

Emergenze borderline

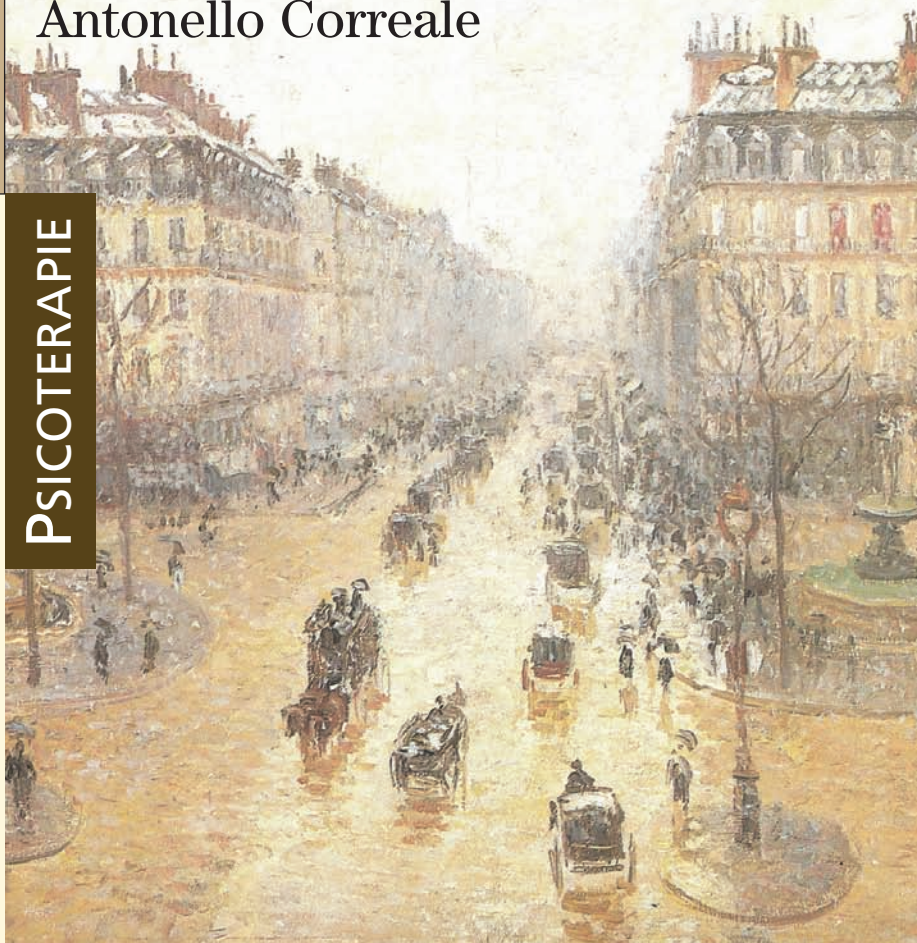
Istituzione, gruppo, comunità

A cura di
Cono Aldo Barnà
e Giuseppe Corlito

Prefazione di
Stefano Bolognini
Introduzione di
Antonello Correale

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Emergenze borderline

Istituzione, gruppo, comunità

A cura di
Cono Aldo Barnà
e Giuseppe Corlito

Prefazione di
Stefano Bolognini
Introduzione di
Antonello Correale

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

In copertina: Camille Pissarro, Avenue de l'Opéra. Effetto di neve. Mattino, 1898.

Copyright © 2011 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione, di *Stefano Bolognini* pag. 9

Introduzione, di *Antonello Correale* » 13

Parte prima

- 1. Dal gruppo di supervisione a un modello di trattamento del paziente borderline**, di *Cono Aldo Barnà* » 19
 1. Storia del volume » 19
 2. Psicoanalisi e psichiatria » 22
 3. La supervisione di gruppo » 26
 4. Funzioni della supervisione » 30
 5. Il fenomeno borderline » 33
 6. Note di teoria e tecnica della psicoterapia del paziente borderline » 36
- Conclusioni » 44
- Bibliografia » 45

- 2. Borderline: un modello per i servizi. L'esperienza del Dipartimento di salute mentale di Grosseto**, di *Giuseppe Corlito* » 54
 1. Una sindrome psico-sociale » 54
 2. Il Dsm di Grosseto e il disturbo borderline di personalità » 57

3.	La strutturazione del programma complesso per il Dbp	pag. 60
4.	I cardini della supervisione	» 63
5.	La valutazione e i suoi limiti	» 64
6.	Il nuovo servizio di salute mentale	» 65
	Bibliografia	» 71
3.	Note storiche intorno al “borderline” nelle discipline psicologico-psichiatriche, di <i>Edvige Facchi, Giuseppe Cardamone</i>	» 74
	Bibliografia	» 80
4.	Complessità fenomenica ed etiologica del disturbo borderline di personalità, di <i>Nadia Magnani</i>	» 82
	Bibliografia	» 90
5.	Il problema della classificazione diagnostica dei disturbi di personalità nell’età evolutiva, di <i>Margherita Papa</i>	» 93
	Bibliografia	» 104
6.	La prospettiva psicoanalitica nei servizi territoriali, di <i>Gian Paolo Sammarco</i>	» 106
	1. Uno spazio per comprendere	» 106
	2. L’ottica psicoanalitica	» 109
	3. Il coinvolgimento della comunità	» 111
	4. La rappresentazione: tra costruzione e interpretazione	» 113
	5. La natura della trasformazione	» 118
	Bibliografia	» 120
7.	La famiglia del borderline, di <i>Francesco Bardicchia</i>	» 123
	Bibliografia	» 127
8.	La supervisione al trattamento del disturbo borderline di personalità: operatori al tavolo di confronto, di <i>Massimiliano Cerretini</i>	» 128
	Bibliografia	» 133

Parte seconda

9. La storia del gruppo di supervisione , di <i>Gianna Nicaso</i>	pag. 137
1. Un breve panorama sul lavoro nei servizi dopo la legge 180	» 137
2. Come nasce e cresce il gruppo	» 142
3. La casistica	» 145
Bibliografia	» 147
10. La mente e il gruppo: funzionamento e criticità del gruppo di supervisione al trattamento multidisciplinare del disturbo borderline di personalità , di <i>Maria Grazia Petruzziello</i>	» 148
1. Premessa	» 148
2. Descrizione dell'esperienza	» 148
3. Considerazioni sull'esperienza	» 150
4. Criticità e <i>insight</i>	» 151
5. È possibile un <i>insight</i> del gruppo?	» 154
Bibliografia	» 154
11. L'esperienza del gruppo multidisciplinare: focus group , di <i>Stefania Cecchi, Giusi Badia, Silvia Sordini, Giuseppe Corlito</i>	» 155
12. Il gruppo di supervisione in opera: un caso paradigmatico , di <i>Gian Paolo Sammarco, Gianna Nicaso, Giuseppe Corlito</i>	» 166
13. Casistica trattata	» 184
Una prima valutazione degli esiti, di <i>Nadia Magnani, Giuseppe Corlito</i>	» 229
Descrizione della casistica	» 229
Valutazione dell'esito	» 230
Conclusioni	» 231
Bibliografia	» 232
Autori	» 233

Prefazione

di *Stefano Bolognini*

Nel presentare questo notevole libro curato dall'amico psicoanalista Corno Aldo Barnà e da Giuseppe Corlito e costituito da contributi suoi e di suoi colleghi impegnati nell'assistenza psichiatrica, passo idealmente in rassegna i cospicui cambiamenti della psichiatria negli ultimi quarant'anni; e non posso sottrarmi a un sentimento complesso che include la soddisfazione per un grande sviluppo degli apporti della psicoanalisi a questo campo interconnesso, e al contempo una parziale insoddisfazione per l'inadeguato riconoscimento ufficiale di questi stessi apporti da parte delle istituzioni che pure – in questi quarant'anni – li hanno così spesso sovvenzionati e utilizzati.

Con alterne fasi di accettazione aperta e di parziale diniego, molte istituzioni pubbliche si sono comportate, nei confronti del lavoro dei consulenti psicoanalisti, più o meno come certi pazienti che contattano lo psicoanalista, gli chiedono aiuto, ma dissimulano orgogliosamente la propria temporanea dipendenza da lui o negano *tout court* di svolgere con lui un lavoro terapeutico personale.

Così fanno molte istituzioni: a partire da motivazioni non sempre chiarite o su richiesta degli operatori, iniziano un lavoro (per lo più gruppale) che coinvolge e appassiona gli operatori stessi, ma che raramente viene ufficializzato e menzionato come una normale relazione di collaborazione continuativa, come invece il più delle volte di fatto è.

Vi è una sorta di pudore, o forse una resistenza non sempre innocente, in questa assenza di riconoscimento istituzionale, prossima al paradosso.

Da molti decenni gli psicoanalisti italiani lavorano con gli operatori delle équipes psichiatriche in un'intensa, paziente, appassionante tessitura condivisa di comunicazione, esplorazione e trasformazione delle esperienze vissute al contatto con i pazienti, con la loro patologia, con il contesto di vita e di cura in cui avvengono gli incontri e i trattamenti.

I nomi dei pionieri, in questo campo così specialistico e poco noto ai più, suonano leggendari per gli addetti ai lavori: De Martis e Petrella a Pavia, Sacerdoti a Venezia, Gaburri e Zapparoli a Milano, Carloni a Bologna, Giberti a Genova, Hautmann a Firenze, Bordi e Tagliacozzo a Roma, Corrao a Palermo furono gli iniziatori di una pratica (la supervisione di équipe) che si diffuse rapidamente dalla metà degli anni Settanta in buona parte della penisola, diventando in breve tempo uno dei più apprezzati strumenti richiesti dagli operatori per dare un senso all'insensato nell'interazione quotidiana coi loro assistiti, e per favorire (e a volte consentire) una maggiore vivibilità dell'ambiente inter-psichico istituzionale.

A questa prima generazione di supervisori di équipe ne succedette un'altra, in buona misura oggi attiva e subentrata alla precedente, che ne ereditò e ne sviluppò i principi e le tecniche di base; la creazione, nel 1992, del Comitato patologie gravi della Società psicoanalitica italiana sancì di fatto il riconoscimento ufficiale da parte psicoanalitica di una pratica che non consiste affatto nello psicoanalizzare un paziente nell'istituzione, ma che utilizza la visione psicoanalitica della mente, del gruppo, della persona e della relazione per far lavorare gli operatori in modo ben diverso dal "non lavoro" psichico con cui molti gruppi tenderebbero a difendersi dall'angoscia.

A fronte di questi importanti sviluppi, che hanno contribuito non poco a cambiare in meglio le condizioni di vita e di lavoro di quanti operano in psichiatria e nei campi di assistenza correlati, l'informazione pubblica su larga scala e i settori della cultura tangenziali all'universo psichiatrico non hanno preso atto in misura adeguata del fenomeno storico che ho descritto.

Nell'immaginario giornalistico e televisivo, e perfino nella saggistica non specializzata, le psichiatrie ufficiali in Italia sono ancora due: quella neuro-psichiatrico-organicistico-biologico-farmacologica, dominante nelle sedi universitarie e fortemente sovvenzionata (come è ovvio che sia) dall'industria farmaceutica e quella di stampo politico-sociale, residuo post-antipsichiatrico tuttora supportato, a decenni di distanza, dall'onda lunga di un potere politico che aveva accolto con un certo entusiasmo i lati utili e quelli più semplificativi e de-tecnicizzati della rivoluzione basagliana.

Identificati dal grande pubblico come "la vecchia" e "la nuova" psichiatria, in un regime altalenante di popolarità e di svalorizzazione, queste due immagini della psichiatria hanno tolto visibilità per decenni alla terza forma di contributo e di cultura psichiatrica, quella basata sul lavoro degli psicoanalisti con le supervisioni e con le attività gruppali di équipe. In questa terza forma il lavoro degli psicoanalisti, che non hanno disdegnato il la-

voro istituzionale nel pubblico, si è incontrato con un gruppo di servizi di salute mentale centrati sul lavoro a lungo termine con i gruppi sociali della comunità e sul lavoro di gruppo multidisciplinare degli operatori, come quello di Arezzo prima e di Grosseto poi.

Non esito ad affermare che questo lavoro capillare e silenzioso, profondo e continuativo nelle équipes, portato avanti con dedizione per decenni dagli analisti e dagli operatori in mutua collaborazione, ha contribuito a cambiare sostanzialmente le cose in psichiatria.

Sono cambiati internamente i medici, sono cambiati gli psicologi e gli assistenti sociali, ma sono cambiati soprattutto gli infermieri, capaci in molti casi di pensare, sentire, comunicare e trattare tra di loro e con i pazienti fantasie e stati d'animo prima impensabili e ancor più indicibili, in un processo di progressiva umanizzazione e di familiarizzazione con il mondo interno e i suoi percorsi più inquietanti.

Questa "terza psichiatria" (radicalizzo un po' questa tripartizione per rendere giustizia alla parte più misconosciuta della realtà psichiatrica) esiste dunque, ed è operativa ed efficace ormai da molto tempo: ma viene ben poco "detta".

Ancor oggi, in pur pregevoli testi dedicati alla storia della psichiatria in Italia, questa parte è negletta, a volte neppure menzionata; e pensare, invece, che è un nostro specifico, e che l'esperienza italiana in questo campo è davvero di avanguardia.

Il libro che sto presentando si colloca a pieno titolo in questa linea di tradizione scientifica e culturale.

È un contributo assolutamente avanzato e contemporaneo, erede evoluto di quella linea genealogica che ho menzionato poc'anzi.

Cono Aldo Barnà e i suoi collaboratori mostrano come oggi il contributo psicoanalitico ai gruppi che operano in ambito istituzionale non sia affatto super-egoico (= "si deve fare così!"), né tantomeno oracolare (= "l'analista-mago/istrione"): è invece un contributo creativo e riparativo, colto e paziente, di costruzione condivisa del senso e di ritrovamento dell'esperienza, di germinazione fertile del pensiero in condizioni di partenza ostiche, e di trasformazione dell'impensabile nell'"almeno un po' pensabile e comunicabile".

Come collega e come presidente della Società psicoanalitica italiana sono sinceramente fiero di augurare a questo volume una meritata fortuna scientifica ed editoriale.

Lo considero un ulteriore passo avanti nella lotta contro l'alienazione del pensiero e del sentimento nelle istituzioni, e il mio non più segreto desiderio è che i lavori che lo compongono possano servire ai giovani per

comprendere come esista una psichiatria che si sposa con la psicoanalisi senza imitarla, ma anche senza temerla.

Al lettore il piacere della scoperta della potenza trasformativa di queste esperienze condivise.

Introduzione

di *Antonello Correale*

L'esperienza raccolta in questi ultimi anni con i pazienti borderline ha ampiamente dimostrato che una delle difficoltà più rilevanti nel trattamento deriva dal profondo impatto emotivo che essi inducono sul gruppo dei curanti.

Il borderline presenta infatti un insieme esplosivo e devastante di solitudine, disperazione, direi quasi nudità esistenziale da un lato, e dall'altro di provicatorietà, invasività e antagonismo. È facile farsi catturare da sentimenti opposti, di compassione, solidarietà, protezione e di repulsa, difesa o riprovazione.

Questa contraddittorietà di emozioni e di pensieri si forma nel singolo curante, che si trova così preso in una morsa emozionale spesso confusiva e paralizzante, ma ancor più si forma nel gruppo dei curanti, che facilmente si possono dividere in fazioni, sottogruppi, quasi partiti contrapposti, con affetti che vanno molto al di là di semplici divergenze di idee. Molto spesso la divisione in sottogruppi comporta astio, delusioni, sentimenti vendicativi e perdita di fiducia nei colleghi e nelle istituzioni.

È importante, quindi, anzi vitale, per la buona riuscita di una cura, che il gruppo dei curanti costituisca un'entità sufficientemente omogenea e consapevole del tipo di lavoro che è chiamata a svolgere.

L'omogeneità deve coprire due ambiti di studio. In primo luogo, deve essere un'omogeneità di conoscenza, per così dire, epistemica o metodologica. Il gruppo deve avere trascorso un periodo di tempo sufficientemente lungo a costruirsi un modello condiviso del disturbo borderline, modello indagato e percorso in tutte le sue pieghe e implicazioni. In tale modello devono poter confluire approcci diversi, ma in modi che taluni nuclei centrali del trauma siano sviluppati in modo approfondito: il trauma, il vuoto, la rabbia, la scissione, la traumatofilia sono i più importanti.

In secondo luogo, l'omogeneità deve essere affettiva. Il gruppo deve sviluppare un'atmosfera grazie alla quale possibili errori non siano tali da determinare crisi di vergogna o di colpa eccessive, che si accetti l'idea che i ruoli non siano solo quelli dati dall'istituzione, ma siano anche quelli assegnati dalle modalità transferali del paziente e infine che l'espressione di sentimenti personali dell'operatore non costituisca solo uno sfogo catartico, ma qualcosa che può essere usato ai fini di una ricostruzione possibile del mondo soggettivo del paziente.

Tutto questo comporta un'indicazione importante. Per occuparsi adeguatamente di borderline, è necessario che un'istituzione svolga un importante lavoro preliminare di studio e di costruzione di un clima comune adeguato. Questo lavoro preliminare deve consistere in una lunga e approfondita disamina da un lato della letteratura scientifica esistente – peraltro abundantissima – e dall'altro di uno studio clinico approfondito dei casi che si presentano al servizio.

È necessario infine che il gruppo si formi una sua visione interpretativa comune, che comporti linee di trattamento specifiche e che le verifichi periodicamente.

E ancora. Le importanti reazioni emotive determinate dal borderline devono trovare nei vari momenti del gruppo – incontri clinici *ad hoc*, scambi tra colleghi, supervisioni – una via di condivisione ed elaborazione.

È un grande piacere, quindi, presentare questo libro che riferisce l'importante esperienza del gruppo di Grosseto, coordinato da Giuseppe Corlito con la supervisione di Cono Barnà e numerosi significativi contributi di diversi colleghi del gruppo, che sembra convalidare nei fatti proprio le affermazioni che sono andate facendo finora. Un gruppo istituzionale ha deciso di concentrare i suoi sforzi su questo tema, dedicando all'argomento riunioni di gruppo e un'attività di supervisione che si è concentrata ripetutamente sulla questione borderline.

Inoltre, il tema si è potuto rifrangere in vari aspetti – bibliografico, psicoanalitico, formativo, sociale, istituzionale – in modo che se ne sono potute cogliere le varie implicazioni e sfaccettature.

Infine, questo lungo attraversamento gruppale e personale della questione, ha creato in tutta l'istituzione un clima di apertura o di ricerca, ma ancor più di messa a punto di un modello comune, che controbilancia molto efficacemente il rischio di frattura tanto presente altrove.

È incoraggiante e per certi versi entusiasmante, pensare, come succede leggendo questo libro, che una patologia considerata “impossibile” e in fondo fastidiosa e frustrante, possa invece diventare quasi un luogo privilegiato di studio e di ricerca, con la conseguenza che il disturbo bor-

derline, da elemento di fatica e spinta possa diventare quasi la “gloria” di un servizio!

E inoltre è bello pensare che la formazione personale dell’operatore non sia solo epistemica, ma implichi una strada individuale di accoglimento di aspetti così drammatici ed esplosivi della natura umana, come quelli indotti dal rapporto con il trauma, con la rabbia e con il vuoto, e che questa esperienza diventi una ricchezza professionale estendibile a tutti gli alti pazienti del servizio.

Nel libro sono presenti tutti i temi più importanti, che caratterizzano il disturbo borderline e che mi piace qui richiamare rapidamente.

Innanzitutto *il trauma*. È clinicamente condivisa ormai l’utilità di distinguere tra trauma attuale e trauma antico. È possibile considerare trauma attuale qualsiasi frattura – litigio, abbandono, tradimento – si verifichi nella relazione principale, cui il borderline affida in quel momento della vita una funzione stabilizzante e protettiva. Spesso si tratta della madre, altre volte del compagno o della compagna, sempre in qualche modo del terapeuta. Ogni borderline si poggia su una relazione fondamentale, soggetta però a strappi, rotture e lacerazioni. Tali fratture determinano le ben note “crisi” del borderline, che sono il pane quotidiano dei servizi psichiatrici.

Ma è al trauma antico che dobbiamo rivolgere la nostra attenzione. In *Inibizione, sintomo e angoscia*, Freud dà una definizione del trauma folgorante: trauma è ciò che fa vivere al soggetto un’esperienza di totale impotenza e passività, simili perciò a quella della morte. Freud paragona questa esperienza a quella della nascita: affrontare un mondo totalmente ignoto, senza nessun mezzo per poterli padroneggiare.

Queste esperienze traumatiche originarie – che Freud ritiene sottoposte alla rimozione primaria – costituiscono una specie di riserva traumatica di angoscia, che dà, per così dire, in prestito l’angoscia stessa alle esperienze traumatiche successive. Quanto maggiore la riserva di angoscia originaria, tanto più facilmente essa si attiverà in occasione anche di piccole esperienze traumatiche successive.

I meccanismi di compensazione. Come può un soggetto, facilmente sottoponibile a esperienze traumatiche di questa intensità, dominarle e adattarsi a vivere? Il meccanismo più naturale cui ricorrere è quello di una massiccia e grossolana scissione, nel senso di Kernberg. La scissione tra buono e cattivo, tra idealizzato e rifiutato, offre un certo ordine possibile anche se precario, a un mondo continuamente minacciato da insopportabili angosce di passività e impotenza.

Si capisce così perché il borderline viva sempre al limitare dell'oggetto, al bordo, per così dire, dell'altro. L'altro è sempre necessario e pericoloso, desiderato e terribile, troppo vicino e troppo lontano, secondo la logica del "né con te né senza di te". Questa modalità è riportata anche nel transfert e ne aiuta a comprendere le modalità tempestose.

Il vuoto. Il senso di vuoto che così spesso accompagna il borderline è essenzialmente frutto di un vuoto di altro, il risultato di una fiducia sempre aleatoria e precaria, che sfocia in una solitudine insopportabile.

La rabbia. È fin troppo facile pensare che uno stato di allarme quasi perenne, derivato e prodotto da un'identificazione coll'aggressore possano portare sollievo a questa coalizione. Diventare provocatori, prepotenti, intolleranti, capovolge i ruoli e trasforma le vittime in persecutori. Inoltre, la sfiducia nell'altro e la rabbia, talvolta addirittura un franco disprezzo – verso i genitori, comporta la formazione di un senso etico apparentemente anarchico, in realtà intollerante e fondamentalista, come se il borderline cercasse in un'etica di base profondissima, la risposta alla sua mancanza di fiducia nell'etica "ordinaria".

E infine *la traumatofilia.* Cercare situazioni limite permette al borderline di illudersi di potere dominare il trauma riproducendolo. Più spesso, invece, la ripetizione mantiene inalterato lo schema della relazione traumatica, schema che spesso persiste ostinatamente anche ai più appassionati sforzi terapeutici.

Il libro parla a lungo del *trattamento.* Un rapporto individuale duraturo e costante, la costruzione paziente della fiducia, il supporto del gruppo all'operatore impegnato in prima persona. E poi ancora la graduale messa a punto nel transfert, dello schema ripetitivo e costante della relazione traumatica come si manifesta attualmente e solo in un secondo momento, con delicatezza e gradualità, l'accostamento al trauma originario.

Insomma, siamo vicini a un modello condiviso e a una consapevolezza, altrettanto condivisa, dell'impatto di un soggetto come questo su un operatore e in un servizio.

Il libro, di cui questa presentazione vuole essere una manifestazione di ammirazione e fiducia, apre la strada a un futuro in cui questa patologia non sarà più solo occasione di angoscia e rifiuto, ma addirittura capace di offrire soddisfazione e crescita personale, oltre che professionale, agli operatori.

Parte prima

1. Dal gruppo di supervisione a un modello di trattamento del paziente borderline

di *Cono Aldo Barnà*

1. Storia del volume

Il presente volume nasce da una ricerca sul campo effettuata da un gruppo di lavoro del Dipartimento di salute mentale di Grosseto. Un gruppo riunitosi, oltre dieci anni fa, come gruppo di supervisione e che si è trasformato, nel tempo, in tavolo di lavoro, programmazione, regia e valutazione della gestione dei casi borderline in carico ai vari servizi del Dipartimento.

Nel libro sono presenti le diverse esperienze e le riflessioni anteriori di ognuno dei partecipanti al gruppo; quelle collegiali che hanno preceduto, durante alcuni anni di lavoro insieme, la ricerca stessa e quelle che hanno seguito, ancora per mesi, durante la stesura del volume, i risultati della ricerca e le valutazioni prospettiche della stessa.

Facciamo quindi riferimento all'esperienza di operatori quotidianamente impegnati in servizi che accolgono le problematiche della salute mentale di adulti, adolescenti e bambini di un territorio piuttosto vasto e differenziato nelle sue caratteristiche ambientali, socio-economiche e culturali.

I suddetti operatori partecipano regolarmente a una riunione mensile di supervisione da me condotta. A tale supervisione vengono invitati a partecipare, se lo desiderano, anche altri operatori del territorio coinvolti con i casi in discussione.

Già soltanto per le caratteristiche di funzionamento e di longevità del gruppo, stante la rapidità con cui di solito gli operatori delle équipes dei servizi cambiano e perciò la difficoltà di interiorizzare un modello di lavoro e uno stile sul campo, l'esperienza appare abbastanza eccezionale.

Il gruppo si è progressivamente interessato a molti casi in trattamento presso i diversi servizi del dipartimento, alla migliore comprensione di essi, all'impostazione della presa in carico e della relazione terapeutica, alla ve-