



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 24 – Invierno 2020

Le REMS: un approccio terapeutico-riabilitativo incentrato sul recupero delle persone¹

Raffaele Fischetti ²

La Legge Basaglia, la Legge 180 del 1978, ha sancito il cambiamento del modello terapeutico delle malattie mentali. Si é passati dall'Ospedale Psichiatrico alla Psichiatria di Territorio, che, attraverso la rete dei servizi del Dipartimento di salute mentale (DSM), gestisce i percorsi terapeutico-riabilitativi ambulatoriali, semi-residenziali, residenziali e per le acuzie nei servizi ospedalieri (SPDC).

La mancata inclusione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), nell'ambito delle strutture degli ospedali psichiatrici, ha determinato un diverso regime di cura i malati di mente autori di reato, rispetto alle persone che presentavano le stesse patologie ma che non avevano commesso reati.

Gli ospedali psichiatrici giudiziari (sei in tutto il territorio italiano) hanno spesso avviato un processo di "manicomializzazione" che preludeva ad una forte cronicizzazione, a ricoveri prolungati e, in alcuni casi, lai cosiddetti "ergastoli bianchi".

L'OPG è stata l' "istituzione totale" per eccellenza: manicomio e carcere insieme. La malattia richiedeva un trattamento obbligatorio e la pena può essere infinita. La negazione della responsabilità precipitava il folle all'inferno. Il paziente era considerato pericoloso a sé e agli

¹ Lavoro presentato a Justa-Ment Repensem la justicia-Salut Mental, I jornada, Barcelona, 6 febbraio 2020

² Raffaele Fischetti, psicólogo. Padova. Italia

altri. Per questo motivo veniva separato dalla società in strutture apposite e sepolto sotto un doppio stigma.

E' stato necessario eliminare alla radice il nodo della non imputabilità per l'autori di reato prosciolti per vizio totale della sua mente, ritenuti incapaci di intendere al momento del fatto.

Ma "l'incapacità", in teoria determinata al momento del crimine, si riverberava sul futuro e veniva affidata a perizie mediche e alle decisioni dei giudici.

Matto e pericoloso era il binomio su cui si basava la teoria positivista e organicista, che ha avuto nel pensiero di Lombroso la manifestazione più completa. La teoria del malato-delinquente da isolare, è stata sostituita dalla concezione del paziente da curare e, in ogni caso, custodire. Questo doppio binario resta nel codice penale italiano.

Lentamente, in Italia gli OPG sono stati sostituiti dalle REMS attraverso una serie di provvedimenti che culminano con la Legge 81 del 2014 che ne sancisce la chiusura totale.

Le REMS (Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza) assumono connotazioni diverse rispetto all'OPG. Si tratta di strutture a gestione in modo specifico ed esclusivo sanitaria, dirette da un responsabile medico che ne assume della gestione medica e amministrativa, con capacità ridotta di posti letto (massimo venti) in cui vengono svolte attività terapeutico-riabilitative per gli ospiti in connessione e coordinamento con i servizi psicosociali territoriali.

La legge ha posto al centro del nuovo sistema i dipartimenti di salute mentale, divenuti detentori dei programmi terapeutici e riabilitativi per attuare i trattamenti in contesti territoriali e residenziali. Inoltre, le REMS sono solo un elemento del complesso sistema di trattamento e riabilitazione dei pazienti psichiatrici che hanno commesso reati. L'utilizzo delle REMS ha assunto non solo il carattere dell'eccezionalità, ma anche della transitorietà. Il Dipartimento di Salute Mentale competente per ogni paziente deve preparare, in breve tempo, un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato che verrà inviato al giudice competente, in modo da rendere residuale e transitorio il ricovero in struttura. Il principio della territorialità del ricovero diventa decisivo in ogni decisione relativa all'assegnazione e al trasferimento del paziente.

La chiusura degli OPG, afferma Franco Corleone,³ è una riforma epocale, il cui limite sta nel fatto che sia contenuta in alcuni paragrafi di una legge, volta allo svuotamento degli istituti

³ Commissario unico per il superamento degli OPG

penitenziari e senza una revisione generale e sistematica del Codice penale, come previsto da anni (in particolare l'eliminazione della doppia via della detenzione e della cura).

Il ricovero presso la REMS può essere disposto solo quando ogni altra misura è inadeguata rispetto alle esigenze di cura e di controllo della pericolosità sociale.

La legge prevede che:

- prioritariamente accedono alla REMS gli autori di reato non imputabili al momento del fatto e socialmente pericolosi, accertati essere tali **in via definitiva (cd definitivi)**;
- a seguire entrano coloro per i quali l'infermità di mente sia **sopravvenuta** durante l'esecuzione della pena (cd **sopravvenuti**).

Se prima l'accertamento della pericolosità sociale era effettuato attraverso un attento esame delle condizioni soggettive ed oggettive della persona affetta da disturbi psichici, adesso contano soltanto le condizioni soggettive.

È opportuno ricordare come il concetto di pericolosità sociale psichiatrica, ovvero derivante dall'infermità di mente, totale o parziale, sia sostanzialmente un giudizio prognostico sulla possibilità che il malato, a causa della sua patologia, compia nuovamente reati. La precisazione del termine "pericolosità sociale" in psichiatria forense consiglierebbe di sostituire tale termine "sociale" con uno meno stigmatizzante, che espliciti meglio il senso della prognosi negativa, indipendente dal tipo di reato commesso. Il termine viene confuso con il vecchio termine di "pericoloso a sé e agli altri", oppure con la pericolosità sociale di competenza del magistrato.

Ma non basta parlare di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Si tratta di mettere in discussione sino in fondo la logica manicomiale che era a fondamento degli OPG stessi. Perché la logica manicomiale è nella testa degli operatori che fino a quel momento hanno operato nell'OPG e perché della logica manicomiale è intrisa la società, che sempre tende a rinchiudere il diverso, il cattivo, il matto, tutte quelle figure di "disturbo sociale" che alla fine divengono quei "nemici perfetti" e i capri espiatori delle contraddizioni che nel sociale si alimentano per vari motivi e per diverse cause.

La chiusura dell'OPG rappresenta una rivoluzione culturale e sociale. Ma ogni riforma è in funzione di obiettivi e di tappe di avvicinamento. Anche in questo caso l'obiettivo deve essere ben chiaro e ribadito: il superamento definitivo di ogni logica e di ogni struttura che rimandi al manicomio, ovvero all'espulsione, al tenere nascosto, alla coazione e

all'internamento del malato e della malattia. Le tappe che in questa direzione si sono fatte, si fanno e si faranno possono essere limitate, insufficienti, anche contraddittorie in alcuni aspetti. Occorre capirlo, saperlo, dirlo e andare oltre. Ciò che non si può e non si deve fare è di ritornare indietro: perché quello che abbiamo alle spalle lo conosciamo bene e lo abbiamo visto per decenni all'opera. Questo vale sia per il Manicomio, sia per l'OPG.

È necessario essere chiari e consapevoli che le leggi e il diritto sono strumenti non feticci. Non si può loro delegare il cambiamento e neppure la giustizia nel suo complesso. Le vere e prime riforme si fanno nel corpo della società, nelle culture che in essa si riescono ad affermare e a rendere viventi.

Con il mio lavoro partecipo alla realizzazione di un obiettivo che rende l'Italia un modello in Europa e nel mondo. Sono ben consapevole che questo passaggio si svolge su un terreno ricco di difficoltà, ma non bisogna avere paura di vivere le situazioni conflittuali perché attraverso di esse si produce il cambiamento. Occorre forza, determinazione e ambizione per conquistare definitivamente l'obiettivo più vasto che in questo caso è rappresentato dal superamento della logica manicomiale.

La chiusura degli OPG offre una leva per affrontare questioni irrisolte come quella di un nuovo Codice Penale, della riforma del carcere e del senso della pena. L'abolizione del manicomio criminale ci rende più forti per aumentare le libertà e i diritti. Rende plausibile un'alternativa alla prigione per i minori, per le donne, per i poveri.

Attualmente funzionano in Italia 33 REMS con circa 660 pazienti.

Questioni problematiche del REMS

Per brevità, elencherò una serie di punti problematici che si sono verificati:

- Le REMS non deve avere un carattere carcerario, nella struttura e nelle recinzioni.
- L'etichettatura giudiziaria del "pericolosità sociale", anche se non è importante dal punto di vista clinico, si rivela in realtà uno "stigma" che pesa sui percorsi di trattamento e sulle strategie di controllo del paziente, più della stessa malattia mentale. Ciò alimenta generalizzazioni ingiustificate che rendono i pazienti in qualche modo "indifferenziati", tutti ugualmente pericolosi e allarmanti, con il rischio di livellare i percorsi terapeutici.
- Questi sentimenti inducono la politica locale a preferire un approccio al problema sulla sicurezza e sul contenimento, che attrae la maggior parte delle pur esigue risorse economiche disponibili.

- Esiste un sentimento di insicurezza *diffuso* a vari livelli, non solo tra i cittadini, ma anche tra gli operatori di salute mentale che si fanno carico dei pazienti REMS. Un sentimento d'insicurezza *emotivamente comprensibile* alimentato negli operatori di salute mentale non solo dalla paura di subire aggressioni da parte del paziente violento, ancora più frequentemente di quanto normalmente accada nell'assistenza psichiatrica, ma anche dal rischio di essere chiamati a rispondere per non aver impedito che il paziente possa far del male a sé o ad altre persone; un sentimento d'insicurezza che in maniera cosciente o incosciente, rischia di veicolare, avallare o persino acuire culture, mentalità e pratiche *restrittive*, di matrice difensiva fortemente regressive nei riguardi dei diritti dei pazienti; e che potrebbero essere ulteriormente alimentate da ambiguità presenti nel modello di REMS.

- In particolare si osserva che la nuova residenzialità ispirata a un sistema di tipo comunitario teso all'inclusione sociale del paziente, potrebbe essere a serio rischio di pura medicalizzazione. Non solo nel rapporto tra personale sanitario e personale riabilitativo vi è una netta prevalenza di medici e degli infermieri. Ma le stesse dotazioni di educatori e terapeuti della riabilitazione appaiono insufficienti a implementare attività riabilitative nell'esecuzione della misura di sicurezza.

- È evidente che il destino di coloro che, purtroppo, non guariscono non può essere un problema relegato esclusivamente alla competenza dei medici psichiatri. Occorre sviluppare una cultura "nuova" nella comunità sociale chiamata ad accompagnare il lavoro di cura delle persone psichicamente sofferenti, che crei una rete capace di riattivare interlocuzione e sinergie operative tra le agenzie istituzionali coinvolte, DSM, la Magistratura, le Forze dell'ordine e la popolazione.

Eventi critici al giugno 2019 su oltre 1200 transitati in tre anni

Le aggressioni totali sono 363 (23% dei transitati) quindi un livello significativo e riguardano seppure in modo eterogeneo, quasi l'80% delle REMS.

Elevati tassi di aggressione (23% considerando le aggressioni ad operatore e ad altro paziente), rispetto ad alcuni dati di letteratura che riportano tassi tra il 3% e il 15%. Una possibile distorsione dei numeri è data dall'impossibilità di distinguere se un medesimo paziente ha presentato più di un episodio aggressivo. Ma un dato importante che meriterebbe un approfondimento sarebbe confrontare i dati rispetto a quale tipologia di pazienti, a quale modello di cura, a come sono organizzati gli Spazi ecc.

Gli allontanamenti non autorizzati sono stati 98 pari al 6,2% dei soggetti transitati e con una media di 4 per ogni REMS e se riferiti al periodo medio di funzionamento di 36 mesi circa gli allontanamenti sono 33/anno.

Suicidi sono 4 di cui 2 in una struttura: 2,5 per mille transitati.

Gli eventi critici sono stati rapportati ai soggetti transitati come media e quindi non tiene conto del fatto che più eventi possono avere riguardato la medesima persona. Fatta questa precisazione, gli eventi critici riguardano circa un terzo dei soggetti.

Le REMS di Castiglione delle Stiviere (Mn)

La Regione Lombardia ha previsto la realizzazione di 8 REMS definitive, 6 a Castiglione e 2 a Limbiate, che dovrebbero avere ciascuna una capienza di venti posti letto e destinate all'accoglienza dei cittadini lombardi destinatari di applicazione provvisoria o definitiva delle misure di sicurezza detentive del ricovero.

L'OPG di Castiglione delle Stiviere era stato l'unico dei sei OPG italiani ad essere da sempre caratterizzato dalla gestione esclusivamente sanitaria e dalla conseguente assenza di personale della polizia penitenziaria. Questo aspetto, unitamente al buono stato complessivo della struttura, alla buona qualità dell'offerta terapeutica – finalizzata alla minore permanenza possibile dell'internato in OPG e alla continua ricerca di percorsi di risocializzazione –, ha consentito all'OPG di Castiglione delle Stiviere di poter rappresentare una "anomalia" positiva nel panorama nazionale. Da questa struttura sono nate dal 2015 progressivamente 6 REMS. Le figure professionali presenti sono 18 psichiatri, 8 psicologi, 110 infermieri, 10 educatori, 85 os/ota, 8 assistenti sociali, 3 fisioterapista/masso.

Dal 2017 sono stato invitato a collaborare con le REMS con il compito di formazione e di supervisione. Sono presenti anche altri tipi di formazioni.

Il compito fondamentale nel mio lavoro di formazione era quello di permettere agli operatori di lavorare in gruppo, di diventare un equipe di lavoro multiprofessionale, punto nodale per uscire dalla logica manicomiale.

Uno dei problemi maggiori che si presenta nelle supervisioni è il problema del passaggio dal lavoro e pensiero individuale al lavoro grupppale. Gli operatori non avevano una comunicazione tra loro, non avevano organizzare uno schema di riferimento chiaro e condiviso e anche non avevano chiarezza sul compito istituzionale.

I tre elementi di base di un equipe che funziona come gruppo sono:

- 1) una comunicazione **circolare** tra gli operatori: ognuno ha un'idea dell'altro;
- 2) uno schema di riferimento nel senso che hanno un codice in comune: nonostante uno dica una cosa e l'altro una diversa, hanno **un codice in comune**, sanno che cosa stanno dicendo uno e cosa l'altro, vanno verso la costituzione di uno schema di riferimento condiviso.
- 3) gli operatori hanno chiarezza, sul compito, hanno cioè discusso in profondità **perché sono lì**.

Il lavoro di supervisione sui casi ha la finalità di permettere la distanza ottimale e comprendere il tipo di vincolo in gioco. Soprattutto nelle situazioni di agiti, violenze e deliri.

Alcune riflessioni cliniche

α) Non esiste una versione solipsistica della violenza. Questa versione ipotizza che la violenza è determinata quasi esclusivamente dalla sua base pulsionale, riguarda il Sé o dipende dalle sfortunate esperienze dell'infanzia, dove ha sofferto ed è stata attraversata dalla violenza dei genitori.

Ma questa versione non includerebbe le altre condizioni fondamentali di produzione di soggettività, pensiero e violenza: le situazioni vincolari, gruppali, istituzionali e sociali.

La violenza è intersoggettiva e ha come fonte il vincolo con gli altri; Produce una rottura dei vincoli, specialmente con coloro con cui si è legati in una relazione stabile, come nella famiglia o nella coppia. Una delle sue origini è la negazione costante e il disconoscimento dell'altro che è considerato solo come un'estensione di se stesso. C'è la cancellazione della soggettività dell'altro.

Questi chiarimenti che provengono dalla clinica sono servite a me e alle équipes, non per eliminare o mitigare la responsabilità soggettiva, ma per entrare nella struttura di una situazione di violenza in modo più operativo e per avere più strumenti per trasformarla, limitare le ripetizioni e consentire il processo di cura.

Per quanto riguarda la cura, in questo lavoro non si prende in considerazione come si dovrebbe fare il trattamento dei casi di pazienti che commettono atti violenti, poiché tale trattamento è quello che corrisponde al tipo di patologia che sottende tali atti. Di fronte a situazioni di violenza dovute a malattie mentali, unitamente all'intervento terapeutico, è necessario dare priorità alla protezione del paziente e delle persone del contesto. Sebbene a volte sia un compito difficile da adempiere, i membri dell'équipe devono fare attenzione a non avere atteggiamenti controtransferali⁴ di ostilità. È importante affermare che il paziente, sebbene implichi un pericolo potenziale, non differisca per questo dagli altri uomini e che deve essere compreso nel suo comportamento e nella sua biografia, per essere trattato per l'essere umano che è.

⁴ Nel controtransfert non si tratta dell'emozione che il terapeuta sente con un paziente, ma è l'attivazione continua, attuata dal terapeuta, della sua emozione per cogliere, prima del ragionamento, il nucleo del problema: le mie emozioni arrivano alla fonte del conflitto prima del mio intendere. Il fatto più interessante è il modo con il quale il terapeuta, dall'emozione arriva al concetto e formula la sua interpretazione. Perciò è basilare il setting, in quanto permette al terapeuta di far funzionare le proprie facoltà rispetto al proprio compito terapeutico, mantenendo la distanza e la non complicità.

β) Emerge che alcuni fattori del contesto possono trasmettere una sorta di violenza diffusa che si infiltra nei vincoli interpersonali (coppie, famiglie, gruppi) che dà origine a microtraumi quotidiani. La violenza fa parte della nostra esperienza sotto vari tipi di manifestazioni: simboliche e fisiche, esplicite e latenti, pubbliche e private, e tutte incidono nella nascita e trasformazione di nuove soggettività⁵.

Tra i diversi fattori che contribuiscono alla genesi del comportamento violento nei giovani, il **funzionamento della famiglia** è sicuramente uno dei più importanti. In queste famiglie, gli agiti, il pensiero operativo, l'incapacità di concepire il tempo, la difficoltà di contenere le tensioni, controllare gli impulsi e, soprattutto, la difficoltà di pensare, sono alcune delle caratteristiche più frequenti e conosciute. Questa qualità specifica della vita familiare umilia e ignora le esigenze specifiche dei soggetti, determinando una situazione in cui il comportamento violento diventa l'unica risposta possibile per sopravvivere in quel contesto. In queste famiglie c'è una regressione gruppale a un livello primitivo e poco differenziato (socialità sincretica), che è uno dei livelli sempre presenti, ma non attivo nel funzionamento di ciascuna famiglia. Poiché la violenza minaccia il senso di sicurezza del Sé, il bisogno di appartenenza, la condivisione con l'altro e la paura dell'isolamento, aumentano in modo difensivo, determinando una regressione verso forme primitive di funzionamento sia individuali sia del gruppo familiare.

In questa situazione la soggettività dei membri, e in particolare quella dell'adolescente, diventa una minaccia. La violenza di uno o entrambi i genitori, il disconoscimento di essa e l'incomprensione delle necessità reali dei bambini, hanno creato un'atmosfera di insicurezza, in cui errori, bugie e confusione prevalgono come modalità di funzionamento e di identificazione. Il cinismo avvelenerà il tessuto delle relazioni familiari e distruggerà ogni desiderio di apprendimento.

γ) Tuttavia, esiste un altro aspetto sul quale mi sembra cruciale concentrarsi in questo contesto, e cioè il fatto che i comportamenti violenti sono espressione di una regressione, sia individuale sia familiare e istituzionale, a un livello mentale e organizzativo più primitivo. La paura della solitudine, il sentirsi indifesi di fronte alle difficoltà e la necessità di definirsi difensivamente con una forte identità, crea un'adesione non pensata al funzionamento del gruppo (socialità per partecipazione). Bleger direbbe che si genera **"una regressione difensiva a uno stato di ambiguità"** nato dalla violenza e che provoca violenza. L'approfondimento di questo punto, mi sembra utile per spiegare cosa succede in queste situazioni, dove l'adolescente ripete con il gruppo dei pari, alcuni di quegli atteggiamenti e

⁵ Bleger avanza l'idea che il soggetto si costituisca come un *sistema aperto* che include l'ambiente (società, famiglia, madre...) e che ha le caratteristiche della indifferenziazione. Da questa organizzazione che chiama *indifferenziazione primitiva*, il bambino comincia a differenziarsi per diventare *soggetto*.

comportamenti complessi che avevano caratterizzato il funzionamento della famiglia di origine.

L'ipotesi di Bleger si riferisce all'esistenza di un nucleo ambiguo depositato nel contesto⁶, che si fa portatore degli aspetti più indifferenziati del sé. Un residuo di indifferenziazione primaria rimarrà sempre in ogni soggetto maturo.

Quando vi sono cambiamenti improvvisi sia per repentini movimenti del contesto depositario, sia per una crisi della vita del soggetto (emigrazione o lutto, per esempio), la mobilitazione dell'ambiguità che ha perso il suo depositario può manifestarsi come incertezza o angoscia di sfumature diverse. La violenza e il trauma possono determinare in seguito una regressione difensiva sul piano dei vincoli. Il conformismo e l'incapacità di critica sono correlati all'esistenza dell'ambiguità utilizzata dall'io, grazie alla sua qualità mimetica, con l'obnubilazione e l'indifferenza come scudo per proteggere la sua struttura. Questa regressione provoca una grande alterazione delle relazioni umane e, soprattutto, introduce errori, paradossi, ambiguità⁷.

δ) Di fronte alla violenza e alla gravità degli agiti potenziali e alla complessità dei mezzi disponibili, abbiamo intrapreso, insieme alle équipes con cui ho lavorato nelle REMS, una diversa comprensione dinamica di essi. Nell'ambiente psicoanalitico, il **concetto di acting** ha avuto tali livelli di malintesi che a volte ha condizionato il terapeuta a punire il paziente con interpretazioni che sono state vissute come un'azione opprimente⁸, con la quale il terapeuta intendeva controllare la sua vita nel mondo esterno.

Oggi, la clinica psicoanalitica ci mette di fronte al fatto che molti silenzi non sono generati dalla rimozione o dalla negazione, ma corrispondono all'evidenza clinica diretta del vuoto mentale. Per questi pazienti "fare" implica una prova inconscia mediante la quale possono dimostrare di non essere morti. Molti tentativi di suicidio sono generati dalla necessità di rendere visibile la morte senza testimoni.

6 *Ambiguità e deposito* sono due nozioni fondamentali di Bleger. Il deposito nel mondo esterno di un nucleo di indifferenziazione primitiva attraverso il vincolo simbiotico riguarda il problema della realtà psichica soggettiva e della sua inevitabile dipendenza da un depositario nella realtà esterna (persone, istituzioni, ecc.). Si deposita un nucleo ambiguo e l'ambiguità diventa la sua espressione clinica. Per Bleger la premessa di fondo è che il nucleo ambiguo non può essere sostenuto dal soggetto stesso; il suo deposito gli procura una complementarietà necessaria e inevitabile, che permette sicurezza e appartenenza. Si stabilisce un clima affettivo che permette una familiarità con il contesto dove il soggetto deposita angosce e incertezze insormontabili.

7 Penso che non dobbiamo dimenticare che nella regressione alla ambiguità in quanto difesa primitiva, il piacere raggiunto non è altro che il "piacere del riposo": la profonda ricerca di un nuovo vincolo simbiotico e primario di sicurezza, di una qualsiasi sicurezza o certezza e, pertanto, di un adattamento a qualsiasi cosa, a qualsiasi realtà.

8 Per Bleger indica una condizione che viene sia dall'esterno, sia dall'interno del soggetto che la vive. Segnala la sensazione sgradevole che può provare sia il paziente sia il terapeuta e dove è fondamentale nel processo terapeutico chi opprime chi? Indica la mobilitazione del nucleo agglutinato.

Ciò implica valutare con molta attenzione la loro tendenza a un agito costante e indiscriminato attraverso il quale riescono a immobilizzare la parte scissa della loro personalità. La loro analisi richiede un'attenzione speciale, poiché questa difesa evita il terrore, non l'ansia (segnale). Da qui l'importanza di tenere presente che queste personalità portano al centro del loro inconscio una invisibile disperazione.

Gli agiti, nati da questa parte della personalità scissa, richiedono all'analista un diverso livello di comprensione. Questi pazienti non si mettono in crisi rendendo cosciente l'inconscio, ma mostrando loro questa parte, collocandola in ambito individuale, di gruppo o istituzionale. Il problema centrale di questi pazienti non si trova nei loro contenuti mentali (desideri, fantasie inconse), ma nella qualità del depositario (Bleger)⁹.

I vincoli simbiotici con persone e istituzioni costituiscono la caratteristica principale di questi pazienti. Qualsiasi crepa nei loro vincoli, porta alla comparsa di un'esperienza di terrore, spesso impercettibile perché viene automaticamente annullata da una vasta gamma di difese: condizioni psicosomatiche di diversa natura; sessualità perversa; tossicodipendenza; rafforzamento del falso Sé in comportamenti iperattivi che possono essere confusi con crisi maniacali; strutture borderline in cui la confusione è stabilizzata; atteggiamenti e strutturazione difensiva delle psicopatie; tentativi di suicidio consci o inconsci. La loro morfologia fattuale comprende una vasta gamma di fatti che spesso rimangono nascosti alla visione della stessa dinamica del transfert.

A volte le associazioni controtransferali e persino i sogni dell'analista, che emergono spontaneamente e inspiegabilmente, possono essere l'unico elemento che rivela questa potenzialità fattica¹⁰. Ogni volta che queste persone cercano di **discriminare il loro legame simbiotico** con l'ambiente circostante, che comprende i loro genitori, la loro famiglia, la loro cultura e le istituzioni del loro ambiente sociale, il loro processo iniziale viene interrotto a causa dell'improvvisa comparsa dell'esperienza di insostenibile destrutturazione (terrore senza nome). Le molteplici strutture psicopatologiche che si configurano nei vari periodi dello sviluppo, tentano di evitare questo ostacolo. Queste figure psicopatologiche non costituiscono la malattia stessa, ma un modo per curare la malattia (Searles, Bleger, Winnicott).

9 Il terapeuta non deve concentrare la sua attenzione solo sull'analisi del paziente, ma deve osservare costantemente *quello che il paziente fa con lui*, per mantenere il clivaggio tra ciò che viene depositato e il depositario. L'obiettivo è di uscire dal vincolo simbiotico.

10 Bleger tenta di caratterizzare l'io fattico per le sue qualità positive, considerandola un'altra organizzazione dell'io e della realtà, che non deve necessariamente essere considerata patologica, ma come una varietà o tipologia della personalità. Nelle personalità fattiche non vi è interiorità. *Sono le azioni che fanno*. Quando parlano, parlano di eventi, cose, persone, attività. E' il loro modo di parlare di se stessi ed è tutto ciò che sono.

ε) Un'ultimo punto riguarda il lavoro delle équipe intorno al **concetto di contenimento**, i malintesi¹¹, le resistenze, le idealizzazioni, le cosificazioni che si sono attraversate nell'apprendimento gruppale e nell'utilizzo con i pazienti. Ossia l'idea dell'operatore o équipe come contenitore o la creazione di un contenitore per i contenuti (agiti, violenze, deliri) dei pazienti. Il contenitore per un lungo periodo ha oscillato tra un comportamento stereotipato che dice sempre di no e mette continuamente dei limiti, a una visione di sopportazione passiva delle aggressività dei pazienti. Emergeva una paura, a volte terrore, di sbagliare con i pazienti e suscitare la loro violenza. Piano piano sono entrati in un'idea meno persecutoria della relazione, hanno cominciato a percepire come propri sensazioni, affetti, pensieri che possono servire a illuminare aspetti della situazione. La collaborazione, la fiducia, la caduta del giudizio aprono a nuove prospettive rispetto al contenimento.

Il contenimento diventa la capacità di poter cominciare a pensare, immaginare quello che il paziente non è ancora in grado di fare. Incominciare a sognare i pazienti, i loro agiti, i loro deliri, la loro violenza. Solo questo momento apre la possibilità che il paziente possa cominciare a fidarsi, ad ascoltare la voce degli operatori.

Diceva Bion a proposito: “Non penso che un paziente di questo tipo accetterà mai un'interpretazione, non importa quanto corretta, a meno di non aver sentito che l'analista è passato attraverso questa crisi emotiva come parte essenziale dell'altro di dare l'interpretazione.”

Forse ci sono possibilità di ripensare il contenimento.

Bibliografia

- Bleger J., Simbiosi e ambiguità, Laetana, Loreto, 1992
Bion W. R. , apprendere dall'esperienza, Armando, Roma, 1972
Fischetti R., Glossario blegeriano, Armando Roma 2014
Searles H., Il paziente borderline, Bollati Boringhieri, Torino 1988
Searles H., Il controtransfert, Bollati Boringhieri, Torino, 1994
Winnicott D., Esplorazioni psicoanalitiche, Raffaello Cortina, Milano, 1995

11 Quando c'è violenza traumatica, sia nella famiglia sia nelle équipe e nella società, il *malinteso* diventa quasi obbligatorio, in quanto la “difesa attraverso l'ambiguità” rappresenta, per tutto il gruppo di appartenenza. Un'incapacità di percezione e di giudizio, “una confusione delle lingue” che impedisce di chiarire i propri dubbi e di allarmarsi in tempo.