

**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

LA RELAZIONE CON IL PAZIENTE CON DOPPIA DIAGNOSI

Le difficoltà relazionali suscitate dal paziente borderline che costituisce la patologia più impegnativa all'interno della “Doppia Diagnosi” si muovono in un ambito di patologia in cui l'eventualità stessa di una relazione è chiamata in causa e messa in dubbio.

Kernberg e la triade sintomatologica del paziente bordeline

- dispersione dell'identità
 - uso di meccanismi di difesa primitivi (diniego, proiezione, scissione)
 - mantenimento della capacità di esame di realtà
- (Kernberg, 1987).

“Lo sfondo psichico naturale” del paziente borderline (Correale 2005)

- vissuto di svuotamento e mancanza di senso
- 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
- sensazione di essere trascinato in esperienze di vita incontrollabili, piuttosto che essere soggetto dei propri gesti
- dissociazione come brusco e acuto restringimento del campo di coscienza

L'attacco alla relazione

- L'attacco è un passaggio all'atto (acting out), quale difesa dolorosa a questa “incapacità a vivere una esperienza soggettiva, esclusiva, autonarrata”
- L'attacco 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).

Gli effetti della primitiva difesa di scissione e proiezione

- Il paziente tende a tenere separati gli aspetti “positivi” (idealizzati) da quelli “negativi” (persecutori)
- L’operatore è proiettivamente investito di un aspetto ora totalmente positivo, ora totalmente negativo
- Il paziente tende ad avere con gli operatori delle relazioni che riflettono la profonda scissione presente al suo interno, con improvvisi capovolgimenti di fronte, nell’alternanza continua buono-cattivo

Il significato relazionale e difensivo dell'acting out

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 per lui proiettare i termini del conflitto e “viverlo”, nel senso di agirlo, all'interno della relazione

L'operatore nella relazione con il paziente con doppia diagnosi

Dal punto di vista relazionale per l'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 identifica 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.

Il difficile compito dell'operatore

- Compito dell'operatore nella relazione con il paziente, 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.

Le difese dell'èquipe curante: la negazione e la proiezione

“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 e nel gruppo di lavoro una cultura rigida nella quale la crescita viene inibita.”
(William Halton, 1988)

“Non siamo riusciti a curare”: l’esperienza del limite nell’èquipe curante

“Coloro che lavorano nel settore dell’assistenza 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” (Vega Zagier Roberts, 1988)

Le difese maniacali ed ossessive nell'èquipe curante

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

La negazione delle differenze e dei confini

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)

La tossicità borderline: contro i confini

La patologia borderline può essere considerata oltre che come patologia di **“confine”** nella persona, 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) che già spesso per dinamiche interne di conflittualità, invidia, rabbia o delusione, si trova esso stesso a combattere vengono ulteriormente minacciati se non distrutti dall’impatto tossico con le caratteristiche personali e relazionali dei pazienti borderline.

La mancanza di gratitudine ed il bisogno di riconoscimento nei membri dell'èquipe

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

La funzione del leader e l'organizzazione nascosta

Il leader deve saper creare 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.

Conclusione

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