

Il corridoio della paura: soggettività del terapeuta e violenza nelle istituzioni di cura

Paolo Boccara

Abstract

Nel lavoro viene descritto il movimento “dall’uno ai molti e poi di nuovo dai molti all’uno”. E’ il processo per cui una persona può vedere riflessi diversi aspetti di un suo problema (anche diversi aspetti della sua personalità e della sua mente) nei vari punti di vista espressi nel gruppo, per poi, con un movimento a fisarmonica, vederli ritornare ad un unico punto di vista, che però è diverso da quello iniziale. A volte sono i curanti stessi a finire per *rassegnarsi* per il loro paziente e per rispettarne l’isolamento, invece che prestare ascolto al suo desiderio più profondo di trovare *una convivenza con l’altro*, che non lo annulli come soggetto e gli possa permettere una dimensione relazionale che preveda un cambiamento. Come attivare una riflessione nel gruppo degli operatori su questo tema così delicato, potenzialmente presente in ogni processo terapeutico e che investe anche le dinamiche del nostro mondo interiore?

Parole Chiave

Aspetti di personalità, Punti di vista, Isolamento, Convivenza con l’altro, Processo terapeutico.



”... ci vogliono due persone per pensare (...) è questa esperienza di pensare con un’altra persona con cui si è in conversazione consciamente e inconsciamente che credo abbia le potenzialità di creare condizioni in cui possa accadere il cambiamento psicologico sia nel paziente che nell’analista”

(T.H. Ogden, 2013)

“Una fragile armonia”, è un recente film diretto da Yaron Zilberman, in cui vengono proposte le vicissitudini di un quartetto di archi che suonando insieme da 25 anni è miracolosamente sopravvissuto a lutti personali e a cambiamenti. Il racconto per immagini ci conferma però che il gruppo resta pur sempre composto da esseri umani che, per quanto appassionati della loro arte e della loro professione, poggiano continuamente su un equilibrio a tratti instabile: tra i quattro individui di talento (che suonando in gruppo hanno accettato di non rifulgere individualmente), c'è chi vede nel cambiamento un'occasione di rivalsa umana e professionale e il dramma del violoncellista col Parkinson che chiede di essere sostituito diventa l'occasione per una scatenata battaglia senza esclusione di colpi tra i tre (più la figlia di due di loro). Vicende legate ad emozioni dovute a risentimenti famigliari, amori mai sopiti, improvvise quanto inopportune passioni e ambizioni represses che esplodono, fino a mettere a rischio la continuazione del rapporto professionale del gruppo. Una sinfonia senza pause, analoga al *Quartetto per archi 131 di Beethoven* attorno al quale ruota tutto il film, dove poi la musica è strettamente intessuta all'azione e anche quando i protagonisti parlano è come se suonassero, a volte in modo rabbioso e disarmonico, a volte con l'allegria della passione.

Metafora di parti del sé di una persona fragilmente armonica o di aspetti di un gruppo di lavoro in crisi, il film mi sembra poter suggerire che la dialettica tra le parti può essere dirompente ma non necessariamente distruttiva. Sembra anche far pensare al movimento, che vorrei descrivere in questo mio lavoro, "dall'uno ai molti e poi di nuovo dai molti all'uno". Al processo per cui, come mi ha recentemente anche proposto Claudio Neri, una persona può vedere riflessi (e/o contenuti) diversi aspetti di un suo problema (anche diversi aspetti della sua personalità e della sua mente) nei diversi punti di vista espressi nel gruppo, per poi con un movimento a fisarmonica vederli ritornare ad un unico punto di vista, che però è diverso da quello iniziale.

Potremmo allora partire dal panorama concreto e psichico a cui gli operatori dei servizi pubblici (psicoanalisti e non) assistono oggi, che come sappiamo è da tempo molto cambiato ed è spesso inasprito dagli eventi non solo clinici, ma organizzativi politici, economici. Tutto sembra mutare (e muta davvero) e il contesto in cui si lavora si riscrive in codici che prima sembravano impensabili e che invece diventano sempre più evidenti nel giorno dopo giorno.

Se in questo particolare momento (come da trent'anni a questa parte) serve difendere con forza e convinzione (senza mai cedere a fantasmi ideologici) la riforma psichiatrica, occorre però costruire comunque il futuro e nel farlo non si può comunque solo proteggere il passato e crogiolarsi nel rimpianto della *fantasia del non avvenuto*.

Per costruire il futuro credo che sia anche indispensabile ridefinire la nostra soggettività, ripartendo dalla nostra esperienza clinica e dalla possibilità di ripensare ai pazienti e a noi stessi, tenendo conto dell'*oggetto* della soggettività di ciascuno. Dando per certo che il soggetto non può mai essere interamente separato dall'oggetto (e quindi non può mai essere mai completamente centrato su sé stesso) e che l'oggetto *nella esperienza sfugge continuamente alla conoscenza diretta* (Ogden, 1994).

Con la chiusura degli ospedali psichiatrici è emersa chiaramente la necessità (segnalata ormai da anni anche dagli psicoanalisti contemporanei) che per avvicinare i pazienti gravi si deve fare affidamento sulla *mente contenitiva* del curante, che dovrebbe essere capace di poter accogliere non solo le parole, il vissuto e il dolore del paziente, ma sicuramente anche tutto ciò che questo genera nella propria mente. La psichiatria classica ha sempre operato in un assetto difensivo, sia sul piano dei luoghi che degli operatori, e considerare questo aspetto difensivo è, a mio parere, ancora oggi molto importante non per assecondarlo ma per renderlo utile al nostro lavoro.

Potremo intanto essere d'accordo, come lucidamente segnalato a suo tempo da De Martis (1982), sul fatto che al di là del desiderio di avvicinamento, di comprensione e di aiuto, al di là del desiderio di incontrare un altro essere umano con sentimenti di spontaneità e di solidarietà, molto spesso ci accade di essere respinti, bloccati nel nostro ruolo e di intuire la paura e la diffidenza del paziente che lo inducono spesso a viverci come nemico, anche se ci chiede in qualche modo aiuto. Lo stesso De Martis sostiene

che in questi casi (e credo che possiamo concordare), sentiamo che al di là di ogni nostra intenzione cosciente, una parte di noi stessi risponde con una paura e una diffidenza simmetrica. Spesso poi accade che al di là delle nostre buone intenzioni, della nostra esperienza di tutti questi anni, al di là della nostra formazione psicoterapeutica, del nostro desiderio di aiutare e di assistere il paziente, di avvicinare l'inconoscibile, al di là di tutto questo, di fatto, tutti noi operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale dobbiamo fare i conti anche con altro che interiormente ci induce a volte ad allontanarci (in vario modo, come vedremo in seguito) da tutto ciò che nella relazione con il paziente ci appare angosciante e pesante, intollerabile da ascoltare o da vivere.

C'è infatti un altro aspetto importante che attiene alle funzioni del DSM e che al di là della cura scelta secondo la naturale predisposizione professionale degli operatori attiene al peso del mandato sociale di una struttura sanitaria come la nostra. Credo che siamo noi stessi portati ad oscillare continuamente tra due concezioni della cura: una cura volta a favorire un processo di cambiamento attraverso una crescita psichica di cui è attore anche il paziente e una cura centrata su apporti specialistici a una condizione patologica data mirata a una attenuazione della sofferenza e al controllo dei sintomi.

Se nel tempo ci siamo resi sempre più conto che un processo evolutivo può andare necessariamente incontro a crisi degli equilibri più o meno raggiunti dal paziente e dai suoi familiari, non sempre riusciamo a considerare quel processo evolutivo prioritario, proprio per la contemporanea presenza (anche dentro ciascuno di noi) dei compiti di 'curare' ma anche di 'contenere e controllare'. Succede così, credo sostanzialmente per queste serie di motivazioni, che, come ci ricorda Ferruta (2010), si rischia spesso di *colludere* con le difese del paziente grave nei riguardi del rapporto con l'altro e con il mondo. A volte sono i curanti stessi a finire per *rassegnarsi* per il loro paziente e per rispettarne l'isolamento, invece che prestare ascolto al suo desiderio più profondo di trovare *una convivenza con l'altro*, che non lo annulli come soggetto e gli possa permettere una dimensione relazionale che preveda un cambiamento. Penso che oggi nei Dipartimenti di Salute Mentale, gli operatori dovrebbero sempre interrogarsi su quanto siano presenti quei due modi di affrontare la cura dei loro pazienti. E quindi sorge qui una importante domanda: come attivare una riflessione nel gruppo degli operatori su questo tema così delicato, potenzialmente presente in ogni processo terapeutico e che investe anche le dinamiche del nostro mondo interiore? Non penso in questo caso ad una utopistica integrazione di punti di vista ma ad una sempre maggiore consapevolezza della presenza di questa nostra dialettica interiore.

Spesso capita, sia nella stanza di analisi o nella stanza di un Centro di Salute Mentale, di accorgersi durante un percorso terapeutico che i pazienti di fronte a qualche avvenimento insolito reagiscano con un senso di 'catastrofe imminente' e sembra che a spaventare e a destabilizzare sia proprio un'esperienza di sé priva di pensabilità. Emergono sentimenti di paura, stati di confusione, manifestazioni di rabbia, vere e proprie trasformazioni mentali. Chi di noi può dire di fronte a queste evenienze di non sperimentare improvvisamente una condizione d'incertezza emotiva? Paura in quanto tale o fuga, sorpresa, aggressività, rifiuto, giudizio. Emozioni e diversi stati del Sé che anche se non producono sempre un esplicito sentimento di paura sembrano collegarsi ad un attivo processo dissociativo che fa sentire sé stessi cambiati nei confronti di quel paziente ora così diverso dalle nostre aspettative. Sembra segnalarsi quella dimensione mentale di vivere momentaneamente qualcosa di sé che *cerca uno spazio inconsueto nel campo dell'incontro con l'altro*, insieme all'angoscia di scoprire di *non essere quello che si è creduto e voluto essere* (Moccia, 2012) e che può prendere il sopravvento e annullare la nostra abituale modalità di esistenza. I pazienti si dissociano e noi stessi possiamo dissociarci. Rispetto alla formulazione classica della mente come composta da organizzazioni di relazioni oggettuali interiorizzate e in conflitto tra loro, Bromberg (2006) propone il funzionamento psichico come centrato su stati del Sé multipli, mossi da processi dissociativi di diversa intensità, in interazione dinamica tra loro grazie proprio a un uso *salutare* della dissociazione. In fondo, "la capacità di dissociare è semplicemente parte di ogni essere umano e pazienti e analisti a questo proposito non sono diversi. Quando, in una relazione a cui teniamo e che cerchiamo di rafforzare, salvaguardare e proteggere siamo contemporaneamente costretti a fare

esperienza di noi stessi come chi la sta danneggiando o è danneggiato in un modo che è troppo discrepante dalla nostra esperienza di noi stessi in quel momento, la capacità dissociativa della mente entra difensivamente in azione”.

Mi sembra che queste vicende relazionali di *trasformazioni* rimandino a quell’identità composita che è il risultato del rapporto dinamico tra più parti della mente, vissute o rivissute durante un trattamento e di cui il terapeuta e il gruppo di lavoro insieme al paziente sono i *testimoni* privilegiati. E mi appaiono come esperienze di un importante aspetto intersoggettivo che si attiva durante il processo terapeutico che diventa così una specie di lungo percorso *in cerca* proprio di questi stati del sé vissuti abitualmente come alieni e non accettati. Elementi dissociati del paziente che attraverso la stessa paura sentita dal loro interlocutore (si dice “chi fa paura ha paura”), possono essere riconosciute come il costo di *trasformazioni* sospese. Con i pazienti psicotici è *questa* relazione con *queste* caratteristiche la parte più difficile, per l’asprezza di tollerare il sentimento di essere annullati, di non essere più se stessi o quel se stessi di noi che conosciamo meglio. Il che richiede non sentirsi soli ad affrontare i propri vissuti e necessita di un lavoro di gruppo, ma non solo per condividere con altri i propri stati d’animo. Il gruppo funziona come “una mente più ampia che può ospitare una pluralità di personaggi” (Ferruta, 2012) (dei pazienti e dei curanti) che tenendo attivo a loro volta il mondo psichico di ciascuno, sembrano anche renderlo più complicato da affrontare. Diversi aspetti mentali, diverse modalità di fare esperienza col mondo esterno che come *apparato gruppale per pensare* diventano una risorsa da rispettare, in quanto attraverso di essa viene facilitata una possibilità di avvicinamento a ciò che per la mente individuale non è facilmente raggiungibile.

Seguo nel CSM Federico da alcuni mesi, essendo subentrato ad un collega che aveva avuto un grave infarto durante l’orario di lavoro. Federico ha 34 anni, è secondogenito di due genitori separati da più di 20 anni e soffre da 8 anni di crisi psicotiche acute e di una sindrome delirante stabilizzata da tempo che lo induce a credere di essere al centro di un complotto internazionale. È stato ricoverato per sette volte in SPDC da dove spesso è fuggito, sempre in maniera rocambolesca, rientrando poi in reparto in uno stato ancora più delirante. Nelle fasi finali dei ricoveri e sia nei colloqui al CSM, mostra comunque un atteggiamento collaborativo e accattivante nei confronti degli operatori, cercando di convincerli di ritenersi “finalmente guarito”. Conoscevo da tempo un po’ della sua storia, avendo prima di allora partecipato al Gruppo Multifamiliare dove il padre raccontava spesso, con grande partecipazione emotiva, le vicende sue e del figlio, lamentandosi sempre di come il servizio affrontava la situazione.

Incontro Federico subito dopo l’ultimo ricovero in SPDC e mi appare come un ragazzo simpatico, intelligente, spiritoso con un bel sorriso e che sembrava come al solito ben disposto ad ‘un nuovo inizio’. Dopo due mesi di regolari colloqui arriva al servizio cupo, delirante, aggressivo anche verso di me, completamente trasformato e simile a quello che nei racconti del padre era emerso nel passato. Ricordo di aver avuto paura di non riuscire a reggere quella situazione così grave, stante i miei numerosi impegni istituzionali, e di aver provato un senso di impotenza nel temere di dover ripetere ancora una volta il percorso di sempre. Da allora Federico fu ricoverato altre volte e ad ogni dimissione ricominciava da capo a tentare di riprendere con la famiglia e anche con il nostro aiuto, le fila di una vita che stava andando alla deriva. E noi con lui. Nell’aspettarlo al CSM mi accorgevo di essere indotto spesso a sperare di trovarlo sorridente nella sala d’aspetto e di temere un peggioramento che mi avrebbe portato presto a decidere per un nuovo ricovero. Pur venendo agli appuntamenti, negava esplicitamente di stare male e continuava a sostenere di essere al centro di un complotto internazionale che a momenti lo lasciava in pace e che più spesso lo minacciava. A volte provavo ad arrivare al Federico meno simpatico e più cupo ma, nonostante le mie intenzioni coscienti, speravo sempre che venisse agli appuntamenti in buone condizioni mentali. Le colleghe che avevano i colloqui col padre continuavano a segnalare molta aggressività e disprezzo da parte sua verso il servizio senza riuscire ad individuare una strada di collaborazione possibile.

A questo punto i colleghi del SPDC decidono di portare il caso alla loro consulente per una discussione clinica di gruppo impostato con le modalità di quello che viene chiamato Seminario Analitico di Gruppo e a cui vengo invitato a partecipare. Dopo una breve relazione introduttiva si è attivata una discussione di tutto il gruppo. Inizialmente sono intervenuti alcuni infermieri che avevano avuto un buon rapporto con lui durante i primi ricoveri, ma che sembravano allora delusi dai suoi peggioramenti successivi. Poi alcuni medici che sottolinearono i difficili rapporti con i familiari durante i ricoveri. Poi vennero fuori alcuni fatti della vita di Federico e della sua famiglia che emergevano da alcuni colloqui con la madre o da alcuni ricordi di una infermiera che abitava nel loro stesso quartiere. Io stesso sono intervenuto ad un certo punto, parlando delle mie ultime impressioni sull'andamento dei colloqui al CSM o di come il padre si muoveva nel GMF. Poi alcuni commenti sulla problematicità della sua simpatia, su quanto fosse o meno manipolativa, e sul fatto che questa metteva in difficoltà gli operatori, che impediva di 'toccarlo veramente'. Sembrava di poter confrontare tale atteggiamento con quello del padre che disprezzava sempre tutti mascherandosi da simpatico. Il padre veniva descritto come colui che gratificava inizialmente l'interlocutore (il figlio o gli operatori) e poi scaricava addosso le responsabilità dei fallimenti agli altri (figlio, operatori, altri familiari), allontanandosi poi da tutti. Si parlò infine di un certo cambio di atteggiamento degli operatori negli ultimi due ricoveri: si era passati da un atteggiamento del tipo "quando ritorna ad essere simpatico lo dimettiamo" a "proviamo a non essere troppo suadenti con lui: ci fa sentire belli, bravi intelligenti per averlo momentaneamente ristabilito, ma questo avviene forse per una collusione su una aspettativa reciproca".

Cominciai ad identificarmi con tutte quelle osservazioni e capii che ero testimone del dispiegarsi in quel preciso momento di una mente del gruppo e del confronto con la dimensione gruppale della mia mente. Pensavo anche alla mente del gruppo del CSM, attiva ma in quel momento assente. Poi intervenne il conduttore del gruppo sottolineando che dopo ogni ricovero sembrava che l'obiettivo fosse restituire Federico al suo ambiente familiare nella speranza di farlo tornare come prima. Ma lui scappava sempre: scappava dal reparto, dal padre, dalla madre, dal lavoro, dalla fidanzata: la sua era una storia di fughe. Da cosa scappava? Si ipotizzò, tra l'altro, che scappasse dal ruolo che gli avevano dato da sempre i familiari e che noi continuavamo a dargli: quello del generatore, attraverso la sua simpatia, della vita altrui. Un ruolo che manteneva in vita il narcisismo del padre e la rabbia della madre, evitando di farli confrontare sul loro contributo relazionale alle vicende del figlio. Della sua stanchezza e della sua impossibilità ad uscire da quella situazione solo a tratti ce ne rendevamo conto. Della sua illusione e del prezzo che pagava per questo. Bisognava trovare altre strade.

In questa vicenda istituzionale sembra che sia proprio *la dimensione personale*, nel paziente ma anche nei terapeuti, ad essere sotto attacco nella relazione, e che sia per tale motivo che si genera una insofferenza verso aspetti del Sé che non vengono sentiti come propri e che porta ad agiti, improvvise decisioni, reazioni emotive, fughe, stalli, conflitti. La questione decisiva sembra quella di attivare la capacità di realizzare dentro di sé un rapporto con le parti dissociate del paziente (e di sé stessi) e mantenersi con esse in *una dimensione di gruppo interiore* (Ferruta, 2012). Con questo tipo di paziente si sta spesso a contatto con emozioni con cui non si vorrebbe convivere, in una dimensione che sembra necessario sperimentare in tutta la sua forza di impatto, per arrivare poi alle differenti individualità di ciascuno. In queste situazioni funziona a lungo proprio il *processo* (Ferruta, 2012) e solo a un certo punto, solo *dopo*, intervengono efficacemente le rappresentazioni verbali. Ogni operatore tendeva con Federico ad accogliere meglio alcune parti di sé perché, per quanto sgradevoli o frustranti, con esse si sentiva più forte e meno esposto a lasciarsi andare ad un incombente senso di impotenza. Relativamente alle altre parti, gli stessi operatori, provando talvolta irritazione, confusione, paura, comunicavano il desiderio di starci il meno possibile, per evitare un coinvolgimento con aspetti di sé da tempo esclusi da una certa relazionalità. Io, per esempio, avevo paura per la mia incolumità mentale troppo coinvolta al punto di non saper definire confini accettabili. Avevo paura di Federico, pensando al progressivo degrado

‘psichiatrico- repressivo’ del nostro rapporto. Temevo di essere presto rifiutato da lui durante un percorso terapeutico ripetitivo e fallimentare. E trasferivo a mia volta tutto questo su Federico.

Quanto più potenti sono le forze che impediscono il collegamento tra le parti del Sé nella mente del paziente e del terapeuta (per il processo dissociativo e il successivo blocco dello stesso), tanto più la nostra capacità di mantenere la relazione terapeutica è compromessa nel rendere il Sé dell’altro erroneamente un oggetto esterno. È come se i terapeuti fossero immersi in un proprio processo dissociativo collegato al processo dissociativo del paziente e stessero *oggettificando* il paziente non meno di quanto lui fa con sé stesso. Perciò occorre attivare quella funzione mentale contenitore-contenuto di cui parla Bion che, come ricorda Ogden (2004), “si riferisce non a ciò che pensiamo, ma al modo in cui pensiamo, vale a dire a come elaboriamo l’esperienza vissuta e quello accade sul piano psichico quando non riusciamo a compiere un lavoro mentale con quel vissuto”.

Quel Seminario Analitico di Gruppo, come teorizzato da Hautmann (2007) e Ferruta (2010), è stato uno strumento che ha riattivato un blocco del pensiero, evitando di applicare schemi operativi predefiniti e inefficaci, consentendo di comprendere aspetti del paziente non colti dalla dimensione individuale della mente. Nella mente del gruppo al lavoro, ogni partecipante ha funzionato come un personaggio del mondo interno di Federico, o come un personaggio del proprio mondo interno che lui aveva evocato, dando visibilità, attraverso *più menti, alla profondità e alla complessità delle angosce in gioco*. Aspetti che nel rapporto a due erano stati presi meno in considerazione, proprio perché la mente individuale spesso non riesce a raffigurare e a tenere insieme aspetti così contrastanti e in lotta per la sopravvivenza psichica.

In quel seminario ho riconosciuto le reazioni emotive mie e degli altri curanti come una informazione sul funzionamento mentale di Federico e di ciascuno di noi. Ho intravisto meglio quelle parti di me inibite nella relazione terapeutica. Ho cercato in me quella parte della mente di Federico impaurita, angosciata e stanca di essere esclusa da un’autentica relazionalità. Tutto questo esito comunque qualche settimana dopo in un episodio particolare: dopo alcune telefonate di Federico particolarmente minacciose e chiamato urgentemente a casa dalla madre terrorizzata nel sentirsi lei stessa in pericolo segregata dal figlio, nel salire sulla mia Vespa ho chiuso inavvertitamente le chiavi dentro il bauletto, rimanendo bloccato da solo per strada per un’ora e mezza. Un lungo tempo in cui, pur non avendo chiaro quello che mi stava succedendo, sono stato costretto a ‘incontrare’ me stesso, a pensare a quelle parti di me che avevo riconosciuto nel gruppo: la mia ritrosia di andare in quella casa, la paura che Federico potesse farsi del male e l’impotenza nell’immaginarsi come mai potessi convincerlo a ricoverarsi. Una volta arrivato, costretto a stare solo per alcune ore lì con loro, sono riuscito a ‘incontrare’ Federico, convivendo con quei miei stati mentali contrastanti. Alla fine ho gestito inaspettatamente la eventualità del ricovero proponendogli un modo diverso di intendere il reparto: “ha bisogno di tempi e luoghi diversi per riorganizzare i suoi pensieri”. Forse anche io avevo avuto bisogno di tempo. Poi, durante la degenza, riuscimmo tutti a iniziare a lavorare finalmente e concretamente a un progetto di inserimento in una Comunità dove proporgli di vivere senza il solito ruolo familiare, in un luogo concreto in cui rinascere a una vita psichica personale. Un progetto difficile da accettare e ancora lontano dal realizzarsi, ma che fino ad adesso aveva sicuramente spaventato Federico e i suoi genitori. E forse anche noi.

Mi sembra che la dialettica (tra le diverse parti di sé del paziente, dei suoi familiari e del terapeuta, i diversi vissuti dei terapeuti coinvolti in diversi mandati istituzionali da cui siamo condizionati) sia “un processo in cui gli elementi opposti si creano vicendevolmente, si preservano e si negano, rimanendo ognuno rispetto all’altro in una relazione dinamica e in continuo cambiamento” (Ogden, 1994). Il movimento dialettico tra questi aspetti contrastanti, potrebbe tendere verso integrazioni che però non sono quasi mai raggiunte: ciò che è creato dialetticamente è in perenne movimento e rimane nel processo

per essere continuamente creato e negato. Nei servizi, come nella stanza di analisi, non si può iniziare a comprendere i diversi soggetti in relazione se isolati l'uno dall'altro. Noi e i nostri pazienti *facciamo esperienza* solo attraverso un processo in divenire, in cui il soggetto è contemporaneamente costituito e decentrato da sé stesso mediante meccanismi dissociativi ed è attraverso di essi che ci costituiamo come soggetti in relazione ad altri soggetti. Il cambiamento psichico diventa allora “il riflesso di uno spostamento all'interno della relazione dialettica delle diverse modalità di generare esperienza, in modo tale per cui viene creata una interazione più generativa” (Ogden, 1994). Il percorso terapeutico con Federico in questa prospettiva non è un metodo per scoprire ciò che è nascosto ma diventa un processo che crea *soggetti che non sono esistiti prima*. Per questo è importante aiutare i pazienti a parlare ai terapeuti di ciò che li spaventa lì con loro, perché per loro si tratterebbe finalmente di comunicare ad un'altra persona i propri sentimenti e le proprie fantasie (incluse la paura per la loro distruttività, per la loro rabbia o anche per il loro amore) nominandoli e discutendoli in modo semplice e diretto. Se noi stessi non troveremo il modo di rivolgerci alla loro e alla nostra paura è come se gli comunicassimo indirettamente la nostra impossibilità o incapacità a lottare contro la rabbia e la paura che provano in quei momenti e che forse hanno provato da sempre.

Bibliografia

- Bromberg Ph. M. (2006). *Destare il sognatore*, Milano, Cortina.
- De Martis D. (1982), *Realtà e fantasma nella relazione terapeutica*, Il pensiero Scientifico, Roma
- Ferruta A. (2005). La supervisione come strumento del lavoro terapeutico nelle istituzioni di cura. In: Vigorelli M. (a cura di). *Il lavoro della cura nelle istituzioni*. Angeli, Milano.
- Ferruta A. (2010). Il seminario clinico di gruppo come esperienza analitica, accanto all'analisi e alla supervisione. In: Gabriellini G. (a cura di). *Giovanni Hautman e il pensiero gruppale*. Felici, Pisa.
- Ferruta A. (2012). Il pensiero gruppale nel lavoro con il paziente, nella supervisione, nei servizi. Relazione al Centro psicoanalitico di Firenze 17,11,2012.
- Foresti G., Rossi Monti M. (2010). *Esercizi di visioning. Psicoanalisi, Psichiatria, Istituzioni*.
- Hautmann G. (2007). Il paziente tra la dualità analitica e la molteplicità gruppale. *Rivista di Psicoanalisi*, 4, 1057-1064.
- Kaës R. (2008). *Un singolare plurale*. Borla, Roma.
- Moccia G. (2012). Essere due menti: processi dissociativi e strutture di soggettività, in, Campoli G., Meterangelis G., Pirrongelli C.; Solano L. (a cura di) *Dissociazione, scissione, rimozione*, Franco Angeli, Milano, 116-130.
- Ogden T. H. (1994). *Soggetti in analisi*, Collana Dunod, 1999.
- Ogden T.H. (2004). Holding e contenimento, essere e sognare. L'annata psicoanalitica internazionale. Borla, Roma, 2006 (da IJP, 2004).
- Ogden T.H. (2013). Thomas H. Ogden in conversation with Luca Di Donna, in *Rivista di Psicoanalisi* 2013/3.