego. Al contrario della rimozione che sostituisce, il diniego esclude: diniego di senso, diniego di significato, diniego di alterità, diniego di esistere.
- Scissione
- Proiezione nella forma di identificazione proiettiva: proiezione dentro l'oggetto in modo da mantenerne il controllo, l'altro diventa parte di se
- Esteriorizzazione: vivere al di fuori di se

Questi meccanismi provocano un vissuto di inarietà che definisce lo stato di ciò che è vuoto, senza senso, privo della capacità di dare senso, privato quindi di significanza. Questo meccanismo, che viene definito vanificazione, attacca l'oggetto al centro. L'inarietà definisce dunque una relazione

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2014 Fascicolo 125

d'oggetto che è onnipotente-inanitoria, essa mantiene un interesse estremo per l'oggetto, ma in negativo. L'inanità non si volge verso l'oggetto se non proprio in ragione dell'amore che esso ispira. La funzione dell'inanità consiste nell'isterilire l'aspirazione per l'oggetto e nell'oggetto. In questo è in stretto rapporto con l'invidia.

L'inanità è un'aggressione ai legami, ma nello stesso tempo mantiene il rapporto con l'oggetto, isolandolo dai legami che li sono propri. Si capisce come l'inanità sia per il malato il modo di preservare l'oggetto, di sovrastarlo in assoluto, di isolarlo, di possederlo esclusivamente per se. Ma nelle azioni inanitorie c'è soprattutto una formidabile protesta narcisistica: qui è l'onnipotenza a prevalere. Le normali reazioni dell'oggetto a questa onnipotenza saranno di difesa narcisistica: rimandare l'arma inanitoria al mittente, che peraltro se lo aspetta ed è già si preparato ad accoglierla, oppure combattere l'insignificanza mediante la profusione di senso. Attore e vittima dell'inanità il paziente rende inane se stesso: esercita la sua impotenza negandosi qualsiasi significanza.

Una situazione che può rendere più chiaro il concetto appena espresso è rappresentato da un giovane uomo con un significativo deficit motorio alla mano sinistra. Il paziente si è scompensato qualche anno fa durante un viaggio nella terra natale dei genitori. Lo scompenso era caratterizzato da un delirio mistico e da una intensa angoscia di morte. Una terapia con neurolettici ha risolto il quadro sintomatologico, ma il servizio ha continuato a occuparsi di lui per un progetto terapeutico riabilitativo: il paziente "si presentava bene", molti operatori hanno investito su di lui con alte aspettative. Il paziente dava di se una rappresentazione molto positiva, nelle nostre teste c'era l'idea che dopo un breve percorso riabilitativo, avrebbe potuto riprendere il lavoro e continuare la sua vita anche senza di noi. Venne quindi inserito in una cooperativa di lavoro, ma dopo qualche anno si è sospeso il progetto perché "il paziente non raggiunge gli obiettivi". Gli è stato proposto una attività nel centro diurno psichiatrico. Ha quindi partecipato ad una attività "teatro" con l'obiettivo individuato da lui stesso "di imparare a stare con gli altri". La domanda di aiuto c'è e lo strumento è stato individuato, bene ...si può procedere. Il paziente sembra gradire l'attività, ma arriva sempre a lavori iniziati e non si ferma mai dopo l'attività per un momento di convivialità. Gli operatori cominciano a sentirsi delusi perché il paziente "recita ma non vive e non fa vivere le cose". Tutto sembra congelato in una falsa rappresentazione che pietrifica i soggetti della relazione. Tutto è immobile, niente sembra modificare la situazione, la relazione con lui sembra inospitale, c'è una voglia coatta di riempirgli la vita, ma questo tentativo cade nella frustrazione e nel desiderio di fuggire per non sprofondare. Cominciamo a pensare che tutto quello che abbiamo proposto fin ora sono strumenti e non obiettivi, ci concentriamo sul bisogno di sviluppare un senso di appartenenza, far nascere il paziente, l'unico modo per soddisfare questo obiettivo è quello di esserci con lui e permettergli di esperire una relazione senza aspettative se non che nasca.

L'io schizofrenico di questo ragazzo si delinea come una macchina potentissima per fare il vuoto, consumando così enormi quantità di energia, e lasciandone ben poca disponibile per compiti allo stesso tempo più modesti e più remunerativi. Macchina per decervellare. Cosa fare? Winnicott direbbe: "lasciare che l'inanità vi colga e sopravvivere."

Correale, riguardo al mondo psicotico, introduce la sua concettualizzazione di "fondo psichico".

La patologia grave è caratterizzata fundamentalmente da una discontinuità, frammentazione, mancanza di integrazione e vitalizzazione di una funzione essenziale di fondo che definiamo Sé. Tale funzione si sviluppa attraverso relazioni oggettuali caratterizzate da fenomeni di scissione, idealizzazione eccessiva e rigidità che hanno il fine di promuovere un'attività di stabilizzazione e protezione del fondo di base, sottoposto a continue, angoscianti lacerazioni.

Parte da tre definizioni

- il senso di sé: va distinto dall'immagine di sé o rappresentazione di sé che consiste nella rappresentazione di se stessi che noi riteniamo circoli nel mondo. Immagine di sé = identità connotando questo termine con un'idea di socialità dell'immagine stessa. Questo concetto si avvicina a quello di onore, dignità, stima di sé. Il concetto di senso di sé vuole indicare

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2014 Fascicolo 125

una esperienza sensoriale, consistente appunto nel sentirsi, cioè frutto dell'attività dei propri sensi, concepita non tanto come somma delle varie attività sensoriali, ma come la risultante unica, indivisibile, del loro funzionare tutti insieme. Il soggetto sente non solo l'oggetto dell'attività sensoriale, ma anche il suo stesso funzionare. Il senso di sé è l'elemento di continuità (che non deve essere confuso con stabilità o immutabilità). Continuità nello spazio e nel tempo. Senso di sé = capacità di aggiungere a ciò che già c'è, ciò che va comparando

- ipseità (Ricoeur): indica due fattori: l'unicità e esclusività di ogni soggetto e la volontà attiva di automantenimento: In questo c'è intenzionalità e proiezione nel tempo, l'ipseità è la unicità di ciascun soggetto proiettata nel tempo
- fondo psichico: unificazione del senso di sé e della ipseità. Il fondo è un insieme di elementi sensoriali, integrato da alcune emozioni molto potenti, consistenti prevalentemente nel valore della propria esistenza e nel significato che ha per sé e per gli altri questa esperienza e nel fatto che esiste un orientamento potente a mantenere questo valore nel tempo e arricchirlo e intensificarlo

Il disturbo mentale grave viene concepito come una profonda lacerazione del rapporto tra l'individuo e la propria ipseità. Anziché sentire la propria unicità proiettata nel futuro come un ricchezza interiore, questo paziente percepisce un senso basilico di estraneità da se stesso, di non coincidenza con la propria base psichica, di continua frattura tra immagine di se e senso di sé

Il fondo psichico descritto da Corrae, partendo dalla psicologia del Sé, rappresenta il modo con cui ogni individuo sperimenta, in un certo momento, il proprio senso di coesione, di continuità e di vitalità. Il fondo psichico non è legato a una singola immagine o rappresentazione, ma è invece il prodotto di una trama, di un fitto intreccio di fattori in larga parte cenestesici, tattili e affettivi che fanno sentire la propria presenza come uno sfondo su cui si collocano gli eventi della vita.

La crisi psicotica acuta è caratterizzata dal fatto che il paziente percepisce un improvviso crollo dell'integrità del suo fondo psichico. Con le parole di Corrae: "ciò che normalmente veniva sentito come relativamente fluido, ordinato e continuo, comincia invece a essere sentito come spezzato, disordinato e confuso. L'oggetto diventa bizzarro, misterioso e inafferrabile e per quanto ne sia riconosciuta la natura nell'ambito dell'uso abituale, sembra acquisire significati misteriosi, i quali rimandano a mondi oscuri che per la prima volta si manifestano. Nel momento stesso che il fondo subisce massicce trasformazioni, il soggetto si sente diviso in parti, o troppo dilatato o troppo coartato, e il senso stesso del tempo subisce drastiche modificazioni."

Il ricordo di questo doloroso senso di caos e la sensazione che nulla possa tornare come prima, orientano il paziente verso due obiettivi fondamentali: il primo evitare sistematicamente e continuativamente ogni situazione traumatica che anche lontanamente rievochi ciò che ha determinato la crisi, il secondo un controllo ossessivo su tutti gli aspetti della vita quotidiana che gli dia la sensazione di una vigilanza distanziata da tutto ciò che può accadere.

Il prezzo di questa operazione è la caduta del senso della prospettiva e tutto viene vissuto in una specie di eterno presente dove il piacere deriva esclusivamente dall'interazione con pochi oggetti sempre uguali ai quali il paziente attribuisce un senso di saturazione e conoscibilità e dai quali si attende soltanto il messaggio che il mondo è circoscritto, chiaro, preciso e privo di incognite.

È qui che può aprirsi la strada della cronicità come rappresentazione del crollo della speranza e l'inacidimento delle energie psichiche o l'abnorme reinvestimento. La cronicità rappresenta la regressione rigida a livelli di funzionamento mentale estremamente arcaici e il ritiro desolante degli investimenti dalla realtà. Pur di tenere accesa l'ultima fiammella di sopravvivenza del Sé, si ritorna alla difesa narcisistica primaria. La cronicità è la mancanza di soggettività, l'astoricizzazione della persona, la perdita della progettualità per un'esistenza fissa nella ripetitività, nella staticità, priva di ogni creatività.

Ora descriverò una situazione clinica che può chiarire questo concetto e esprimere la difficoltà dell'operatore di intervenire. Conosciamo la paziente 25enne dopo la nascita del suo primo figlio

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2014 Fascicolo 125

(circa 8 mesi fa) per una depressione post partum. Viene curata con farmacoterapia e la sintomatologia depressiva si risolve, ma compare l'angoscia di fare del male alla figlioletta. Per questi pensieri ossessivi la madre comincia a considerare la figlia come una fotocopia del padre anch'egli affetto da anni da una gravissima forma di disturbo ossessivo che gli impedisce qualsiasi autonomia. La paziente appare preoccupata e cerca continuamente rassicurazioni presso di noi ma ovviamente nulla la fa stare bene. Viene accolta nel DH del servizio dove chi si occupa di lei ha la sensazione di una donna mai autentica. Chiede rassicurazioni continuamente ma non si coglie la sofferenza. Durante questo ricovero conosciamo il marito: persona sensibile, consapevole apparentemente del problema della moglie, innamorato della moglie ma scarsamente preoccupato per la figlia che viene affidata ai nonni materni che abitano nello stesso edificio. La nostra paziente dice di non fidarsi del marito perché incapace a suo dire di gestire la figlioletta. Questo marito viene rappresentato come incapace sia dalla paziente che dalla madre. L'equipe è attraversata da una strana sensazione: la paziente è uguale al padre, la madre è l'unica a tenere in piedi la famiglia, il padre squalificato fornisce alla moglie l'idea di essere indispensabile, la figlia altrettanto fa sentire la madre insostituibile, il compagno che, pur capendo la necessità di costruire una sua famiglia, non fa nessun movimento in questa direzione.

Il sistema sembra in equilibrio ma nello stesso tempo ci costringe a intervenire: non ci piace come funziona e immaginiamo di "scardinarlo". Decidiamo di fare delle visite a domicilio con una operatrice. In un primo momento questa proposta provoca rifiuto nella famiglia ma ben presto tutti si mostrano disponibili, anzi si assiste a complimenti ed elogi nei confronti dell'infermiera che fa il suo primo intervento a casa e del servizio. L'infermiera non capisce il motivo di questa soddisfazione, non le sembra di avere fatto nulla di importante e nello stesso tempo non è contenta, anzi si sente bloccata. Cerca cose da fare o da proporre, ancora una volta si assiste al bisogno di riempire un vuoto che il sistema relazionale di questa famiglia nega. L'operatrice si rende conto che ha bisogno di agire all'interno di questa famiglia per non essere avvolta e neutralizzata dalla tendenza a evitare altri cambiamenti, dalla ripetitività rassicurante, la tendenza alla cronicità, la atemporalità e la non differenziazione.

Questo inquadramento del mondo psicotico e della cronicità rendono forse più comprensibile la difficoltà per chiunque di mantenere una relazione anche superficiale con questi soggetti. Non nella paura, non nello stigma, non nel pregiudizio, non nella vergogna, ma nell'angoscia che trasuda nel contatto con questo mondo dobbiamo cercare il motivo per cui i "matti" venivano (e vengono ancora adesso) esclusi e i manicomi venivano costruiti nelle periferie delle città.

In questo contesto si colloca il lavoro degli operatori delle strutture psichiatriche. Izzo afferma che la cronicità psicotica obbliga il terapeuta a modificare la posizione e il modo in cui vede l'incontro e la comprensione dell'altro, poiché spesso deve fornire a questi pazienti la prima esperienza di un ambiente vitale. In primis il terapeuta si trova a proporre un ambiente attento ad ogni elemento dell'esperienza relazionale, per trasformarla da semplice stereotipo senza qualità vitali e utilizzata per la sopravvivenza del Sé, in elemento strutturante il Sé.

L'intervento terapeutico si caratterizza per il tentativo di proporre esperienze significative che da una parte attivino un processo di sviluppo e dall'altra forniscano sollecitazioni in grado di riaprire la possibilità di partecipazione a quell'area vitale che Winnicott chiama "area dell'esperienza culturale". Perché ciò avvenga è necessario che ogni piccolo gesto che ogni piccolo cambiamento, ogni piccola creazione venga riconosciuta e valorizzata dall'operatore e il tutto venga restituito al paziente arricchito di nuove cariche vitali.

Il bagaglio tecnico dell'operatore non è di per se sufficiente se non viene collocato all'interno di una dimensione intersoggettiva. Il paziente infatti ha bisogno di esperire una relazione con una persona che gli si ponga come "officina della mente", un'officina nella quale compiere quelle operazioni negate dall'ambiente primario. In questo spazio relazionale e su questa persona il paziente deposita alcuni affetti, alcune emozioni, alcuni pensieri, alcuni desideri, ritenuti troppo dolorosi da sostenere da soli. L'operatore deve quindi prestare se stesso per vicariare gli strumenti assenti,

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2014 Fascicolo 125

ma non necessariamente mancanti al paziente, accettando di porsi in aree dello sviluppo molto primitive e di conseguenza molto angoscianti.

Anche qui una situazione clinica. Il nostro servizio ha preso in cura circa 10 anni fa un paziente che terrorizzava l'intera città con il suo comportamento violento e aggressivo. Per questi comportamenti è stato allontanato da casa ed è vissuto in strada. La storia con noi inizia con un trattamento sanitario obbligatorio. Durante il ricovero il paziente rinuncia presto alla sua onnipotenza e riconosce la sua fragilità e giustifica il suo comportamento antisociale con la paura degli sguardi degli altri, del loro giudizio e del loro rifiuto. "Fare paura era un modo per sentirmi rispettato". Alla dimissione viene proposto un percorso in comunità terapeutica. Qui il paziente abbandona il comportamento violento e si mette in una posizione di estrema passività. Non esce dalla comunità per paura di incontrare gente, in struttura cerca continuamente rassicurazioni e se non arrivano sviluppa paure persecutorie anche nei confronti di operatori e pazienti. Il vissuto degli operatori passa con il tempo dal senso di paura al senso di pesantezza "non si riesce a toglierselo di dosso.. mi svuota... arrivo a casa dopo il turno che non ho più voglia di nulla...". Molte persone sono impegnate con il paziente, c'è un grande lavoro di supporto reciproco, ma nel frattempo il paziente comincia a essere meno petulante, a proporsi per qualche lavoro in comunità ad accettare gli inviti a uscire dalla comunità. La rappresentazione di se cambia con il cambiare della rappresentazione della equipe. Non c'è più paura, si può stare con lui, entra nelle nostre menti che può cavarsela anche senza la nostra costante presenza e lui può stare senza di noi senza l'angoscia mortifera della perdita.

Ora vive fuori della comunità in un appartamento semiprotetto con altri pazienti. Non è "guarito", ancora si sente fragile, ma gode quando qualcuno lo incontra e gli fa notare quanto è cambiato. Il piacere al posto della paura.

Ora chiede aiuto ma in modo più responsabile, nella richiesta c'è anche la domanda "cosa posso fare io per me?"

In questa fase riceviamo segnalazioni che il fratello "sano", quello con un lavoro stabile, quello che rappresentava una connessione con la famiglia, sta male. I tentativi di avvicinarlo sono vani e la situazione degenera. E' necessario fare un trattamento sanitario obbligatorio. Per giorni il paziente appare ostile, polemico, comunica solo a gesti con pretese di essere soddisfatto nelle sue richieste.

La sensazione di tutti gli operatori è che finalmente anche lui possa avere l'attenzione che ha avuto il fratello. Il padre muore proprio in questo periodo, la madre è in RSA, il paziente perde il lavoro per la crisi economica. Il paziente non ha più il falso ruolo nella famiglia e nel mondo. Conosciamo solo in questa occasione l'appartamento in cui vive: fermo, vuoto, morto. Proviamo a stabilire una relazione, ma lui non ci lascia entrare. Una atmosfera di mistero pervade il contatto con lui. Sembra che sia geloso della sua privacy, ma non è solo questo. Anche la madre ci fa percepire un mistero. L'equipe cerca informazioni di ogni tipo, ma quante più informazioni acquisiamo tanto meno sentiamo di conoscere la situazione. Cominciamo a sospettare di essere di fronte a una profonda angoscia suscitata dal vuoto, dal senso di non esistenza che noi cerchiamo di colmare con informazioni. Forse è inutile cercare la risposta alle nostre concrete domande, bisogna soltanto accettare di rimanere in questa atmosfera di incertezza o peggio di vuoto. Anche per lui si apre la porta della comunità con l'unico scopo di aiutarlo a trovare una sua personale domanda di aiuto.

Per gli elementi costitutivi dell'esperienza psicotica ritengo che gli scopi della cura si possono condensare in questo modo: da una parte condurre il paziente a poco a poco alla capacità di sentire i suoi limiti, di esprimerli senza essere distrutto dall'odio che provoca in lui il riconoscimento della loro esistenza, di dirli invece di negarli come ha fatto finora con il delirio e le allucinazioni o stabilendo relazioni simbiotiche, in altre parole uscire dal mondo rassicurante della psicosi per accettare il lutto primario descritto da Racamier e sentire nascere una propria soggettività, una propria identità, senza l'inevitabile terrore della separazione e della morte. Dall'altra il delicato

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2014 Fascicolo 125

tentativo di costruire o ricostruire il fondo psichico inteso come la sensazione fisica di coesione, continuità e vitalità. In questa impresa l'operatore deve accettare l'uso che fa di lui il paziente per la continua tessitura di una trama molto delicata e sottile, facilmente soggetta a fratture e lacerazioni. L'operatore con il suo modo di porsi, con la sua competenza e la sua professionalità è responsabile di garantire la continuità e l'esistenza senza sentirsi responsabile anche della trama che invece è del paziente essendo sua, e solo sua, la sua vita.

L'operatore e il servizio quindi possono creare una situazione in cui cominci a organizzarsi il fondo psichico attraverso una relazione caratterizzata da un senso di calore, continuità, fluidità, vitalità e personalizzazione.

Abbiamo visto anche dalle vignette cliniche che il paziente cercherà di stabilire con noi una relazione senza tempo, senza fine, in sintesi una relazione simbiotica. Noi dobbiamo rinunciare a questa chimera di una relazione stupenda, eterna, senza conflitti. Non appena il paziente investe su di noi, ha inizio un malinteso: noi sappiamo bene che non durerà per sempre la relazione con lui, mentre lui spera con tutte le sue forze di non mettere più in discussione l'equilibrio raggiunto.

Dobbiamo creare una struttura terapeutica suscettibile di diventare l'oggetto dell'investimento del paziente dove si possa strutturare una relazione vissuta dal paziente come affidabile, ma nello stesso tempo come lacunosa, insufficiente, incapace di colmare tutti i suoi limiti e di rispondere subito alle sue attese onnipotenti che attivano facilmente le altrettanto onnipotenti concezioni di una certa psichiatria. Questa struttura deve essere solida per resistere agli sbalzi prodotti dalla sofferenza e dalla collera del paziente di fronte alla nostra incapacità o al nostro rifiuto di svolgere questa funzione simbiotica. Sofferenza e collera che l'operatore deve essere in grado di accogliere per poterla restituire senza la carica distruttiva che tanto spaventa il paziente. Il paziente attacca senza sosta le nostre capacità di elaborare, di vivere con piacere, di creare, cioè tutto ciò che appartiene alla sfera della vita e che non si rassegna né alla ripetizione né alla morte.

Strutturare una situazione in cui calore, fluidità, vitalità e personalizzazione costituiscano gli elementi per la strutturazione di un fondo psichico aiutano il paziente a creare un senso di familiarità con il mondo esterno. Abbiamo visto come il paziente psicotico tenda a sostituire questo senso con la stereotipia e il ripetersi coattivo degli eventi. Ogni nostro intervento può cadere nella trappola della ripetizione coatta degli eventi, tocca a noi uscire dal torpore della cronicità per fornire un ambiente in cui il ripetersi regolare delle azioni, dando un senso di noto, di riconoscibile e quindi di appartenenza, possa continuamente fornire l'occasione per l'attivazione di piccoli traumi -legami, separazioni, frustrazioni, distacchi, responsabilità- che in passato hanno rappresentato fattori scatenanti della frammentazione del Sé e che oggi possono invece essere attraversati con l'aiuto degli operatori e del gruppo in un lento processo terapeutico.

Solamente accettando di mostrarsi nella sua banalità di uomo o di donna intento nel suo lavoro tra altri uomini e donne, il terapeuta permetterà al paziente psicotico di avanzare al suo fianco senza troppa paura tra i fantasmi di onnipotenza, di intrusione violenta, di fusione distruttiva, che popolano la sua vita psichica e che presto o tardi proietterà proprio sul terapeuta. Se il terapeuta rifiuta di mostrare qualunque aspetto della propria realtà, alimenterà il mistero che lo riguarda, aumenterà la distanza tra il paziente e se stesso, rafforzerà i fantasmi di onnipotenza, favorirà i vissuti di persecuzione.

Il nostro lavoro di cura consiste nel sostenere il paziente nel suo confronto con due serie di stimoli: gli uni prodotti dal funzionamento mentale del soggetto che si manifesta attraverso sogni, pensieri spontanei, fantasmi, reminescenze, ricordi, altri legati alla sua vita attuale, alla sua immersione nella realtà, in particolare alla sua relazione con altri esseri umani la cui presenza suscita attese, desideri, frustrazioni, gratificazioni, con la speranza che un giorno possa riconoscerli come propri, senza avere il bisogno di annullarli con la negazione, di separarli dal resto di se o di espellerli nella realtà esterna.

Sull'elaborazione degli stimoli nati dalla relazione del paziente con noi, verterà l'essenziale del nostro lavoro perchè sono gli unici di cui abbiamo informazioni di prima mano e quindi i soli ai quali

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2014 Fascicolo 125

può rivolgersi il lavoro di interpretazione. Trascurare però gli stimoli interni e interessarsi immediatamente al vissuto transferale del paziente, rappresenta un errore che ritarda il momento in cui potremo affrontare l'elaborazione degli stimoli nati dalla relazione terapeutica.

Le condotte di auto svalutazione dei pazienti psicotici suscitano spesso nei curanti atteggiamenti riparatori che seppelliscono i pazienti nell'indebitamento narcisistico, più noi siamo riparatori, più ravviviamo le reazioni distruttive di invidia verso la nostra capacità di sollecitudine di cui lui è sprovvisto oppure, prendendo per oro colato tale sentimento, ne aggrava, attraverso la generosità e la globalità della presa in carico terapeutica, il deficit narcisistico. Finché qualcuno fa tutto per il paziente psicotico, non potrà mai migliorare la sua autostima né integrare le pulsioni distruttive che sono il vero motore dei suoi comportamenti di auto-squalificazione.

Il nostro lavoro consiste nello smentire continuamente i fantasmi del paziente di pericolosità della vita psichica, per gli altri come per se stesso, attraverso il mantenimento della nostra relazione con lui e la persistenza del nostro interesse per la sua vita psichica, per i suoi pensieri e per le sue emozioni e attraverso il nostro esistere psichicamente in sua presenza lasciando che il nostro psichismo, i nostri pensieri, i nostri sentimenti, diventino l'oggetto di investimento dei pazienti.

Quando la risposta emotiva della équipe diventa complessa da gestire, si scatenano negli operatori, a difesa dei propri valori, delle risposte emotive, mentali e/o agite, che sembrano porre a distanza il paziente.

Irrompono, come difesa da ciò che è in risonanza con l'utente, fenomeni di scissione, idealizzazione, introiezione e proiezione, che pongono l'operatore e l'équipe in condizioni di resistenza. Gli operatori litigano tra loro, si riuniscono in sottogruppi, rispondono con eccessive attività, attaccano i colleghi ed l'istituzione. Si respira un clima di disagio che turba il gruppo istituzionale e la qualità del suo lavoro. W. R. Bion direbbe che il gruppo inizia ad agire in funzione degli assunti di base, perdendo lo scopo reale del lavoro. Il gruppo di lavoro perde la fiducia del proprio operato e percepisce un forte senso di fallimento, provocando, in tal modo, la psicopatologia dell'istituzione (Hinshelwood, 1989) con reazioni che riassumiamo come segue.

La conflittualità dello staf

Solitamente il conflitto, sia esso interno o esterno, nasce quando ci sono obiettivi o parti contrapposte, ma entrambe desiderabili per la persona. Il soggetto o il gruppo utilizzerà dei meccanismi di difesa che hanno la funzione di rafforzare la propria sicurezza, che sembra vacillante (Peplau, 1994).

La conflittualità dell'équipe può derivare:

- dalla proiezione del paziente della sua conflittualità angosciante interna
- dal timore istituzionale per il cambiamento.

P. C. Racamier notò che la confusione in una struttura è spesso sinonimo di conflittualità tra gli operatori, che, a sua volta, è determinata dal disagio interiore del paziente. L'équipe assume controtransferenzialmente il caos del paziente. La scissione, che il paziente inconsapevolmente mette in atto come investimento istituzionale, se non viene analizzata e resa consapevole, può produrre contrasti nel gruppo di lavoro (Correale, 1999).

O. Kernberg ha individuato, in collaborazione con E. Jaques, la cosiddetta *paranoia genesi*: una malattia dell'istituzione che si caratterizza proprio per la diffusione di sentimenti persecutori tra i componenti dell'équipe, i quali devono stare attenti a quello che dicono ed a ciò che fanno, altrimenti possono nascere rivalità. Permane l'idea nello staff che qualcuno voglia superare un altro, che non si venga riconosciuti come professionisti; si denigrano i colleghi e gli sforzi che gli altri mettono in atto, considerandoli minori dei propri. L'attrito che si crea con queste situazioni porta a perdita di fiducia e demoralizzazione nell'équipe e si determina generalmente una sorta di appiattimento verso il basso per evitare l'insorgenza di invidie.

La formazione di sottogruppi spontanei

La formazione di un sottogruppo spontaneo indica l'aggregazione naturale di membri dello stesso gruppo istituzionale che si mescolano in esso in modo occulto. Il sottogruppo può essere:

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2014 Fascicolo 125

- Il sottogruppo professionale: dato dall'insieme di tutte le figure professionali identiche tra loro.
- Il sottogruppo di convergenza: si costruisce in base alle preferenze nelle condotte professionali dei colleghi.
- Il sottogruppo amicale: si forma in base all'amicizia che unisce i suoi componenti.

Per molti anni, i sottogruppi venivano connotati come "mafiosi" e dotati di vita propria rispetto al gruppo esteso; a volte, sembravano anche opporsi alle leggi istituzionali. Oggi, grazie al contributo di Y. Agazarian i sottogruppi possono assumere una valenza positiva.

Quando un operatore si trova a sostenere da solo il transfert del paziente, cerca spontaneamente un compagno che lo aiuti ed incoraggi in questa impresa. Non è detto che coinvolga tutto il gruppo dei curanti ma solo le poche persone a cui si sente più legato, in termini di simpatia.

L'amicizia, per quanto legittimata, non sostituisce però la competenza, in quanto la dimensione professionale deve esser centrale nei processi di presa in carico. Infatti quando domina incontrastata l'amicizia tra alcuni membri dell'équipe, il sottogruppo formatosi diviene rigido ed autoidealizzante. Questa idealizzazione nasce come aspirazione ad un gruppo ideale, irrealizzabile nell'équipe, ed è espressione massima di un gruppo in assunto di base.

La fuga dello staf

L'angoscia del paziente che non sente di ricevere l'aiuto necessario al superamento della situazione psicotica, spinge molte volte l'équipe a rispondere in maniera affrettata, aderendo alla drammatizzazione, che la porta a reagire con allontanamento e fuga.

La fuga può manifestarsi in due modi: gli operatori non si interessano più alla esplorazione del mondo interiore dell'utente ma si limitano a trovare dei compromessi con esso per assicurare la propria integrità adottando in questo modo un compito distorto ed antiterapeutico come difesa oppure il gruppo di lavoro inizia ad inseguire gli obiettivi della struttura in cui è inserito, senza badare alla dimensione affettiva emergente, propria e dell'utente. In questo caso il gruppo fugge nell'azione, trovando diverse occupazioni, per negare le difficoltà interne: l'operatore e l'équipe, pur garantendo la presenza fisica, si allontana emotivamente dal paziente. "Poiché l'atteggiamento difensivo nasconde un carico di sentimenti pressanti, l'attivismo si fa assai energico e forzato; tuttavia si rende necessario pagare un prezzo, che consiste nella distorsione della realtà, specialmente la realtà del mondo interno emotivo." (Hinshelwood, 1989).

La rigidità dello staf

La rigidità dell'équipe nasce in risposta ad un cambiamento istituzionale. I membri dell'équipe, che vi si trovano inconsapevolmente imbrigliati, dovranno metter in atto un notevole sforzo per superarla, altrimenti ne subiranno le conseguenze disadattive.

La rigidità può assumere forme differenti: di fronte all'insicurezza il gruppo può diventare vischioso, che si caratterizza con una formale adesione al gruppo istituzionale, ma la partecipazione alla vita d'équipe è bassa o addirittura assente. L'équipe è pervasa dall'idea che sia utile lasciare tutto immobile per prevenire ogni movimento, in quanto qualsiasi tentativo di rivitalizzazione incontra resistenza, perché minaccia l'equilibrio instabile dell'équipe. Oppure la rigidità nell'équipe può scattare con diniego di esperienza di frammentazione e la difesa si manifesta con la rigidità burocratica. La rigidità burocratica solitamente nasce con la perdita di una leadership. A fronte di questo evento, l'équipe va incontro a depersonalizzazione e fa in modo di appoggiarsi a regole e procedure istituzionali così da poter dire che ci sono vincoli conservativi che impediscono il cambiamento.

Simile alla precedente è la mummificazione, ossia la tendenza del gruppo a perpetuare un tipo di organizzazione, più per mancanza di adattabilità, che per paura di frammentarsi. L'ansia di mantenere il tutto invariato produce un arresto della nuova esperienza e deresponsabilizza i componenti dell'équipe.

L'altro meccanismo rigido di protezione dall'angoscia di frammentazione è chiamato pugno di ferro: il gruppo, oltre ad esser difensore della rigidità, diventa agente attivo del controllo dell'istituzione.

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2014 Fascicolo 125

Nei casi più estremi di rigidità, si crea una complessità estesa a tutta l'istituzione. L'eccessiva ansia per i compiti istituzionali ed organizzativi può creare numerose barriere nell'équipe, che così si congela. Il bisogno di controllo rigido può far nascere conflittualità che determina un clima di non-comunicabilità e di dubbio di inefficienze delle persone.

La seduzione narcisistica

Dal momento che l'investimento psicotico è di natura narcisistica, ossia il paziente investe l'altro come se fosse parte di sé stesso, può esser facile per l'operatore cedere alla seduzione narcisistica.

P. C. Racamier definì la seduzione narcisistica come il processo con cui l'équipe, oppure il singolo operatore, si viene a considerare l'unico interlocutore capace di aiutare il paziente grave.

La seduzione narcisistica porta a credere che la salute bio-psico-sociale dell'utente dipenda dall'équipe stessa; si confondono i fallimenti ed i successi del paziente come propri degli operatori. Il paziente è considerato incapace di portare avanti una vita propria autonomamente e tale idea si trasmette all'utente, che finisce per ritenersi in grado di esistere solo grazie alla presenza dell'équipe e/o dell'istituzione. Tutto il *buono* è riversato nell'équipe o nell'istituzione, tutto il *cattivo* resta al di fuori.

Se, da una parte, la seduzione narcisistica favorisce un sentimento di appartenenza al gruppo, dall'altra, può causare un "funzionamento da setta".

Generalmente il processo di seduzione narcisistica emerge, con più lucidità, nei momenti di rottura istituzionale (es: le dimissioni), in cui pazienti e curanti devono separarsi. Il vissuto di perdita che accompagna l'utente e l'istituzione è talmente intenso che viene percepito da entrambi come un trauma.

Si verifica così una duplice seduzione narcisistica: "(...) quella esercitata dal paziente sugli operatori, quella esercitata dagli operatori tra loro". Il gruppo istituzionale funziona sul registro della negazione: "(...) negazione delle differenze (siamo tutti simili e ci amiamo), negazione del tempo che passa e separa le generazioni (non ci lasceremo mai), negazione di un altrove possibile (non esiste un altro posto al mondo dove potremmo vivere felici oltre a questa famiglia)." (Sassolas, 2004).

La noia dello staf

La noia è un sentimento d'inquietudine che nasce in un rapporto contraddittorio con il paziente o con l'équipe o con l'istituzione. Esprime, da un lato, la *manca* di rapporti umani che produce scontentezza, dall'altro un *rifiuto* degli altri per affermare il proprio narcisismo.

Il primo caso si verifica, per esempio, quando, nell'équipe conformista, c'è poca vivacità personale dei suoi membri. Il secondo caso si riscontra, ad esempio, quando il paziente psicotico tende a tenere tutto stabile per evitare la crisi acuta, tanto temuta.

In entrambi i casi, si crea un clima di *ipocrisia*, che determina appunto la noia, ossia la mancanza di autenticità dei rapporti. Dal momento che l'uomo è sempre alla ricerca di autenticità, la condizione noiosa ci fa provare un senso di deprivazione, di attesa senza speranza.

In questo modo, la noia assume valenza narcisistica per cui l'oggetto è deludente per sé e la sua aspettativa irrealizzabile per il gruppo istituzionale. Si produce un senso di vuoto, inteso come "un troppo pieno di oggetti morti o spenti, conviventi o coesistenti con parti vitali e amate". "[...] Quanto più mi sento vuoto, tanto più cerco di riempire il mio vuoto con oggetti insoddisfacenti, all'interno di una spirale narcisistica inesorabilmente distruttiva." (Correale, 2006).

La cronicità

La cronicità è un termine che fa riferimento al fattore tempo, che con gli utenti psicotici sembra perdere di significato. Il paziente cronico è un utente che induce, nel gruppo istituzionale, la convinzione che sia impossibile intervenire ancora. L'utente non è ritenuto più capace di fronteggiare il suo ambiente di vita ed i compiti e/o ruoli che il contesto gli richiede; sembra aver perso la sua funzionalità ed il curante fa cadere così la sua tensione terapeutica, creando un'area di non pensabilità nell'équipe.

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2014 Fascicolo 125

Con il suo meccanismo d'identificazione proiettiva, il paziente cronico sviluppa il bisogno totale dell'istituzione per percepirsi come persona integra. Infatti, l'utente cronico fa moltissime richieste onnipotenti di disponibilità dell'équipe, che però vengono bloccate, in parte, dalla professionalità degli operatori, ed in parte dalla sua stessa paura di provare dolore o frustrazione dal suo possesso totale.

Gli operatori sperimentano, per contro, un profondo senso d'inadeguatezza per la loro difficoltà a soddisfare tutte le richieste dell'utente. Si attivano nel gruppo istituzionale speranze messianiche, che troveranno realizzazione nelle strutture deputate alla risposta dei bisogni dell'utente.

Quando si cerca la migliore risposta alle richieste dell'utente senza averne riscontro, oltre al senso d'inadeguatezza avviene la collusione con la dimensione cronica del paziente, che aggrava ulteriormente il rapporto terapeutico. Si diffonde un senso di atemporalità nell'istituzione e l'idea che si stia vivendo in un contesto separato dalla realtà esterna.

“Alcuni possono trovare questo ambito separato un comodo contesto in cui innicchiarsi, altri possono viverlo come terrorizzante momento di ritorno ad una specie di punto zero della loro vita psichica. Altri ancora, infine, possono sentire questo come un momento specifico di transizione, una fase di attivazione diretta alla preparazione di nuove esperienze.” (Correale, 1999).

Gradualmente, si diffonde un senso di vuoto e si genera scissione. Gli operatori si trovano davanti maschere rigide, persone reificate e prive della loro storia, che inducono l'istituzione ad impedire i movimenti trasformativi, così come sono resi impossibili dagli utenti stessi. Si arriva ad un accecamento collettivo che priva gli operatori delle loro capacità associative.

Il processo di cronicizzazione deriva proprio dall'identificazione proiettiva del paziente psicotico e dal suo narcisismo: è la tendenza ad autolimitarsi, come difesa dall'attivazione, ed è anche il bisogno narcisistico del paziente a far rispettare la sua interiorità confusa. Questo processo determina “un senso di incarceramento, blocco e ripetitività ossessiva, che a sua volta serve a tenere sotto controllo il terrore sempre presente della crisi acuta (...).” (Correale, 1999).

Il paziente psicotico cronico, proprio perché possiede un bagaglio ristretto di esperienze future, vive un senso d'inutilità e di vuoto e chiede costantemente agli operatori di amarlo e di fargli sperimentare esperienze significative, anche se sembra essere terrorizzato dal provare nuove emozioni, che avrebbero quindi bisogno di esser contenute. Infatti, egli necessita dell'istituzione come presenza emotiva assorbente, che lo tuteli dai vissuti che lui teme.

Il paziente cronico sviluppa una sorta di dipendenza all'istituzione e, al tempo stesso, ne fa un uso tossicomano, in quanto è consapevole di non poterla portare dentro di sé.

BIBLIOGRAFIA

- Paul Clod Racamier: “Gli schizofrenici” ,Cortina1983
Correale e altri: “Quale psicoanalisi per le psicosi” Cortina 1997
Beri Ceroni, Correale: “psicoanalisi e psichiatria” Cortina 1999
Ferrata e altri: “La comunità terapeutica” Cortina1998
Correale e altri: “Borderline, Lo sfondo psichico naturale” Borla
Sassolas: “La terapia della psicosi” Borla 2004
Bion: “esperienze nei gruppi” Armando editore 2004
Correale: “Area traumatica e campo istituzionale” Edizioni Borla 2006
Correale Nocoletti: “ Il gruppo in psichiatria” Edizioni Borla 2004
De Martis, Petrella, Ambrosi: “ Fare e pensare in psichiatria” Cortina 1987
Di Marco: L'istituzione come sistema di gruppi” 1999
Di Marco, Nosè: La clinica istituzionale in Italia” edizione Stella 2008
Hinshelwood: “Cosa succede nei gruppi” Cortina 1989
Kernberg: “Mondo interno e realtà esterna” Boringhieri 1985
Erba: “domanda e risposta” ed. Ruolo Terapeutico



Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2014 Fascicolo 125