

DOPPIA DIAGNOSI, LIMITE CONFINE E NECESSITA' DI CONDIVISIONE. DdD E DSM A CONFRONTO, "SITUAZIONI FUORI DAL LIMITE".

Le problematiche relazionali nelle e tra le équipes curanti. Elementi di specificità e criticità nella "doppia diagnosi"

Dott. Gerardo Bertolazzi Primario U.O.C. di Psichiatria Area Sud ALS 22

Verona 25.11.2005

Se la principale difficoltà nell'instaurare una relazione terapeutica con il paziente schizofrenico nasce da una problematica di fondo che investe direttamente la possibilità di rapporti e di comunicazioni interpersonali, le difficoltà suscitate dal paziente borderline che costituisce la patologia più impegnativa all'interno della "Doppia Diagnosi" si muovono pur sempre, anche se in maniera più sfumata, all'interno di un ambito di patologia in cui l'eventualità stessa di una relazione è chiamata in causa e messa in dubbio.

Senza volersi qui addentrare nel difficile, e controverso, campo della diagnosi di personalità borderline (Stone, 1987), sarà però utile precisare che in questa sede si considererà come borderline il paziente caratterizzato da una triade: dispersione dell'identità, uso di meccanismi di difesa primitivi, mantenimento della capacità di esame di realtà (Kernberg, 1987).

Sembra però opportuno precisare gli aspetti fenomenologici e psicodinamici del borderline riprendendo quello che Correale et Al. nel testo "Borderline, lo sfondo psichico naturale" Edizioni Borla 2005), affermano: "La condizione del soggetto borderline sembra apparentemente sfuggente e caotica. Il borderline oscilla imprevedibilmente tra estremi opposti e talvolta reagisce in modo parossistico alle vicende umane, alternando quasi vorticosamente gioia e dolore, malignità e tenerezza, generosità e chiusura, in modi che confondono l'osservatore e conferiscono al borderline un vissuto di svuotamento e mancanza di senso. In realtà abbiamo voluto chiamare questo stato il *fondo psichico naturale* del borderline... che è caratterizzato dalla difficoltà – dolorosa ed estenuante – a connettere la somma delle vicende in una *esperienza* che possa veramente definirsi soggettiva, esclusiva, autonarrata, cioè in una trama viva e personale. E' stato ravvisato nel fenomeno della dissociazione, intesa come brusco e acuto restringimento del campo della coscienza, conseguente ad emozioni particolarmente intense, l'elemento che e fa prevalere nel nostro paziente la sensazione di essere trascinato in esperienze di vita incontrollabili, piuttosto che essere soggetto dei propri gesti."

La maggiore difficoltà dunque nell'istaurare una relazione terapeutica con il paziente borderline è costituita dall'**attacco** che il paziente porta contro la relazione stessa mediante il **passaggio all'atto (acting out)**, quale difesa dolorosa a questa "incapacità a vivere "una esperienza soggettiva, esclusiva, autonarrata"; attacco che esprime una incapacità di mantenimento di un registro mentale e verbale di relazione

a favore di un registro dove domina l'azione, che spesso ha una tonalità autolesiva anche grave (ad es., tentativi di suicidio).

Per comprendere meglio la natura di questo tipo di paziente, e conseguentemente, il tipo di difficoltà che genera in termini terapeutici ed interpersonali è utile compiere qualche osservazione di ordine più generale riprendendo il pensiero psicoanalitico.

Come è noto, secondo il pensiero psicoanalitico il paziente *nevrotico* è caratterizzato strutturalmente dalla presenza di una organizzazione psichica stabile e tripartita (Io, Super-Io, Es): all'interno di questa struttura prendono vita conflitti, e la patologia è appunto l'espressione di configurazioni a tipo impulso-difesa che riflettono i conflitti intrapsichici inconsci.

L'organizzazione psichica del paziente borderline differisce da quella del paziente *nevrotico* per due aspetti: il primo è la natura dei conflitti intrapsichici che sono alla base della organizzazione patologica, il secondo è la struttura psichica in cui questi conflitti prendono forma.

I conflitti del paziente *nevrotico* si organizzano fundamentalmente intorno alle tematiche edipiche, invece i conflitti del paziente borderline hanno una predominanza di tematiche pre-edipiche. : ciò significa che i tipici temi conflittuali sono commisti a temi connessi con aree relazionali più primitive, che rimandano al rapporto madre-figlio, capaci di distorcere, inoltre, le aree conflittuali più evolute, di stampo edipico. Per quanto invece riguarda l'organizzazione della personalità, un aspetto molto importante è dato dal fatto che i conflitti non sono rimossi e quindi attivi sul piano inconscio, bensì espressi attraverso stati dell'Io mutualmente dissociati che riflettono la **primitiva difesa della scissione** e della **proiezione** sotto forma di aspetti paranodi.

Ciò che accade in questi casi è che i meccanismi primitivi generalizzati dissociativi, o di scissione, segregano aspetti contraddittori delle relazioni oggettuali precoci all'interno di una matrice dissociativa e difensiva e parzialmente proiettati. Queste relazioni si esprimono direttamente nella relazione interpersonale e se non sono tenuti in considerazione questi aspetti dell'organizzazione della personalità e delle difese non è possibile comprendere come il paziente borderline tenda ad investire di tutto questo la figura terapeutica e la relazione con essa.

Esemplificando, capita molto frequentemente che all'inizio di presa in carico di un soggetto borderline l'operatore si senta investito di valenze estremamente positive e notevolmente gratificanti. Il paziente lascia capire di avere trovato finalmente la persona "giusta", che lo comprenderà, che lo guarirà, mentre in passato nessuno era stato così bravo e così capace. Ciò tende a porre la relazione su di un piano idilliaco, ed idealizzato, che può rivelare, a volte improvvisamente e per motivi non sempre evidenti, la presenza di un'altra faccia della medaglia, di segno totalmente contrario.

Può accadere infatti che un evento modicamente disturbante in apparenza, quale ad esempio un'assenza imprevista o la comunicazione di un richiamo, faccia precipitare l'ottimo rapporto in una dimensione totalmente negativa intrisa, da parte del paziente, di vissuti di rabbia, di delusione, di tradimento, di abbandono. Il fatto di aver dato l'impressione di non dedicarsi a lui quanto lui stesso pensa che sia necessario (con una insaziabilità impossibile da appagare proprio per il "fondo psichico naturale"

del paziente) l'apparente mancanza o disattenzione, vengono vissuti dal paziente come atti che rivelano le "vere" intenzioni dell'operatore che, presentandosi come madre buona e totalmente disponibile, sommamente oblativa, si rivela in seguito come madre avara, egoista, sadica.

Questi improvvisi capovolgimenti di fronte possono essere compresi soltanto ricordando come il paziente tenda ad avere con gli altri delle relazioni che riflettono la profonda scissione presente al suo interno. Come prima si è fatto rilevare, nel paziente borderline prevalgono relazioni oggettuali parziali, determinate dal primitivo meccanismo difensivo della scissione che tende a tenere separati gli aspetti "positivi" (idealizzati) da quelli "negativi" (persecutori).

È quindi inevitabile che l'operatore si ritrovi inserito in questo tipo di costruzione, venendo proiettivamente investito di un aspetto ora totalmente positivo, ora totalmente negativo ed apparendo ora come un salvatore onnipotente, ora come un persecutore quanto mai terribile. Le caratteristiche del rapporto si definiscono quindi attraverso la presenza di notevoli elementi proiettivi attraverso cui si estrinseca la parzialità, nell'alternativa buono-cattivo, della relazione.

Per il paziente borderline, infatti, una delle cose più difficili da farsi, per non dire impossibili, è il riuscire a tollerare la compresenza, in sé, di aspetti positivi e negativi. La causa di ciò, come più volte si è ricordato, è da vedersi nella difesa primitiva della scissione (Masterson, 1975). È in questo contesto che si pone il problema dell'acting out come difesa dall'integrazione e dalla consapevolezza e, conseguentemente, dalla relazione interpersonale. In ogni caso l'acting out può essere visto come "risposta" alla situazione relazionale nel senso che, essendo il paziente incapace, per i motivi difensivi cui prima si è accennato, di usare il proprio apparato psichico in maniera integrata, ricorrendo cioè a pensieri, ricordi, sentimenti, il che vorrebbe dire tollerare discordanze e conflitti interiori, è più semplice proiettare i termini del conflitto e "viverlo", nel senso di agirlo, all'interno della relazione.

In altri termini, il conflitto che non può essere vissuto internamente, in regime mentale, viene portato fuori, nella relazione, mediante il regime dell'azione.

Il ricorso all'acting out denuncia quindi come il paziente, mediante l'azione, tenti di controllare la relazione interpersonale immettendola immediatamente nel circuito delle sue esperienze passate, cui la relazione attuale si deve adeguare, onde evitare ogni possibile cambiamento.

Dal punto di vista relazionale dell'operatore il grosso problema è la tentazione di rispondere con l'azione all'azione, cioè di controagire. Ciò implica che l'operatore, invece di mantenere salda la propria identità e la propria integrazione, si è realmente identificato con quanto il paziente gli ha attribuito di sé, mettendosi a funzionare come una parte di un apparato psichico formato dal paziente e da ciò che il paziente proietta e poi usa, manipola e controlla, come se fosse suo.

Compito dell'operatore nella relazione con il paziente borderline, è di mantenere una propria posizione, certamente empatica, capace di condivisione ma al contempo il più possibile vicina all'obiettività ed alla neutralità, nel senso che l'operatore non può "patteggiare", o addirittura identificarsi, con le proiezioni del paziente su di lui.

Con il paziente borderline ciò è sicuramente difficile, soprattutto a causa dell'intensità emotiva ed al continuo insaziabile bisogno di risarcimento affettivo che egli riversa nella relazione.

William Halton, nel libro "Stress individuale e organizzativo nei servizi alla persona" (Ed. Etas libri, 1998) attraverso una lettura psicoanalitica (riprendendo in particolare Melanie Klein) afferma che uno dei principali problemi delle professioni assistenziali è quello di *evitare il dolore*: "come gli individui, anche le istituzioni sviluppano delle difese contro emozioni difficili che sono troppo minacciose o troppo dolorose per essere riconosciute.... Nelle professioni assistenziali c'è una tendenza alla negazione dei sentimenti di odio o rifiuto verso i clienti. Si possono affrontare questi sentimenti più semplicemente proiettandoli su altri gruppi o enti esterni che possono poi essere criticati. La proiezione di sentimenti di cattiveria fuori di sé aiuta a creare uno stato di bontà e auto-idealizzazione illusorie. Questa mentalità bianco-nera semplifica le questioni complesse e può generare una cultura rigida nella quale la crescita viene inibita." Vivendo invece quella che la Klein definisce come *condizione depressiva* si rinuncia alla confortante semplicità della idealizzazione di sé e si affronta la complessità della realtà esterna ed interna anche se provoca inevitabilmente dolorosi sensi di colpa, preoccupazione e tristezza. Se noi tolleriamo questi sentimenti e "conteniamo" in noi le ansie che essi ci provocano, è possibile operare un cambiamento di rapporto con l'altro-da-sé in una positiva (per entrambi) relazione di condivisione e di valorizzazione delle sue risorse e della sua autonomia. Questo concetto di "*contenimento*" che secondo me permette una vera *con-divisione* deriva dal lavoro psicoanalitico di Bion (1967): Egli ha assimilato questo concetto alla funzione della madre, la cui abilità nel ricevere e nel capire gli stati emotivi del suo bambino gli permette nel tempo di integrare in sé stesso opposti sentimenti di amore e odio, accettazione e rifiuto, tristezza e felicità, speranza e disperazione.

"Coloro che lavorano nel settore dell'assistenza - afferma Vega Zagier Roberts nel testo già citato - riscontrano inevitabilmente e ripetutamente dei fallimenti nella propria attività e se ciò fa sorgere una colpa e un'ansia intollerabili, essi possono, come il bambino, regredire verso difese primitive (la negazione e la proiezione tipiche della posizione schizo-paranoide Kleiniana), per mantenere una precaria autostima e per difendersi dal non essere riusciti a curare". Possono esistere anche difese maniacali che comportano fantasie onnipotenti di una "magica riparazione"; quando la riparazione maniacale fallisce le persone possono utilizzare delle difese ossessive nel tentativo, attraverso la ripetizione ritualistica di certi atti o l'affermazione rigida di regole che permettono una distanziamento emotiva, di controllare e dominare la propria ansia specialmente nei confronti dei propri impulsi aggressivi. Un'altra possibile difesa può essere quella di negare le differenze identificandosi a tal punto con i pazienti da finire con l'essere sopraffatti dal loro dolore e dalla loro disperazione (vedi il fenomeno del burn-out). In entrambi i casi non si riesce a gestire il **confine** con i pazienti e pertanto non si riesce ad instaurare una adeguata relazione d'aiuto. Viene da pensare che la patologia borderline possa essere considerata oltre che come patologia **di "confine"** nella persona, in chiave sistemico-relazionale possa essere letta anche come patologia relazionale **contro il**

confine nel senso che i confini naturali di cui ogni gruppo di lavoro ha necessità per sopravvivere (confini ad esempio di ruoli, di autorità, di leadership) ma che spesso inconsciamente per dinamiche interne di conflittualità, invidia, rabbia, delusione etc si trova esso stesso a combattere (secondo il Modello Tavistock dell'”organizzazione nascosta” dei gruppi istituzionali -si vedano ad esempio i lavori di Miller, Obholzher, et Al.-) vengono ulteriormente minacciati se non distrutti dall'impatto tossico con le caratteristiche personali e relazionali dei pazienti borderline.

Un altro aspetto molto importante per l'equilibrio psichico degli operatori e di riflesso per il buon funzionamento relazionale dell'èquipe è un vissuto emozionale che riscontro spesso nel mio lavoro di consulenza e supervisione alle équipes delle Comunità Terapeutiche per Doppia Diagnosi: è la difficoltà a tollerare la mancanza di gratitudine che spesso questi pazienti manifestano proprio per il loro insaziabile bisogno di risarcimento rispetto a quello che Correale evidenzia come doloroso vissuto di vuoto causato dalle esperienze traumatiche precoci. Tale difficoltà emozionale vissuta dagli operatori accentua in loro un bisogno di riconoscimento non solo professionale ma anche affettivo che chi guida l'èquipe deve saper riconoscere ed affrontare creando un clima esperienziale dove possa essere possibile esprimere senza paura di pre-giudizi tali sentimenti; se questo non accade, per la presenza di un leader ad esempio eccessivamente preoccupato del solo assetto organizzativo e funzionale, si accentuano nascoste o non apertamente espresse richieste di riconoscimento tramite malumori, proteste anche per motivi apparentemente banali, resistenze attive o più spesso passive alle richieste anche semplici di cambiamento.

La conoscenza e la condivisione nella propria équipe e tra équipes diverse di queste problematiche relazionali, è pertanto indispensabile per poter prendersi cura adeguatamente dei pazienti con “Disturbo di Personalità” evitando negli operatori e tra le équipes quella scissione nella mente (speculare alla scissione dei pazienti) e nell'operatività che impedisce di ricondurre ad un approccio unitario la complessa problematica di questi pazienti.

BIBLIOGRAFIA

Arieti S.: *Psychotherapy of severe depression*. American Journal of Psychiatry, 1977, 134, 864-868.

Balint M.: *The doctor, his patient and the illness*. Tavistok, London, 1957.

Bion W.R.: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando, Roma, 1970
(tr. it.).

Correale A., et Al. “*Bordline, lo sfondo psichico naturale*” Edizioni Borla 2005

Halton William: *Stress individuale e organizzativo nei servizi alla persona* Ed. Etas libri, 1998

Maffei C.: *La clinica, scienza tra sguardo e ascolto*. Kos, 1989, 47-48, 5-9.

Kernberg O.: *Disturbi gravi della personalità*. Boringhieri, Torino, 1987 (tr. it.).

Kernberg O., Selzer M.A. et al.: *Psychodynamic psychotherapy of Borderline patients*.
Basic Books, New York, 1989.

Masterson J.F., Rinsley D.B.: *The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality*. International Journal of Psychoanalysis, 1975, 56(2), 163-177.

Miller, E.J. “*The Leicester Model*”: *Experiential study of group and organisational processes*.” London 1989

Obholzer, A: “*PsicohoanalitYc contribution to authoty and leadership issues*” in The leadership end organization Development Journal, 1996.

Resnik S.: *L’esperienza psicotica*. Boringhieri, Torino, 1986.

Winnicott D.W.: *Gioco e realtà*. Armando, Roma, 1974 (tr. it.).