

Tommaso A. Polisenò

Alcuni aspetti del coinvolgimento emotivo degli operatori nel processo terapeutico

«Gli operatori psichiatrici che si prendono cura dei pazienti devono essere in grado di comprendere cosa significa trovarsi nello stato di paziente. Non è sufficiente che lo avvertano a livello intellettuale: la specifica natura del loro lavoro esige che essi sentano quella stessa sofferenza, mista ad angoscia che il paziente prova. Altrimenti il paziente farà di tutto affinché se ne rendano conto.

Si tratta d'una questione di distanza: gli operatori, che si trovano in un rapporto così vicino alla sofferenza dell'altro, sono tenuti per prima cosa a riconoscerla. Il solo modo autentico per far procedere la cura è quello di entrare all'interno di un processo del quale essi sono partecipi, alla stessa stregua del paziente.»¹

Al di là delle difese intellettuali, esiste un'area comune tra operatore e paziente che spesso entra in risonanza. A riguardo si può richiamare lo studio, ormai storico, di Isabel Menzies sul servizio infermieristico in un ospedale generale: «la situazione obiettiva che l'infermiere affronta somiglia in modo sorprendente a quegli stati fantasmatici della mente che sussistono a livello assai profondo e primitivo in ciascuno di noi» (Menzies, 1967)².

L'essere umano ammalato e offeso nella sua integrità suscita, a livello inconscio, fantasie e immagini intense, piene di paura, ansia e sensi di colpa che, a loro volta, provocano stati d'animo ben lontani dalla situazione reale di lavoro dalla quale si era partiti e che possono causare in chiunque involuzioni patologiche. Da tali possibili involuzioni ci si difende attivamente sia sul piano individuale con scissioni, proiezioni, ecc., sia su quello istituzionale con l'uso meccanico dei dispositivi istituzionali.

Hinshelwood³ sottolinea quanto il lavoro con i pazienti gravi abbia bisogno, per essere svolto correttamente, della funzione istituzionale. Al tempo stesso, tuttavia, l'esercizio della funzione istituzionale provoca vissuti che, se caratterizzati da forte sofferenza nel contatto emotivo con il paziente, possono essere respinti nella sfera inconscia di ogni singolo operatore.

Si realizza così una forma di infezione emotiva o di contagio tra pazienti e operatori.⁴

Vorrei presentare alcune semplici scene cliniche che credo possano illustrare il realizzarsi di questa sorta di *contagio* emotivo e quindi, di conseguenza, la natura delle difficoltà di un'equipe istituzionale ad avere un'identità stabile e coerente, capace di comprendere i bisogni dei pazienti e soprattutto di differenziare se stessa dal complesso mondo delle identificazioni proiettive che si attiva al contatto con la psicosi.

Enrico è un paziente schizofrenico di trentuno anni, da molti anni in cura nel servizio psichiatrico. Per un periodo frequenta assiduamente la stanza adibita a segreteria. Staziona lì per un po' di tempo tutti i giorni, si intrattiene amichevolmente con gli infermieri entrando in confidenza, ora con uno ora con un altro, raccontando l'inizio della sua malattia e altri episodi critici. Così,

¹ R.D. Hinshelwood, W. Skogstad, *Observing Organisation. Anxiety, defence and culture in health care*. Routledge. London 2000

² I. Menzies, *The functioning of social systems as a defence against anxiety: A report on the study of a nursing service of a General Hospital*. In: *Tavistock Pamphlet, n° 3, London 1967*

³ *Op. cit.*

⁴ R.D. Hinshelwood, *Le comunità terapeutiche: coinvolgimento emotivo e processi terapeutici*. Relazione presentata alla Giornata di Studio: *“Le comunità terapeutiche: coinvolgimento emotivo e processi terapeutici”*, Roma 2001
[Rivista internazionale di psicoterapia e istituzioni – numero 5 – copyright©2008](#)

Enrico si trova inevitabilmente coinvolto nell'ascolto di telefonate di prenotazioni di visite o a discussioni di tipo organizzativo. Si viene così a creare tra Enrico e gli operatori una strana amicizia mescolata a imbarazzo e fastidio, con continui spostamenti di Enrico dal ruolo di paziente al ruolo di "operatore". Tra l'altro Enrico è fratello di una collega infermiera che lavora in altro servizio non psichiatrico. Il disagio culmina il giorno in cui Enrico porta da bere acqua minerale fresca per tutti, visto il gran caldo. Quando però decide di bere direttamente dalla bottiglia a cui avrebbero attinto tutti gli altri, un'infermiera ha un moto di stizza che offende Enrico. Da quel momento gli infermieri cambiano atteggiamento, danno sempre di più libero sfogo al fastidio che provavano e cercano di convincere Enrico dell'impossibilità di soggiornare in un luogo così "privato" del servizio. Enrico subisce questa imposizione come l'ennesima esperienza di rifiuto da parte degli altri e riattiva i suoi vissuti paranoidei.

In questo esempio il bisogno del paziente di trovare un luogo ideale in cui proteggersi dalle ostilità del mondo induce gli operatori a colludere, sedotti dalla proposta idealizzante. Infatti il clima di amicizia e di alleanza che si crea fa sentire agli operatori quanto sia giusto rispondere ai bisogni di Enrico senza deluderlo. Ma, nello stesso momento, la sua intrusione rende gli operatori inermi di fronte alla sua manipolazione onnipotente, che si esprime nel far domande personali agli infermieri, nel portare regali, nell'interferire nel loro lavoro, ecc. La confusione di identità tra i vari personaggi, vissuta in modo persecutorio porta all'espulsione di Enrico dal servizio. Infatti, quando beve al collo della bottiglia, vengono *drammatizzati* la sua intrusività e il rifiuto difensivo degli operatori.

Un altro esempio. Giuseppe è un paziente schizofrenico di ventiquattro anni che, durante le riacutizzazioni della sintomatologia psicotica, esprime il potere di passare incolume attraverso i pericoli, attraverso la sua identificazione con Dio. Una delle sue dimostrazioni più frequenti è rappresentata dall'attraversare gli incroci stradali pericolosi senza rispettare la segnaletica. Di recente Giuseppe è molto angosciato e viene accompagnato spesso, nelle sue passeggiate in macchina, da un infermiere. Un giorno l'infermiere stesso racconta, perplesso, di essere stato proprio lui, alla guida della macchina di servizio in cui era anche Giuseppe, a non fermarsi allo stop, fortunatamente senza conseguenze. L'infermiere è visibilmente colpito, anche perché era stato lo stesso Giuseppe a fargli notare, stupito, quel comportamento analogo al suo.

Questo esempio ci sembra mostrare il modo in cui le parti psicotiche del paziente possono essere collocate in una figura dell'istituzione che, sostituendosi a lui, le agisce. Thomas H. Ogden scrive: «Nell'identificazione proiettiva il paziente non si limita a vedere il terapeuta in un'ottica distorta, determinata dalle proprie passate relazioni oggettuali; in aggiunta il terapeuta è fatto anche oggetto di *pressioni* intese a fargli sperimentare se stesso come vuole la fantasia inconscia del paziente».⁵

Si può affermare che questa dinamica sia rintracciabile anche tra paziente e gruppo istituzionale.

L'ultimo esempio. Un pomeriggio uno di noi, entrando in segreteria del servizio, osserva questa scena: c'è un gruppo di infermieri in pausa di lavoro, insieme a loro c'è anche Roberto, un paziente schizofrenico di ventidue anni che, con aria molto allegra, cerca di corteggiare un'infermiera a lui vicina. L'infermiere che lo conosce meglio è molto divertito dall'evidente imbarazzo dell'infermiera. All'arrivo del medico la scena si ricompone e dopo qualche sollecitazione Roberto va via. A questo punto l'infermiere esplicita con qualche battuta ciò che era evidente: voleva divertirsi a mettere in imbarazzo una collega che giudica sempre tesa a evitare il lavoro e le situazioni difficili. L'infermiere di cui si parla ha un ruolo ideale nel gruppo di lavoro del servizio. E' bravo, capace di farsi carico dei pazienti più difficili, che spesso lo scelgono come interlocutore privilegiato per la sua empatia. La sua esperienza contrasta con la presenza di infermieri giovani, con poca esperienza e per questo poco sicuri.

⁵ T.D. Ogden, L'Identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica. *Trad.it.* Astrolabio, Roma 1994
Rivista internazionale di psicoterapia e istituzioni - numero 5 - copyright©2008

L'episodio che abbiamo riportato ci sembra illustrare, più che le problematiche personali dell'infermiere, le dinamiche del gruppo istituzionale in fase di crescita. Il gruppo, infatti, che dimostra grandi difficoltà ad accettare la sua parte inesperta, fragile, dubbiosa, sceglie difensivamente un ideale narcisistico, onnipotente, che però si rivela estremamente sadico e distruttivo, come accade nel momento in cui l'infermiere utilizza il paziente per spaventare la collega.

Gli esempi riferiti illustrano alcune dinamiche che possono coinvolgere gli operatori quando l'angoscia di essere portati alla follia dal paziente diventa troppo forte a causa dell'intensità delle identificazioni proiettive, a cui si risponde spesso con agiti difensivi, a causa della grande confusione tra mondo interno e mondo esterno del paziente o degli operatori.

In modo semplificato, le situazioni descritte mostrano come questa confusione determini la scomparsa dell'identità, ora del paziente, ora dell'istituzione.

Nell'esempio di Enrico scompare l'istituzione, il ruolo degli infermieri, il significato di alcuni spazi. Nell'esempio di Roberto è lui a scomparire e ad essere utilizzato per i bisogni dell'istituzione. In entrambi quello che colpisce è la perdita, da parte dell'equipe, di un "apparato" per percepire i conflitti e i problemi, perdita determinata ora dal mondo psicotico del paziente, ora dai bisogni narcisistici dell'equipe stessa.

La scomparsa di tale "apparato" – capacità per percepire conflitti e problemi - consente di evitare il contatto con il dubbio, la frustrazione, i sentimenti di fallimento, consente in definitiva di evitare crisi di crescita e possibili cambiamenti di una parte di sé vissuta, evidentemente, come debole, infantile e quindi impotente (come nell'esempio di Roberto). Il rifiuto di una crisi nel rapporto terapeutico, causata da errori, dubbi, mancanza di risorse, o meglio da una crisi di identità, apre a soluzioni onnipotenti e gli agiti materializzano l'eliminazione di parti con cui si teme il contatto, perché metterebbero in pericolo l'ideale narcisistico dell'istituzione. Un'altra via attraverso la quale si blocca "l'apparato" per pensare dell'equipe, è rappresentato dalle manifestazioni onnipotenti del paziente (come nell'esempio di Enrico e di Giuseppe), volte ad impedire qualsiasi cambiamento. In tali situazioni gli agiti possono orientarsi alla ricerca di un "luogo" magico dove recuperare l'identità perduta.

Correale⁶ ricorda come il tema della circolazione degli aspetti interiori in campo istituzionale sia stato spesso affrontato attraverso il concetto di identificazione proiettiva: attraverso la sua azione i vari operatori divengono contenitori di aspetti parziali o parti scisse dei pazienti e degli altri operatori, e il gruppo, a sua volta, diventa il contenitore complesso di una serie di personaggi, ognuno dei quali contiene una parte di un tutto⁷. A questa prospettiva egli aggiunge quella di una istituzione/teatro, costituita dal concetto di nuclei narrativi comuni o scene integrate costituite in gruppo⁸, che possono quindi diventare patrimonio comune. Correale indica nella gruppalità diffusa o nelle reti informali un possibile veicolo di costruzione di tali scene, il cui scopo diventa in questo senso quello di mobilitare il campo e permettere il riattivarsi dei processi proiettivi e introiettivi, la cui paralisi ha determinato la condizione di sofferenza.

In precedenza Francesco Corrao⁹ aveva valorizzato la psicoanalisi come una pratica addetta alla *trasformazione* delle esperienze sensoriali ed emotive in pensieri e significati. Egli mette a punto una nozione di campo coerente con questa visione generale. «Il campo [...] può essere descritto in base alle sue trasformazioni [...], non appare confinato da alcun piano di osservazione fattuale di tipo percettivo, ma [...] si riferisce a movimenti fenomenologici eventuali, [...] invisibili e tuttavia deducibili [...]». La valorizzazione delle nozioni di trasformazione e di campo hanno come conseguenza l'abolizione di una distinzione stabile soggetto/oggetto molto utile sia sul piano teorico che clinico in campo istituzionale.

⁶ A. Correale, "Percorsi pubblici dell'interiorità", *Rivista di Psicoanalisi*, 49, 2003

⁷ A. Obholzher, V. Zagier Roberts, *L'inconscio al lavoro*, ETAS, Milano 1998

⁸ A. Correale, "Psicoanalisi e psicosi. Fina a che punto indagare l'area traumatica?", *Rivista di Psicoanalisi*, 46, 2000

⁹ F. Corrao, *Il concetto di campo come modello teorico*. In *Orme*, vol. II, Raffaello Cortina, Milano 1988

Ma la fluidità dei processi proiettivi e introiettivi, nel campo istituzionale, può trovare forme specifiche di paralisi, di blocco e quindi di sofferenza degli operatori, come abbiamo descritto brevemente negli esempi clinici. La paralisi a volte sembra attuarsi negli operatori per forme intense di *pressione* sul clima del gruppo di lavoro, per l'intensità degli affetti in circolazione. Bion¹⁰ parla di pensieri, idee selvagge, Claudio Neri riprende questi concetti in una comunicazione personale sui pensieri senza pensatore e scrive: «Io ritengo che *idee selvagge* sono i pensieri che intrudono e invadono la mente dei pazienti che funzionano prevalentemente secondo modalità psicotiche, costringendoli a limitanti difese ossessive o di ritiro. Idee selvagge – secondo la mia opinione – sono anche gli ormoni che bombardano, con violenza sovversiva, la mente e la personalità dei bambini nella pubertà, dei ragazzi nell'adolescenza e degli uomini e delle donne in andro e menopausa.»¹¹. Questa angolatura rende ragione a volte del “clima” di lavoro dei gruppi, a volte animato da fenomeni psicosensoriali o psicosomatici degli operatori.

Se dunque l'operatore è fatto oggetto di *pressioni* intese a fargli sperimentare se stesso come vuole la fantasia inconscia del paziente¹², possiamo anche aggiungere che l'intensità di quanto sperimenta, indotto dal paziente, può essere talmente doloroso e poco elaborabile, da spingerlo ad alleviare la tensione attraverso agiti non pensati. In generale si può dire che meno il paziente è in grado di contenere un'esperienza primitiva, più questa sarà espressa nel suo comportamento e nel controtransfert dell'operatore. Così per mezzo dell'identificazione proiettiva, le minacciose e intollerabili rappresentazioni del Sé e dell'oggetto, caricate di rabbia primitiva, sono proiettate sull'operatore, di cui viene tentato il controllo onnipotente, la manipolazione, spingendo l'operatore ad assumere un comportamento corrispondente a esse.¹³ In queste situazioni è una identificazione complementare nel controtransfert che tipicamente crea il rischio che le capacità e i vissuti dell'operatore vengano sommersi.¹⁴ La cronicità delle reazioni controtransferali può infiltrare l'intero processo terapeutico e modificare il clima del gruppo, il suo sviluppo è molto lento, diffuso, di natura “invasiva”, può richiedere un consistente lavoro degli operatori, sia individuale che di gruppo. Alcune reazioni controtransferali croniche possono essere capite solo retrospettivamente e dopo che gli operatori si sono spostati in una differente posizione emozionale (Tower, 1956).¹⁵

L'identificazione complementare rimanda, nel campo gruppale, in cui sono immersi gli operatori, alle personificazioni delle parti psichiche in gioco, vere e proprie *dramatis personae*.

In senso molto generale Freud aveva mostrato che i personaggi che fanno la loro comparsa nei sogni notturni o in quelli a occhi aperti della veglia possono essere sempre intesi – se è il caso – come doppioni del sognatore. Essi rappresentano personificazioni di aspetti parziali della personalità, di suoi desideri e tendenze contraddittori e censurati dalla coscienza della veglia. Tramite questi doppioni, i desideri proibiti possono trovare espressione e appagamento in quel teatro privato che è la scena dell'immaginazione. Nella rappresentazione onirica si assiste sempre a una dispersione del sognatore nel dispositivo scenico e drammatico del sogno; il che consente di considerare costantemente una valenza autorappresentativa e autoscopica dell'esperienza onirica, che rispecchierà in forma oggettivata, allucinatoria cioè, una *imagerie* del corpo e della mente del sognatore. Questa rappresentazione dell'Io in forma frammentata rimanda al problema della sua unità, che si esprime tuttavia attraverso una molteplicità contraddittoria.

In certe fasi del processo terapeutico, in campo gruppale, potremo parlare di psicodramma nel teatro istituzionale, cioè di *interpretazione di personaggi* - parte del mondo interno del paziente.

Scriva Fausto Petrella: «...le possibilità di duplicazione, scissione e infine frammentazione dell'Io rivelano che la nostra coerenza e unità personali, quali si manifestano durante la veglia,

¹⁰ W.R. Bion, *Seminari italiani* (trad. it.), Borla, Roma 1985

¹¹ C. Neri, “Pensieri senza pensatore”, presentato al convegno su “L'actualité de la pensée de Bion” – organizzato dalla SEPEA: Société européenne pour la psychanalyse de l'enfant et de l'adolescent – Parigi, 2 luglio 2005

¹² T.D. Ogden, *L'Identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*. Trad.it. Astrolabio, Roma 1994

¹³ J. Sandler, Countertransference and role responsiveness. *International Review of Psychoanalysis*, 3; 43-47

¹⁴ O. F. Kernberg, (1997) Reazioni controtransferali acute e croniche, *Psicoanalisi*, vol.1, 1; 16-32

¹⁵ L. Tower (1956) Countertransference, *J. Americ. Psychoanal. Ass.* 4: 224-255

comportano un dispendio energetico, un vero e proprio lavoro per mantenersi. Il lavoro è richiesto all'Io, per il mantenimento della sua unità e centralità, in primo luogo dal principio di realtà, dalle esperienze che scaturiscono dagli oggetti reali.»¹⁶ La vita sociale complica a dismisura questo momento elementare della relazione con il reale, inserendovi figure del bisogno sempre nuove e nuove istanze che inducono alla rimozione, alla rinuncia dell'appagamento. Sdoppiamenti e frammentazioni dell'Io, familiari nei testi letterari, sulla scena, nel sogno, nell'isteria, nelle psicosi, offrono sempre la possibilità di alleviare la tensione del lavoro dell'Io per la sua coesione interna. Ricordiamo che gli esempi clinici di cui si parlava illustrano l'emergere critico, negli individui e nel gruppo di appartenenza, di questa temporanea sospensione del lavoro dell'Io, che può spingersi fino alla sua paralisi. Sembra comparire sulla scena clinica un vero e proprio doppio perturbante, ora del paziente, ora dell'operatore. Nell'episodio di Giuseppe è l'infermiere a proporsi agli occhi del paziente come un suo doppio, così come nelle vicende di Enrico e Roberto agli occhi degli infermieri compare il riflesso perturbante della loro stessa figura. Come in musica: tempo e controtempo.

Nel celebre articolo del 1919 "Das Unheimlich", Freud, prima di esporre le sue riflessioni su una particolare qualità angosciosa del sentire, relativa in modo specifico alla creazione artistica, affronta una questione terminologica centrale nel significato del termine Unheimlich.

Il termine tedesco Unheimlich (in italiano perturbante) risulta intraducibile in molte lingue a causa della sua ambiguità semantica di fondo che genera differenti sfumature di significato.¹⁷ Esso è l'antitesi dell'aggettivo "heimlich", "confortevole, tranquillo", che deriva da "heim", "casa", quindi "unheimlich" è ciò che, all'opposto, suscita spavento, sospetto, inquietudine, perché non noto, familiare, quotidiano. Qualcuno ha proposto di tradurre come "inquietante", l'equivalente, in inglese, del vocabolo "uncanny", ma si è sempre preferito il termine "perturbante". Nel linguaggio corrente con la parola "perturbante" s'indica una peculiare situazione, un disagio, uno sdoppiamento, in riferimento a una perdita di identità, a un'alienazione. L'emergere improvviso della figura del sosia, ad esempio, è un'invasione dell'inconscio nel campo del conscio, un "ritorno del rimosso" che, spesso, assume i tratti del demoniaco, perché, a ben guardare, è «il manifestarsi dell'angoscia della morte, la quale, scansata in quanto lutto e dolore, si ripresenta nel reale, con la beffarda e ghignante figura del Sosia».¹⁸ Ciò che è escluso, rimosso, insomma il familiare, diventa perturbante, sentimento di inquietante estraneità.

Nell'articolo in questione Freud passa in rassegna tutti i principali fenomeni che hanno un effetto perturbante: il motivo dell'automa, tutte le forme di doppio, la ripetizione di eventi consimili, la realizzazione immediata di desideri, la figura dello iettatore, il malocchio, le tematiche di morte, la malattia psichica.

Ad ognuno di essi, dopo l'analisi di esempi tratti dalla letteratura ma anche dagli eventi insoliti che a volte accadono, Freud applica l'ipotesi interpretativa secondo la quale l'esperienza angosciosa sarebbe dovuta a qualcosa di rimosso che ritorna; l'effetto perturbante sarebbe riconducibile a residui infantili nello psichismo adulto. Freud sottolinea l'importanza della questione terminologica: l'Unheimlich è stato in passato qualcosa di familiare (heimlich, prima accezione), ma poi la rimozione ha reso questo qualcosa celato, nascosto (heimlich, seconda accezione); la sua attualizzazione nell' hic et nunc genera l'effetto perturbante, l'Unheimlich, il segreto violato. «Il prefisso un- è il segno della rimozione».

Il perturbante sorge, inoltre, quando sperimentiamo un'incertezza intellettuale, quando cioè ci troviamo di fronte a fenomeni per i quali abbiamo avuto in passato dubbi relativi alla loro natura, dubbi risolti grazie a spiegazioni razionalistiche delle quali nel presente, causa lo stimolo

¹⁶ F. Petrella, (1981) Il sosia perturbante: note sul 'Doppio' di Otto Rank, *Rivista di Psicoanalisi*, XXVII, 1; 72-82

¹⁷ S. Freud, *Il Perturbante*, trad. it. di S. Daniele, in *Opere*, IX, (1917-1923), L'Io e l'Es e altri scritti, a cura di C.L. Musatti, Torino, Boringhieri, 1977. Per un'analisi approfondita del saggio freudiano cfr. N. HARTZ, *Freud e l'Orco in sabbia*, a cura di J. V. Harari, Londra, Methuen, 1980.

¹⁸ L. Guidi-Bufferini, V. Lavia, «Introduzione» a O. Rank, *Il doppio*, Milano, Sugarco, 1994, p. 12

perturbante, non siamo più sicuri. E' un'antica incertezza che si ripresenta. «Ora, non appena nella nostra esistenza si verifica qualcosa che sembra confermare questi antichi convincimenti ormai deposti, abbiamo il senso del perturbante» (Freud, *op. cit.*).

Dunque, il sentimento di una inquietante estraneità segnala a volte la comparsa, sulla scena clinica istituzionale, del fantasma di un doppio perturbante dell'operatore, segno della paralisi del "funzionamento mentale" dell'equipe,¹⁹ si rimane pietrificati come guardando negli occhi Medusa.

Jan Pierre Vernant parla di Medusa come di una divinità in cui l'esperienza dell'Altro è evocata come alterità assoluta e in cui l'immaginario greco proietta ed elabora la propria idea della morte. Figura del disordine cosmico, dell'irriducibile e dell'indicibile, lo sguardo pietrificante di Medusa delimita la soglia oltre la quale si stendono le tenebre della notte. In Medusa l'immaginario greco aveva già delineato gli elementi che producono il perturbante: «La faccia di Medusa è dunque una maschera, è la potenza dell'aldilà fatta maschera; anzi questa figura produce l'effetto di maschera semplicemente guardandoti negli occhi: è infatti lo sguardo la via del "contagio e dell'ingresso al regno dei morti. Connaturata alla maschera è la bidimensionalità, la perdita cioè dello spessore e della profondità. L'effetto maschera è in questa mancanza di prospettiva, dove il futuro si appiattisce nell'eterno presente prossimo alla morte...»²⁰.

La paralisi che coglie il personale di cura quando sulla scena clinica compare l'ombra dell'indifferenziazione tra Sé e l'Altro e cioè della morte psichica, risulta intrisa di sentimenti di impotenza, di appiattimento, di poca o nessuna speranza per il futuro. Il compito degli operatori è di isolare e delimitare questi elementi malefici e contenere l'ansia che essi provocano. I sentimenti provati in tali situazioni sono molto potenti e facilmente transitano attraverso gli attori della scena clinica, seguendo la concatenazione degli eventi, diventando poi patrimonio di tutti. Questo livello di interazione si situa accanto - od è sottostante - ai compiti da svolgere, ed è un livello prevalentemente inconscio. Da ciò possono derivare degli effetti obbligati (agiti) che possono risultare visibili e l'istituzione dovrebbe riuscire a mediare fra i due livelli conscio/inconscio.

Il livello inconscio di quanti abbiano compiti di cura a livello professionale è complesso. I compiti da svolgere, legati al ruolo, producono in ognuno un particolare modo di sentire il ruolo e quando i sentimenti provati sono particolarmente penosi diventano inconsci. Una volta che si sono nascosti nell'inconscio, i modi di sentire possono diventare irrealistici.

Scrivono Hinshelwood «un'idea, quanto mai semplice, che sta nelle profondità della mente umana è l'immagine di qualcuno che soccorre una persona sofferente, la cui integrità sia stata danneggiata. Guardando a quanti scelgono di dedicarsi professionalmente alla cura degli altri, appare chiaro che i curanti sono particolarmente portati verso questa immagine o, piuttosto, che questa immagine sia particolarmente intensa e attiva in loro.»²¹

A livello di fantasie inconse, i professionisti della cura sono caratterizzati da questo tratto comune, e spesso scelgono le loro attività lavorative su questa base. Ristabilire l'integrità degli altri è un obiettivo centrale della nostra motivazione e costituisce un fondamento della nostra cooperazione.

Se le aspettative inconse che nutriamo verso noi stessi e gli altri sono esagerate, ci si trova a vivere come in un mondo fantastico e ci si dedica al lavoro in uno stato mentale a metà tra il sogno e la veglia. Nella dimensione a metà strada tra sogno e realtà ci sentiamo delusi di noi stessi, abbiamo l'impressione di aver tradito gli impegni derivanti dalla nostra responsabilità, viviamo sensi di colpa e forse di depressione. In questo stato, per la via dell'identificazione complementare con il paziente, avvertiamo la precarietà della differenza tra noi e i pazienti, e un'inquietante estraneità si sostituisce all'esame di realtà, avvertendo il pericolo di essere portati alla follia, di essere inermi alle manipolazioni onnipotenti. La sfida sul piano dell'onnipotenza, può essere una tentazione difficile da evitare. Ma, quando, relativamente a ciò che si può realisticamente ottenere,

¹⁹ D. De Martis, F. Petrella, P. Ambrosi, *Fare e Pensare in Psichiatria*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1987

²⁰ J.P. Vernant, *La morte negli occhi*. Il Mulino, Bologna 1985

²¹ R.D. Hinshelwood, *Suffering Insanity. Psychoanalytic Essay on Psychosis*. Routledge, London 2004

si nutrono a livello inconscio delle aspettative irrealistiche, di trionfo, le conseguenze sono tutt'altro che trascurabili. L'irreale prende il sopravvento e ci si aspetta di raggiungere la *guarigione*. Ci si prefigge di assolvere i compiti del lavoro senza il minimo errore e di restituire una perfetta salute agli utenti che beneficiano del nostro servizio.

D'altra parte, non si può fare ameno di notare nuovamente quanto questi sentimenti siano speculari all'universo psicotico.

Correale sottolinea come il nucleo centrale dell'esperienza psicotica sia la depersonalizzazione e la derealizzazione. Assunto del suo lavoro è che il nucleo centrale del disturbo psicotico consista essenzialmente in un'esperienza di tipo depersonalizzativo, in cui viene perduto lo spessore della realtà psichica. La realtà psichica, cioè, si altera perdendo la sostanzialità e la vitalità che la animano. Questo evento depersonalizzativo è così temuto che il paziente organizza l'intera sua vita a tentare di evitare qualunque elemento possa scatenare l'evento stesso. Correale definisce, quindi, come *area traumatica* sia ogni evento capace di scatenare la crisi depersonalizzativa, che le caratteristiche fenomenologiche della crisi stessa.

«Tradizionalmente, l'esperienza centrale nel quadro della psicosi schizofrenica è stata considerata l'angoscia di frammentazione del Sé (Kohut, 1976; Greenberg e Mitchell, 1983). Nel contesto di questo lavoro, vorremmo proporre invece l'idea che l'esperienza più cruciale e penosa, la pietra angolare, per così dire, del disturbo psicotico, sia rappresentata non dall'angoscia di frammentazione, ma da quella che potremmo chiamare un'angoscia di inermità (Cimino, 1999), di impotenza, di passività. Il soggetto depersonalizzato, e tanto più quanto più spesso si verifica questa esperienza, vive l'estraneità del mondo con un profondissimo senso di impotenza e sogna impossibili metodi grandiosi – attivi o passivi – che abbiano la funzione restitutiva del senso di realtà, e con esso di un senso di possibile capacità di intervento sulla realtà stessa.»²²

La più significativa acquisizione del "dopo Freud" è certo l'esplorazione dei livelli precoci, della radice somatica dei processi mentali; di quelle aree dello psichismo nelle quali non sono definiti i confini tra dentro e fuori, mentale e corporeo, e il limite tra "me" e "non me" è confuso, fluido e continuamente rinegoziato tra l'intrapsichico e l'intersichico. Inoltre, l'approccio a patologie gravi ci confronta con organizzazioni mentali instabili, che veicolano nel transfert stati che – a seconda del modello del quale siamo debitori – possiamo indicare come "non integrazione", "aspetti scissi", "parziali", "bizzarri", della persona.

Lo strumento principale per entrare in contatto con tali livelli, cosiddetti pre-edipici del paziente, nel regime degli affetti, diviene il controtransfert, o meglio nel caso del lavoro di gruppo nelle istituzioni: la risonanza emotiva degli operatori.

Il problema è come concettualizzare nella cura tali aree di non distinzione; come costituirle di senso e, soprattutto, come restituirle al paziente nelle interpretazioni di transfert e di rapporto. Tali aree di non distinzione appartengono a nuclei inconsci della vita dei gruppi istituzionali, in cui operatori e pazienti risultano inclusi come in una matrice comune, ambigua, costituita dalle parti psicotiche della personalità di ciascuno e nella quale si animano legami simbiotici. E' Bleger che, influenzato dai lavori di Bion, chiarisce come caratteristiche della parte psicotica della personalità siano la simbiosi e l'ambiguità.²³ Uno dei tratti caratteristici della simbiosi è la coincidenza fra l'oggetto interno proiettato e il ruolo assunto dal depositario: «Qualunque simbiosi è sempre di gruppo e coinvolge due o più individui in interrelazione.» Bleger sottolinea la mancanza di differenziazione o di discriminazione fra i componenti del gruppo simbiotico, dove i ruoli sono fissi e rigidi e vengono distribuiti (non condivisi) fra i membri, che li assumono in modo complementare e solidale.

²² A. Correale, "Psicoanalisi e psicosi: fino a che punto indagare l'area traumatica?", *Rivista di Psicoanalisi*, 4, 2000

²³ J. Bleger, *Simbiosi e Ambiguità*, Libreria Editrice Lauretana, Loreto 1992

L'antropologo Marc Augé²⁴ nel suo lavoro *Il Senso degli Altri* chiarisce quale può essere la radice della natura perturbante dell'ambiguità. Egli infatti propone di distinguere la nozione di ambivalenza, che si applica a giudizi opposti ed egualmente pertinenti, e presuppone la coesistenza di due qualità, dalla nozione di ambiguità che, applicandosi a una posizione considerata né vera né falsa, postula l'esistenza di un terzo termine non riducibile ad alcuno dei primi due, né tanto meno alla loro somma.

Quindi l'ambivalenza, come cumulo dei possibili, rinvia a una pluralità di punti di vista: un buon marito può essere un cattivo padre o viceversa. L'ambiguità, invece, con la sua doppia negazione (non è né buono né cattivo, ma qualcos'altro che non è possibile ancora qualificare), contiene nel migliore dei casi la promessa del proprio superamento, nel peggiore quella della propria negazione e di una sorta di nonsenso.

E' proprio da questa possibilità di non – senso che partono le angosce persecutorie. L'ambiguità della doppia negazione “né buono né cattivo”, il suo non – senso si salda profondamente all'angoscia di distruzione reciproca che minaccia originariamente la relazione con il paziente. René Girard²⁵, in una delle sue opere più importanti: “La Violenza e il Sacro”, sostiene che per il pensiero primitivo, contrariamente al pensiero moderno, l'assimilazione della violenza alla non differenziazione è di una evidenza immediata. Le differenze naturali sono pensate in termini di differenze culturali e viceversa e la perdita di queste differenze fondamentali nelle relazioni umane, non può avvenire senza provocare un vero terrore. L'ambiguità distrugge la capacità di discriminazione necessaria a costruire il sistema sociale.

Nel lavoro istituzionale, dunque, si possono verificare con frequenza condizioni particolari, per cui l'operatore perde la capacità di mantenere viva la relazione, annullando il potenziale trasformativo insito nella relazione stessa. Nel gruppo curante compare un senso diffuso e complessivo di impotenza e paralisi. Tra paziente e operatore di riferimento si instaura una specie di area opaca, di punto cieco (Correale, 2006)²⁶. Quest'area cieca della relazione tra paziente, operatore di riferimento e gruppo curante, proviene dalla personale “area traumatica” che il paziente rivive sia sul piano reale che su quello fantasmatico, e influenza potentemente il campo della cura.

Ma, dalle premesse fatte, si può affermare che la strada maestra di tali influenzamenti siano, sul piano inconscio, le aree indifferenziate della personalità, connesse alla messa in gioco delle parti psicotiche sia degli operatori che dei pazienti. L'indifferenziazione tra Sé e l'Altro è un equivalente della depersonalizzazione, della confusione, della morte psichica. Costituisce un particolare accecamento per la via dell'eccesso di sensorialità, di emozioni, che impregnano di violenza la relazione e spingono ad attivare difese più o meno rigide, massicce o primitive. La percezione dell'area cieca comporta una tendenza al distanziamento e la ripetizione di comportamenti automatici, istituzionali, cioè ispirati a criteri anonimi, standardizzati, senza la partecipazione di una viva motivazione personale.

Superare l'impasse del processo di cura, causato dalla violenza delle emozioni in gioco, richiede istituzioni attrezzate a un attento lavoro di “rivitalizzazione emotiva” dell'operatore e del suo gruppo di lavoro, una sorta di ricostituzione dell'apparato psichico gruppale. (Anzieu, 1990)²⁷ attraverso la discriminazione tra il reale e il fantasmatico. In effetti ciò equivale a dire che gli operatori necessitano di aiuto per decidere cosa sia un reale conseguimento di risultati e cosa invece appartiene alla dimensione dei risultati non realizzabili ma fortemente desiderati nel loro inconscio. I curanti devono tener conto dell'esistenza nel campo d'un disordine mentale, di come comprenderlo, delle risorse che sono disponibili. In altre parole, le irreali aspettative degli operatori devono essere contrapposte alle effettive realtà di ciò che può ottenersi curando i pazienti. La

²⁴ M. Augé M. (2001) *Finzioni di fine secolo*, seguito da *Che cosa succede?* Di Marc Augé. Torino, Edizioni Bollati Boringhieri

²⁵ R. Girard. (1972) *La violenza e il sacro*. trad. it., Adelphi, Milano

²⁶ A. Correale (2006) L'impasse nel gruppo: funzione dell'intermediario e contenitori multipli, *Gruppi*, VII - 2, 2006

²⁷ D. Anzieu (1990) *Il gruppo e l'Inconscio*, Borla, Roma

contrapposizione in parola può richiedere un sacrificio per gli operatori in quanto, per molti dei loro pazienti, le speranze realistiche sono notevolmente limitate. Ma il solo fatto di riconciliare se stessi con obiettivi e risultati raggiungibili è produttivo e capace di dare soddisfazione.

Il sostegno a saggiare la realtà, il raggiungimento d'una consapevolezza personale dei propri modi di sentire, la capacità di cogliere l'atmosfera dell'istituzione curante sono tre importanti coordinate conoscitive per gli operatori che possono essere sempre ampliate e rese più efficaci con un adeguato addestramento. Si tratta di forme d'osservazione che possono essere affinate, come quando si regola uno strumento per poter scrutare le stelle.