

“....e vissero felici e conten(u)ti”

A proposito della capacità di “contenere” nella cura della psicosi

Paolo Boccara

Abstract

Attraverso il racconto di alcuni casi clinici istituzionali, si focalizza quanto il riconoscimento delle emozioni vissute dal terapeuta possono diventare da aspetti apparentemente inaccettabili e incompatibili, elementi soggettivi da avvicinare con meno timore. Essere dei buoni ‘contenitori’, capaci di tollerare dentro la nostra mente le proiezioni dei pazienti psicotici che alienano da sé stessi la capacità di pensare, significa riuscire a custodire dentro di noi tutte quelle impressioni che il rapporto con la psicosi comporta. Consapevoli del fatto che è l’esperienza che può portare il terapeuta a diventare capace di “contenerle contenendo sé stesso” e lasciandosi tempo, come ricorda Bollas, “di pensare l’impensato”.

Parole Chiave

Emozioni, Soggettività del terapeuta, Casi istituzionali, Contenimento, Psicosi

Premessa

Negli oltre quarant’anni di lavoro nei servizi psichiatrici pubblici, ho occupato molto tempo a cercare di tollerare una continua sensazione di scarto tra le esperienze lavorative reali e le rappresentazioni interne che percepivo della stessa realtà. Col tempo ho anche cominciato a sostituire le iniziali pregiudiziali ideologiche con una attenzione crescente alle scelte cliniche che facilitavano l’emergere in me di una sensazione di autenticità.

Gli incontri con i pazienti psicotici nei padiglioni dell’Ospedale Psichiatrico Santa Maria della Pietà, nei corridoi del Servizio di Diagnosi e Cura dell’ospedale Pertini di Roma e nelle stanze del Centro di Salute Mentale della ASL, mi hanno permesso di cogliere quanto la loro vita psichica (in quanto tale e non solo in conseguenza della loro vita reale) fosse per loro una fonte di dolore, di angoscia e di terrore e nel contempo per me fonte di affetti intensi e pervasivi.

Col tempo mi sono anche accorto che i miei bisogni di continue rassicurazioni, le mie paure su un abituale senso di impotenza, le fughe (immaginate o agite) nei confronti di casi difficili che seguivo, le esaltazioni circa i fugaci risultati positivi e la rabbia a stento trattenuta nei confronti dei fallimenti relazionali dei colleghi più vicini, erano diventati, più che semplici imprevisti, delle abituali consuetudini delle mie giornate lavorative.

Poi, ma solo dopo alcuni anni e comunque non sempre, ho cominciato ad affiancare sconcerto e timore per questi atteggiamenti ad una certa curiosità sul possibile significato di tali vissuti, riconoscendo anche la fatica di integrarli col mio esplicito desiderio di aiutare, comprendere, contenere i miei pazienti più gravi.

Ed è stato lungo questo percorso interno che ho scoperto di potermi anche conciliare con quegli aspetti apparentemente inaccettabili e incompatibili del mio modo di intendere questa professione, riuscendo ad avvicinarmi con meno timore a quella parte di me (e degli altri) che, nei primi anni, volevo solo ‘e-stirpare’ senza comprendere.

Scrivendo Winnicott (1995): “Dopotutto, perché i dottori dovrebbero essere più sani, in senso psichiatrico, dei loro pazienti? (...) Nei libri di testo non si trova alcuna indicazione sul dosaggio in base al quale il dottore dovrebbe prescrivere sé stesso. Scarsa infatti è la letteratura sui possibili rischi di questo genere di cura, sui vari stati di allergia che si possono provocare nei pazienti e di cui si deve

attentamente spiare l'insorgere o sugli indesiderabili effetti collaterali del farmaco. Il problema principale riguarda l'uso del medico, l'intera gamma dei modi in cui il paziente può utilizzare l'esperto. Il punto centrale non è la psicoterapia specialistica, ma la circostanza che la psicoterapia passi impercettibilmente in tutto il lavoro del medico. I medici dovrebbero capire le premesse del loro lavoro. Non si tratta necessariamente di mettere in discussione ciò che si è fatto, ma chiunque faccia il medico dovrebbe essere capace di osservare ciò che fa e di occuparsi del proprio atteggiamento e delle proprie azioni, quanto dei sintomi che il paziente presenta e delle sue reazioni al trattamento”.

Psicoanalisi e psicoanalisti nelle istituzioni psichiatriche pubbliche

Sappiamo tutti come, a partire dalla fine degli anni settanta e fino ancora ad oggi, i servizi psichiatrici pubblici in Italia hanno attraversato una fase di profonda riorganizzazione. La progressiva chiusura del manicomio, con la sua logica di “luogo contenitivo” di per sé, e la possibilità di curare i disturbi psichiatrici all'interno della comunità sociale, ha aperto, verso i pazienti psicotici, e poi verso tutti i pazienti gravi, la prospettiva di una dimensione relazionale.

La conoscenza della storia del paziente, della sua visione del mondo, la cauta esplorazione del suo mondo interno e delle sue modalità di entrare in relazione con gli altri, insieme alla attenzione alla “mente contenitiva” del curante, sono diventati importanti strumenti di cura o, almeno, indispensabili premesse alla cura.

Questo ha chiaramente comportato che sempre di più crescesse l'interesse della psicoanalisi per quanto si andava “sperimentando” nei nuovi servizi psichiatrici, insieme all'attenzione della psichiatria per il notevole corpo teorico di cui la psicoanalisi disponeva e che appariva come una significativa fonte di conoscenza per le “nuove” modalità di trattamento.

La psicoanalisi è stata così utilizzata come modello teorico e come tecnica capace di essere introdotta con profitto nelle istituzioni – direttamente o indirettamente - e ciò ha certamente contribuito ad un'enorme evoluzione delle potenzialità terapeutiche dei servizi, dando anche nel tempo a tutti gli operatori un modello per interpretare il senso e l'utilità del proprio coinvolgimento emotivo verso le situazioni più gravi.

Tutto ciò ha fatto sì che un numero sempre crescente di psicoanalisti entrassero e rimanessero a lavorare nei servizi psichiatrici pubblici, a volte anche con ruoli di responsabilità, creando i presupposti per un più diretto confronto con la cura delle psicosi.

Ma oltre ad essere considerata una tecnica terapeutica e conoscitiva da introdurre ed usare nelle istituzioni, la psicoanalisi potrebbe diventare un modello teorico che chi lavora nelle strutture pubbliche può usare per trovare una continua posizione fertile nel contesto delle dinamiche istituzionali? “Il guaio di tutte le istituzioni, scriveva Bion, è che sono morte, ma le persone che vi sono dentro non lo sono, anzi crescono e qualcosa deve succedere”.

Gli psicoanalisti potrebbero allora sviluppare una posizione che permetta di mantenere ad oltranza una sufficiente preoccupazione positiva verso i propri pazienti, nonostante la gravità e a volte la violenza delle dinamiche istituzionali?

Per provare a rispondere a questi interrogativi, credo che si possano intanto utilizzare alcune affermazioni di Marcel Sassolas (2001), contenute nel libro dal suggestivo titolo *“La psychose à rebrousse-poil”* (tradotto in italiano più banalmente “La terapia delle psicosi”). Sassolas sostiene che “la psichiatria classica, come un capro espiatorio è stata accusata di tutti i mali possibili, ma si può pensare che fosse stata, e che sia tuttora, più complice che responsabile, in quanto non fa che assecondare la psicosi, accarezzandola nel senso del pelo, anche se il paziente protesta. E siccome il prezzo psicotico non si ritrova nei sintomi ma nella impresa sistematica e insidiosa di spodestamento di sé e di esilio dalla propria vita psichica, in questa complicità inconscia con la psicosi, quella psichiatria dimostra di essere più sciocca che cattiva (...)”.

Il paradosso di una concezione psicoanalitica di cura psichiatrica è infatti quello di lavorare alla salvaguardia e al recupero dell'attività mentale dei pazienti psicotici, proprio quando questa è la spina nel fianco da cui cercano inconsciamente di liberarsi.

Fare di tutto per preservare e rafforzare la loro identità di soggetti, mentre fuggono da sé stessi p.e. nelle costruzioni deliranti, significa allora *prendere la psicosi contropelo*, con tutte le conseguenze psicodinamiche e relazionali che questo comporta per i pazienti, oltre che per noi.

La dimensione curativa del ricovero in SPDC

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Pertini, in cui ho lavorato per quasi dieci anni, si è aperto sul finire degli anni '80 come quarto polo ospedaliero a Roma, ed ha subito immediatamente una lunga ondata di ricoveri di gravi pazienti psicotici acuti.

Insieme ai colleghi di allora, ho presto affrontato il problema della "obbligatorietà del ricovero", inteso sia nel senso di dover obbligare pazienti a ricoverarsi, sia nel senso che i servizi, le famiglie, le forze dell'ordine ci obbligavano a ricoverarli.

In una prima fase, confrontandomi giornalmente con questa specie di 'prescrittibilità reciproca', sono stato così costretto dai fatti a riflettere a quelle condizioni interne ed esterne al servizio che potevano consentire una evoluzione del ricovero obbligatorio verso una prospettiva terapeutica e non solo contenitiva.

Mi accorsi presto che aver iniziato un ricovero in un forte clima di prescrittività non impediva sempre l'instaurarsi di una buona relazione tra operatore e paziente, e che anzi in alcuni casi il TSO, come atto prescrittivo, non era sempre vissuto come semplice privazione di libertà ma al contrario, in alcuni pazienti, sembrava lasciare aperta una sorta di senso di affidabilità nei riguardi degli operatori coinvolti.

Mi interessai allora, insieme ai miei colleghi, a studiare le condizioni che potevano consentire, anche in regime di ricovero obbligatorio, l'instaurarsi di una relazione 'significativa', anche momentanea e della durata del solo ricovero, che però proprio in quanto tale, permettesse di cogliere il senso della crisi e le possibili prospettive per un eventuale progetto terapeutico almeno parzialmente condiviso.

Giungemmo presto a ritenere che anche le regole e le caratteristiche contenitive del reparto (porta chiusa, trattamento farmacologico sedativo, addirittura anche a volte le fasce di contenzione), potevano considerarsi strumenti funzionali alla presa in carico del problema del paziente e non misure di semplice controllo, custodia o, peggio, punizione.

Si aprì così una seconda fase in cui cominciammo a riservare una maggiore attenzione alla potenziale evoluzione terapeutica del TSO, che si esprimeva in primo luogo all'interno della relazione operatore-paziente, che di fatto sembrava costituirne l'elemento centrale, qualificante e trasformativo.

Emergevano poi tutte le problematiche ben note sul trattamento degli psicotici in fase acuta. E, tra l'altro, anche le difficoltà degli operatori per la loro continua esposizione all'odio, all'invidia, all'aggressività non sempre solo verbale, che il paziente portava con sé e che trasferiva con meccanismi di identificazione proiettiva verso coloro che entravano in relazione con lui.

In questa ottica mi risultarono sempre più evidenti anche i miei personali tentativi difensivi per evitare di affrontare, oltre che le parti inaccettabili del paziente, anche le mie parti inaccettabili, quali la rabbia, il dolore, la paura o il senso di impotenza e di inadeguatezza insieme ai miei tentativi di difesa da essi che spesso diventavano collusivi con quelli degli stessi pazienti.

La relazione contenitiva. Adriano

In quegli anni decisi di portare alla supervisione mensile del reparto dove allora lavoravo, il caso di un giovane psicotico di ventidue anni. Adriano era stato ricoverato obbligatoriamente circa un anno prima, in seguito ad una forte tensione con i genitori che li aveva indotti a chiamare la Guardia Psichiatrica. Dopo una infanzia ed una prima adolescenza apparentemente tranquilla, in seguito ad una bocciatura a scuola, Adriano non usciva più di casa ormai da due anni, era diventato vegetariano, seguace di filosofie orientali ed ecologista convinto, assumendo l'aspetto di un 'santone' grosso,

grasso, con barba e capelli lunghi. In quei due anni aveva ‘schiavizzato’ i genitori e la sorella i quali, per compiacerselo e non creare tensioni in casa, erano stati completamente sottomessi ai suoi ordini, subendo aggressioni verbali e fisiche quando osavano contraddirlo.

Durante quel ricovero, a parte il suo parere contrario a farsi curare, si era mostrato disponibile a parlarci delle sue convinzioni ‘filosofiche’, con l’intenzione, neanche tanto nascosta, di mostrarci le sue capacità di ragionare e la sua diversità rispetto alla opinione dei familiari.

Decidemmo, insieme allo psichiatra del CSM, di utilizzare il ricovero fondamentalmente per offrire ad Adriano una occasione per riprendere a comunicare con gli altri, puntando alla opportunità di proporre quei colloqui come utili, anche una volta dimesso, a rendere meno problematica la convivenza in casa.

Uscito dal reparto con un accordo del genere, Adriano non si presentò al CSM ma, dopo circa otto mesi dal primo ricovero, fu lui stesso a chiedere un nuovo ricovero, per ‘curare’ un forte dolore ai piedi, della cui natura psicosomatica era diventato certo. In accettazione appariva dimagrito circa venti chili, piangeva e diceva che, ricoverandosi, voleva solo guarire per restare, una volta dimesso, vicino ai genitori e non lasciarli più soli.

In quei venti giorni di ricovero Adriano riprese a mangiare, a camminare e cominciò a parlare soprattutto del periodo in cui, alcuni anni prima, aveva abbandonato la scuola e si era chiuso in casa. Il paziente sembrava più collaborativo e noi, contenti di questa novità, insieme ad una offerta di un piano di ascolto attento e partecipato, eravamo protesi a stimolare Adriano a riprendere le normali attività fisiologiche e fisiche per riuscire a dimetterlo al più presto possibile.

All’uscita dal reparto ci accordammo, in presenza dello psichiatra del CSM di intraprendere un progetto riabilitativo, volto al recupero delle sue attuali disabilità, e di mantenere in parallelo un programma di colloqui a scadenza periodica.

Durante la supervisione il collega del ‘territorio’, ci informò che Adriano, a qualche mese dal ricovero, aveva intrapreso quel progetto risocializzante, si recava al CSM, sempre accompagnato dai familiari, pur mantenendo nel contempo un atteggiamento di parziale diffidenza.

Il supervisore, ci chiese allora se ci fossimo domandati il motivo dell’eccesso di cautela con cui avevamo affrontato il delirio di Adriano. Sembrava infatti che il nostro atteggiamento fosse finalizzato ad indicare una possibile strada terapeutica, ma in fondo rischiava anche di mantenere intatta nel paziente una specie di ‘filosofia ecologica’ al limite del fanatismo, senza tentare, a parere del supervisore, un progressivo disvelamento, almeno a noi stessi, della sua funzione difensiva riguardo ad angosce ben più profonde. Sembrava infatti che avevamo ascoltato i suoi racconti, avevamo assistito ai suoi progressi fisici, avevamo proposto una nostra presenza significativa, col patto implicito però che il paziente ci dimostrasse di poter e voler riprendersi da quello stato di profonda regressione con il quale si era presentato a noi.

Le domande allora durante la supervisione diventarono incalzanti: quali erano i motivi più profondi che ci avevano influenzato in quel tipo di atteggiamento? Quali le nostre emozioni, le nostre paure, i nostri rifiuti, che forse ci avevano impedito di accettare veramente e dentro di noi quel paziente? Il nostro reparto, gli operatori, il servizio territoriale non sopportava quello strano delirio o quella fastidiosa regressione a tal punto da rimanere immobili di fronte alla potenziale cronicizzazione di un ragazzo di ventidue anni? Quali erano state le difficoltà nell’entrare in contatto con il reale stato di crescita mostrato dal paziente? Che senso avevano avuto allora i due ricoveri per Adriano, rispetto alle sue continue sfide, richieste e rifiuti di cure?

Erano interrogativi a cui non era facile rispondere immediatamente, ma già il porseli era diventato un modo di affrontare le cose in maniera diversa.

Nonostante la contenzione. Giorgio.

Scriva ancora Winnicott (1995): “Certo gli psichiatri hanno i loro problemi: ogni psichiatra deve occuparsi di una immensa quantità di casi molto seri, è sempre minacciato dalla possibilità di suicidio

tra i pazienti che ha in cura, deve sopportare il pesante carico di assumersi le responsabilità dei ricoveri e delle dimissioni (...). Lo psichiatra inoltre ha a che fare con la pressione sociale, poiché tutti quelli che necessitano di protezione da sé stessi o che devono essere isolati dalla società, inevitabilmente sono affidati alle sue cure ed egli non può rifiutarli. Può, in realtà, rifiutare un caso, ma questo significa solo che se ne prenderà cura qualcun altro”.

Giorgio è un paziente con un grave disturbo di personalità, caratterizzato da una notevole povertà di pensiero, con comportamenti estremamente violenti e atteggiamenti delinquenti, tanto da aver scontato negli anni numerose condanne in carcere e in OPG. Dopo l’ultima scarcerazione ha aggredito la madre e i genitori chiedono insistentemente al CSM di venirlo a prendere a casa e ricoverarlo d’urgenza.

È estate, il suo operatore di riferimento è in ferie e quindi, in qualità di responsabile del servizio, decido di andare a casa del paziente con due infermieri che lo conoscono da tempo. Polizia e autoambulanza tardano a venire sotto casa e così ci troviamo soli di fronte a Giorgio che dall’altra parte della strada, ci minaccia fisicamente. È agitato, chiaramente delirante, appare estremamente violento. Rimaniamo paralizzati dalla paura e, non potendo in nessun modo impedire alcunché, assistiamo passivamente alla sua fuga.

Dopo qualche giorno, però, viene preso dalla polizia e viene portato con forza in ospedale. Ricoverato in SPDC, crea subito una serie preoccupazioni sulla incolumità fisica del personale del reparto e sulla difficoltà di protrarre a lungo le cure coatte. Anche se contenuto a letto e sotto una forte dose di neurolettici in flebo, continua ad incutere paura. Tra gli operatori del reparto emerge una sensazione comune di essere stati troppo responsabilizzati senza aver avuto un adeguato segnale di collaborazione da parte del territorio e, nello stesso periodo nel CSM, la paura e l’impossibilità di pensare ad un progetto territoriale di cura, crea una situazione di iniziale fuga dalle responsabilità.

Il compito degli operatori impegnati nel caso diventa allora quello di tentare di ‘prendere su di sé’ la funzione trasformativa del processo, cercando il più possibile di sviluppare nel contempo una capacità di leggere, dinamicamente e nel proprio coinvolgimento diretto, la vicenda in corso. Gli infermieri del reparto sono i primi ad accorgersi che con loro Giorgio appare meno minaccioso e cominciano ad instaurare con lui una relazione, basata soprattutto sull’accudimento fisico.

In un momento in cui i rapporti tra i due servizi sembrano però improvvisamente deteriorarsi, attraverso una telefonata inizialmente molto tesa tra i due responsabili, si arriva a convocare una riunione urgente. Durante la riunione, dopo un primo momento di accuse reciproche, risulta evidente, pur senza una esplicitazione diretta, che nei giorni precedenti in entrambi i servizi sia aleggiata la fantasia comune che un ricovero in OPG fosse, per Giorgio, l’unica soluzione dei suoi problemi. Una fantasia implicita molto potente che identificava di fatto gli operatori del reparto a dei “carcerieri” e gli operatori del CSM a dei “passivi spettatori” della definitiva collocazione del paziente.

Una volta che tale fantasia viene colta, si assiste però ad un progressivo scioglimento della precedente tensione, fino a riuscire ad arrivare alla definizione dei reciproci compiti, dopo una comprensione sia delle problematiche psicopatologiche del paziente sia dei nuovi strumenti necessari per affrontare la difficile situazione. Gli operatori così drammaticamente coinvolti nel rapporto con Giorgio, sono riusciti in questo modo a raccogliere tutta la turbolenza impensabile, distruttiva, inelaborabile che il paziente aveva “trapiantato” su di loro e hanno così creato i presupposti per proporre in seguito al paziente stesso, ai suoi familiari e ai colleghi, realistici progetti di assistenza e cura.

Essere dei buoni contenitori, capaci appunto di tollerare dentro la nostra mente le proiezioni di quei pazienti psicotici che alienano da se stessi la capacità di pensare, significa quindi essere innanzitutto consapevoli di questo paradosso della cura e delle conseguenze che questo paradosso continuamente sollecita. Significa riuscire a custodire dentro di noi tutte quelle impressioni che il rapporto con la psicosi comporta, consapevoli del fatto che l’esperienza di contatto con elementi di ordine psicotico, soprattutto quando essi vengono mobilizzati dall’incontro delle due menti all’interno del campo, deve trovare il terapeuta capace di “contenerle contenendo sé stesso” e lasciandosi tempo, come ricorda Bollas, “di pensare l’impensato”.

A proposito del lavoro di uno psicoanalista con un paziente psicotico Bollas (2001) scrive che “ogni paziente suggerisce all’analista un ambiente nel quale vivere un periodo psicoanalitico insieme e ogni analista deve soffrire della malattia di questo luogo” (...). Con il passare del tempo (ed è interessante il fatto che in questa situazione il tempo assume una funzione differente e curativa) l’analista è in grado di trasformare una relazione oggettuale informativa in pensiero (...), pensiero che, in quel momento, è curativo per l’analista e che, solo gradualmente, attraverso interpretazioni pregnanti e il trascorrere del tempo, permetterà al paziente anche di stare meglio”.

La paura di non riuscire a contenere. Marisa.

Scrivo ancora Winnicott (1958): “Bisogna ammettere semplificando molto, che ci sono due tipi di esseri umani: quelli che non si portano dietro una esperienza significativa di crollo mentale nella prima infanzia e quelli che invece devono sempre fuggire da un’esperienza del genere, girandoci intorno, avendone paura e in qualche modo rimanendo sempre sotto l’incubo di questa minaccia (...) “Sapere dove si è in ogni momento e capire quanto è utile al paziente arrivare sempre più vicino al suo specifico punto di follia richiede considerevole esperienza e coraggio. Tuttavia se l’analista non è in grado di vedere la cosa in questo modo e - per paura, per ignoranza, per il fastidio di avere per le mani un paziente così malato - tende a sprecare le cose che succedono nel trattamento, non può curare il paziente: egli si ritrova continuamente a correggere il transfert delirante o, in un modo o nell’altro, a indurre il paziente alla sanità, invece di permettere alla follia di diventare una esperienza accettabile dalla quale il paziente può recedere spontaneamente”.

Seguivo Marisa da alcuni anni presso il servizio territoriale. Recentemente la paziente aveva iniziato, come periodicamente capitava da anni, ad evitare gli appuntamenti con me, aveva sospeso la terapia farmacologica e si era chiusa nella casa dove viveva da sola. Attraverso il disturbo dei vicini ed alcune telefonate minacciose al servizio, mi aveva mandato alcuni sporadici segnali di richiesta di aiuto ma nel goffo tentativo di rispettare la sua scelta (quasi sperando di non provocare i soliti vissuti persecutori nei miei confronti), avevo aspettato più tempo del solito per intervenire. Era però arrivato il momento di agire e da qualche giorno avevo programmato una visita domiciliare per un probabile TSO.

Avevo cominciato a sentire il fastidio di essere particolarmente intrusivo nella vita di Marisa già qualche giorno prima dell’intervento programmato con i pompieri e la forza pubblica. La mattina stessa in cui dovevamo fare l’intervento mi ero svegliato particolarmente stanco ed ansioso per quell’incontro con Marisa. Temevo, questa volta in modo più acuto che in altre occasioni simili, che nel presentarmi a casa sua per una ospedalizzazione forzata, potessero emergere gesti violenti e, forse negando in qualche modo la paura per la mia incolumità fisica, immaginavo insistentemente dei suoi disperati gesti autolesivi.

I pompieri riuscirono ad entrare abbastanza agevolmente nell’appartamento ed iniziarono subito a parlare con Marisa che, difendendo a quel punto uno spazio ancora più esiguo e fragile, ribadiva però che non si sarebbe mai mossa dalla sua stanza. Al momento di proporle la mia intenzione di ricoverarla, dopo averle fatto alcune iniezioni di sedativi, vidi il capo dei vigili farmi dei segni muti, come a tenermi lontano dalla paziente e a farmi notare come il campo era ben occupato da due altri vigili che le parlavano ostentando un tono amichevole. Decisi allora di mettermi ad osservare la situazione, giustificando internamente la mia astensione con la considerazione che un mio intervento sarebbe risultato distonico rispetto a quello già in atto da parte dei vigili. Questi stavano riuscendo ad ottenere che lei andasse con loro a “prendere un caffè” e, dopo un lungo contrattare, riuscirono a far uscire Marisa da casa.

Appena usciti per strada, iniziarono a farmi segnali compiaciuti di intesa e, non appena vicini all’ambulanza, nel sottolinearmi a gesti eloquenti l’eccitamento del trionfo sulla psicosi, provarono a spingere dentro Marisa. Ad un certo punto lei mi raggiunse e prima di salire a forza nell’autoambulanza, riuscì a darmi un calcio. Il dolore fisico che mi procurò il suo calcio alla gamba

sedimentò finalmente una serie di sensazioni che fino a quel momento erano sospese. Sentivo il “dolore” come qualcosa di reale e concreto che Marisa era riuscita a comunicarmi, diverso dal registro attraverso cui cercavo di pensare non riuscendoci) quello che stava accadendo davanti ai miei occhi. Marisa era paralizzata mentalmente e cercava di attivare movimenti e interventi prescrittivi all'esterno come unica soluzione per poter continuare, attraverso il dolore, a sentirsi viva.

Mi resi conto che il suo dolore, attraverso la mia presa di distanza dalla sceneggiata dell’“andiamo tutti insieme a prendere un caffè”, era stato da me nettamente negato e, forse, tutto il mio stato di paralisi era semplicemente finalizzato al contenimento di quel dolore stesso.

Pensai allora che, sostenendomi con la presenza dei vigili, avrei dovuto semplicemente chiamare la necessità di ricovero con il suo nome. Ricordai immediatamente che tante volte ero riuscito a comunicare esplicitamente ai pazienti, nel servizio come nella stanza di analisi, la mia autentica preoccupazione per alcune loro scelte visibilmente autolesive. Questa volta la negazione del fallimento, per Marisa della sua esistenza e per me del suo progetto di cura, aveva preso il sopravvento, senza permettermi di collocare sullo sfondo l'intervento dei vigili e di presentare autenticamente alla paziente il suo vissuto di disintegrazione, che poteva anche chiamarsi, come lei ora mi suggeriva, semplicemente dolore.

Era avvenuta una vera e propria paralisi della funzione riflessiva nella mia mente che aveva impedito la possibilità di introdurre altri vertici attraverso cui osservare la stessa scena. Avevo avuto paura che la non collaborazione di Marisa stesse lì a dimostrare la mia incapacità di prendermi cura di lei e tutto appariva preferibile piuttosto che sentirmi il suo persecutore.

Accettare e tollerare la paralisi della mente di fronte alla follia è una esperienza molto comune per qualunque operatore, anche il più esperto. Per questo importante cercare in quei momenti la cooperazione con gli altri, a patto però di non scomparire, o rischiare di scomparire, come possibili interlocutori futuri.

Il problema, in quel momento, non era quello di intervenire su Marisa per farla collaborare, ma quello di come creare le premesse per ridiventare un interlocutore di una persona che rifiutava da tempo una comunicazione, una relazione con me.

Pazienti come Marisa vivono l'altro come alieno, come la parte rifiutata di sé, ma solo attraverso questa rappresentazione dell'altro sperimentano una coerenza della loro rappresentazione di sé stessi. Allora, laddove non possiamo essere riconosciuti come interlocutori, il nostro compito può diventare quello di mettere il paziente in condizioni intanto di esistere e questo può significare esser vissuti, necessariamente e per molto tempo, come dei persecutori. Tollerare questa persecutorietà non vuol dire solo aspettare, ma individuare volta per volta i livelli di un incontro accettabile, senza promesse che non siamo in grado di mantenere, individuando il più possibile i bisogni espressi dalla intera situazione. Tollerare il ruolo di persecutori può significare avere la pazienza nell'essere percepiti tali, mantenersi come persone e come servizio, vivi ed esistenti nonostante un tale vissuto del paziente nei nostri confronti.

Tutti conosciamo quel momento sconcertante in cui perdiamo la pazienza, la speranza ed agiamo presi dal nostro vissuto emozionale, interrompendo così il contatto con l'altro e anche con la trama della nostra esperienza interiore. Bisogna avere molto chiaro che il paradosso di queste situazioni è che per far sentire esistenti coloro che sentono di non esserci, dobbiamo aiutarli a provare dei sentimenti autentici. I sentimenti di esclusione, di intrusione, di persecutorietà diventano un modo di liberarsi dalla rappresentazione dell'altro come altro alieno a loro. Ma sono dei sentimenti di cui dobbiamo assumerci la responsabilità, sapendo che sono anzi il modo per il paziente di sperimentare inizialmente un ritrovato modo di passare dall'isolamento della follia alla relazione, seppur psicotica, con l'altro.

Considerazioni conclusive

La collusione con le difese di Adriano, la paralisi del pensiero rispetto ad un progetto evolutivo per Giorgio, la paura di non riuscire a tollerare la persecutorietà di Marisa, avevano messo in pericolo la stabilità e la terapeuticità del mio rapporto con loro.

È a questo livello di esperienza che Bion parla dell'importanza di riuscire a vivere con l'incertezza, di saper avvertire misteri e dubbi senza trovare spiegazioni a tutti i costi. Chiama questa facoltà "*capacità negativa*" e dà a questa capacità il valore di indicatore del lavoro psichico come oscillazione tra la tolleranza del dubbio e la sicurezza.

La supervisione, il lavoro nel gruppo degli operatori, il mantenimento del dialogo interno, mi hanno permesso, nei casi su riportati, di riconoscere gli iniziali movimenti difensivi nei riguardi delle problematiche che il paziente portava.

Nel tempo (ma non si sa mai per quanto e attraverso quanti stadi del rapporto) il terapeuta, il gruppo di operatori, l'istituzione nel suo complesso, hanno il compito fondamentale, di far fronte alla solitudine relazionale della follia, di mantenersi per il paziente come un oggetto stabile nel tempo, magari passando da *interlocutori persecutori* a *osservatori partecipi*, responsabili e rispettosi, fino a diventare eventualmente *interlocutori privilegiati*, per affrontare le tematiche che di volta in volta possono essere rappresentate e condivise.

Perché a volte può bastare essere, anche per un significativo lasso di tempo, solo oggettivamente stabili? Perché mantenere una presenza nel tempo può impedire che gli aspetti autodistruttivi di queste situazioni riducano le potenzialità di sopravvivenza. Perché può evitare la mala-adattività alla vita che ogni protagonista di queste situazioni rischia continuamente. Perché può permettere di individuare le diverse tappe per sostenere quella relazione. Perché può significare solo anche *semplicemente accompagnare* questi pazienti, e le loro famiglie, per un arco della loro vita, aiutandoli ad evitare di guastarla irrimediabilmente o di interromperla bruscamente. Ma mantenere una presenza nel tempo può anche voler dire per noi sopportare di essere messi fuori gioco, anche per un lungo periodo. È relativamente facile fare i cosiddetti contratti terapeutici. I problemi iniziano quando qualcuno li rompe. E questo a volte è difficilmente tollerabile, per le ripercussioni negative, individuali e di servizio, sulla propria identità terapeutica e professionale.

Divenuti stabili si tratterà poi di capire come avviare, sviluppare e proteggere una vera e propria dimensione di cura nel ruolo istituzionale che si ricopre nei servizi. Una funzione curante particolarmente problematica che, con i pazienti psicotici dei nostri servizi, si svolge per lo più nelle situazioni di realtà, più che nel campo codificato di un trattamento psicoterapico. Una realtà che dobbiamo strutturare in modo tale che non sia solo una successione di avvenimenti ma un terreno attraverso cui ci si può avvicinare ad avvenimenti psichici tratti da questi avvenimenti reali e che, in quanto tali, proveremo a condividere mentalmente con i pazienti stessi.

"Il ruolo dello psicoanalista in questi contesti, sostiene Sassolas (2001), è quello di cogliere le opportunità terapeutiche nel lavoro istituzionale e di saperle rendere percettibili agli altri terapeuti. E può solo farlo a partire da un ruolo istituzionale preciso e non da un posto e da una funzione di psicoanalista non implicato nella vita istituzionale".

Di fronte a funzionamenti psicotici della mente altrui, anche gli psicoterapeuti, in ogni contesto operino, "si pre-occupano", cioè "occupano prima", con possibili soluzioni tecniche e metodologiche, quest'area della loro collocazione istituzionale. Sappiamo che tollerare l'ignoto vuol dire accettarlo, significa contenere e custodire le (nostre) emozioni estranee a noi, non come un problema sempre risolvibile ma come un dato inconscio che può essere mobilizzabile ed elaborabile solo attraverso una continua attività auto-riflessiva.

Una attività riflessiva che eviti di dare per scontate alcune soluzioni istituzionali solo apparentemente terapeutiche e che riconosca le nostre soluzioni difensive, comunque connaturate al lavoro che abbiamo scelto, solo apparentemente comode.

BIBLIOGRAFIA

- Asioli F., Ballerini A., Berti Ceroni G., Correale A. (1993). *Psichiatria nella comunità*, Torino, Bollati Boringhieri
- Berti Ceroni G., Correale A. (1999) *Psicoanalisi e psichiatria* Raffaello Cortina Milano
- Bion W.R (1963). *Elements of psychoanalysis*, Heinemann, London. (trad. it. *Elementi della psicoanalisi*. Armando, Roma, 1973).
- Boccaro P. “ *Il corridoio della paura: difendersi o proteggersi?*” Rivista Psiche (n 2-3 1995). Ed. Borla, Roma.
- Boccaro P. *Tradimenti Il caso di Fabio* Rivista Interazioni n.1. Ed Franco Angeli 2003
- Bollas C. (2001) *Il Mistero delle Cose*. Raffaello Cortina Milano
- Bonaminio V. *La persona dell'analista*, Relazione al Centro Psicoanalitico Romano 2002.
- Borgogno F. *Psicoanalisi come percorso*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- Bordi S. *Lo stato attuale del concetto di neutralità analitica*. Riv. Psicoanal., vol. 41, 373 – 390. (1995).
- Cahn R. (2003) *La fin du divan?*, serata scientifica presso la SPI di Roma, il 10 febbraio 2003.
- Correale A. (1991). *Il campo istituzionale*, Roma, Borla,
- Donnet J. L. (2001). De la règle fondamentale a la situation analysante, *Int. J. Psychoanal*, 82, 1, 129; relazione al XLII Congresso IPA, Nice, 23 – 27 luglio. (trad. it. in *Psicoanalisi*,
- Ferenczi S. *Diario Clinico. Gennaio Ottobre 1932*, Raffaello Cortina, Milano 1985.
- Ferro A *Nella stanza di analisi. Emozione, racconto, trasformazione*, Raffaello Cortina, Milano 1996
- Ferro A. (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione*. Milano, Cortina.
- Ferruta A. *Tra Corinto e Tebe Il controtransfert all'incrocio tra riconoscimento e accecamento*. Riv. Psicoanal., Vol.44, 295 - 308. (1998).
- Heimann P. *La necessità che l'analista sia spontaneo con il paziente* (1978) in Heimann P. *Bambini e non più bambini* (1992) Roma, Borla 1994.
- Mitchell S.A *Speranza e timore in psicoanalisi* (1993), Bollati-Boringhieri, Torino 1995.
- Monari M. *Il disturbo borderline*. In Berti Ceroni G., Correale A. (a cura di) *Psicoanalisi e psichiatria* Raffaello Cortina Milano 1999
- Nissim Momigliano L. e Robutti A. (a cura di) *L'esperienza condivisa. Saggi sulla relazione psicoanalitica*, Raffaello Cortina, Milano 1992.
- Sassolas Marcel - *La terapia delle psicosi* , Borla Roma 2001
- Turillazzi S. e Ponsi M. *Transfert – Controtransfert e intersoggettività. Contrapposizione o emergenza?*, Riv. Psicoanal., 45, 697 – 720. (1999).
- Winnicott D.W. *Dalla pediatria alla psicoanalisi* (1958), Martinelli, Firenze 1975.
- Winnicott D.W. *Esplorazioni psicoanalitiche* Raffaello Cortina Milano 1995
- Riefolo G. (2001). *Psichiatria prossima*. Torino, Bollati Boringhieri.