Sistema Salute, 63, 1 2019: pp. 70-85 ISSN 2280-0166

Sinergie tra Servizi e gestione di situazioni borderline. Uno studio di caso

Synergies between services and management of borderline situations. A case study

Antonella Buffo

Operatore SerT Perugia, Sociologa, Psicologa Psicoterapeuta

Parole chiave: paziente borderline, complessità, supervisione

RIASSUNTO

Obiettivi: il lavoro si propone di descrivere ed esplorare l'impatto di un caso clinico sui Servizi. La premessa è che i pazienti con una personalità borderline manifestano sintomi e comportamenti multiformi e variabili nel tempo. I meccanismi primitivi di difesa che li caratterizzano (idealizzazione e svalutazione, scissione, identificazione proiettiva, passaggi all'acting-out) impegnano i Servizi a cui fanno riferimento, con il rischio che, da una parte, possano trovare terreno fertile proprio nel tipo di organizzazione di questi ultimi e, dall'altra, rischiano di mettere in seria crisi il tipo di organizzazione medesima.

Metodi: attraverso la narrazione della storia clinica, dei vari eventi e degli innumerevoli interventi si vuole analizzare il passaggio da un pensiero "dissociato e frammentato" ad un pensiero riflessivo del gruppo di lavoro. Tutto ciò è stato possibile attraverso la supervisione. Una modalità di questo tipo permette di offrire argini di contenimento all'angoscia del paziente ma anche evitare l'adesione a rigidi protocolli tecnici. L'introduzione di elementi teorici, interpretativi e tecnici consentono di ampliare e arricchire la valutazione di ciò che avviene offrendo interventi e supporti più consoni che non rispondono alla logica del qui ed ora.

Risultati: occorrono modificazioni strutturali nel rapporto tra i Servizi che rendano possibile il lavoro di gruppi multidisciplinari degli operatori in un processo di progressiva umanizzazione e familiarizzazione con il mondo interno e i suoi percorsi più inquietanti e complessi. Ciò può essere messo in atto con l'utilizzazione e la valorizzazione delle competenze professionali che sono presenti nelle diverse equipe: solo una visione condivisa e profonda della sofferenza del paziente può sostenere una crescita volta ad una maggiore integrazione anche delle risorse oggettive.

Autore per corrispondenza: antonella.buffo@virgilio.it

Keywords: borderline patient, complexity, supervision

SUMMARY
Objectives: the work aims to describe and explore through a case study and its impact on the Services. The preamble is that patients with a borderline personality shows symptoms and behaviors that change and change over time. The primitive defense mechanisms that characterize them (idealization and devaluation, splitting, projective identification, transitions to acting-out engages the services to which they refer and can often find fertile ground in the latter.
Methods: through the narration of the clinical history, of the various events and of the countless interventions we want to analyze, the passage from a "dissociated and fragmented" thought to a reflexive one. All this has been possible through supervision. Such a modality allows us to offer containment dams to the patient's anguish but also to avoid adherence to rigid technical protocols. The introduction of theoretical, interpretative and technical elements allows to widen and enrich the evaluation of what happens by offering more appropriate interventions and supports that do not respond to the logic of here and now.
Results: structural changes are needed in the relationship between the Services to make possible the work of multidisciplinary teams of operators in a process of progressive humanization and familiarization with the internal world and its most disturbing and complex paths. This can be done through the use and enhancement of professional skills that are presented in the different teams: only a shared and deep vision of the suffering of the patient can support a growth aimed at greater integration of objective resources.

Il presente testo analizza un caso clinico, iniziato nel 2014 e ancora aperto presso il Ser.T. di Perugia, particolarmente complesso. La complessità è data dalla storia dei personaggi coinvolti, dal numero dei Servizi interpellati, dalle vicende avvenute. Raccontare un percorso clinico dipende dal punto di vista del narratore, dalla posizione che egli occupa. Da dove cominciare allora? Cosa dà inizio alla vicenda? Chiamerò la protagonista Maria Giulia. Ma innanzi tutto, di che storia si tratta? Di una donna? Di una tossicodipendente? Del suo compagno e dei loro figli? Dei servizi e/o delle organizzazioni intervenuti? La storia, nella sua complessità, non può essere schiacciata su nessun individuo singolo, su nessun aspetto particolare: è storia di sostanze stupefacenti, di figli minori, di una relazione coniugale alterata, di violenza domestica perpetrata da un marito violento ma anche di servizi e organizzazioni. Prima di iniziare il racconto mi sembra importante indicare i vari protagonisti di questa storia da una parte i fruitori o richiedenti servizi e dall'altra parte tanti Servizi che hanno erogato tante prestazioni.
I personaggi di questa storia: lei, Marco, Marzia, Cesare. Poi la madre, la suocera, la sorella di Maria Giulia, l'amica Daniela. Ai personaggi sono corrisposti molti Servizi: il Ser.T., l'Ufficio di Cittadinanza, il Centro Salute Mentale, il Tribunale dei Minori, le Comunità per tossicodipendenti "San Martino" e Ceis di Spoleto, la Comunità per minori "la Caravella", il Servizio di Neuropsicologia infantile.
La storia comincia al Ser.T. diversi anni fa…

1. Il Ser.T.

Nel 1996 Maria Giulia si rivolge per la prima volta al Ser.T. perché dipendente da eroina. Ha 20 anni. Riprendo, oggi, la sua cartella clinica: ci sono fogli ingialliti, è registrata la terapia metadonica e poche altre informazioni. Un foglio ci dice che ha iniziato a usare cannabinoidi a 15 anni ed eroina a 18. Maria Giulia ricorda quei tempi come anni febbrili, segnati dalla sua incapacità di stare in casa, dal rapporto conflittuale con la madre. Rimane poco al Ser.T. perché, insieme a Stefano, parte per l'India, dove rimane quattro anni. Poi conosce Marco, anche lui tossicodipendente da eroina. Insieme si rivolgono al Ser.T. per la terapia farmacologica. Ho un ricordo vago: Maria Giulia è bella, di una bellezza particolare. Si presenta bene, è curata, eccentrica ed estrosa nel vestire. Non ha l'aspetto di una tossicodipendente, rimanda l'immagine di una persona efficiente. Ed è immancabilmente accompagnata da Marco: sembra una coppia affiatata. Il ricordo sfuma, cambiano Ser. T. Rimane il ricordo di altri colleghi, che li descrivono come una coppia imprendibile e sfuggente. Quando sanno di aspettare la prima figlia, decidono di sposarsi, smettono con l'eroina per più di 10 anni, utilizzano solo il metadone.

Negli anni dal 2001 al 2014 abbiamo poche notizie della coppia. Sappiamo che hanno due figli (la clinica di Ostetricia chiede una consulenza al Ser.T. riguardo alle indicazioni mediche per l'allattamento al seno). Qualcuno dei colleghi sa che hanno gestito un negozio di divise da lavoro. Attualmente, Maria Giulia ha 41 anni. È sposata da 16 anni con Marco. I due figli, Marzia e Cesare, hanno 16 e 14 anni.

Per i Servizi sociali di Territorio, la storia di Maria Giulia inizia l'8 dicembre 2014 con la collocazione, sua e dei figli, dopo l'intervento delle Forze dell'Ordine, presso il Centro di Pronta Accoglienza. Dopo tre giorni, sono trasferiti presso un Centro Antiviolenza. Il Centro chiede un incontro alla responsabile del Ser.T. per presentare una situazione per loro anomala. Hanno una donna, Maria Giulia, che assume la terapia farmacologica di metadone cloridrato e che ha denunciato il marito per violenze a lei e ai figli. Si concorda la modalità di somministrazione, la necessità di fare il monitoraggio urinario. L'aspetto fisico riflette lo stato di confusione in cui versa. È truccata, vestita bene, ma colpisce la sua postura: spalle curve e collo proteso in avanti, appare come ripiegata su sé stessa, rigida, sembra un automa. Mi colpisce lo sguardo fisso, che esprime paura e smarrimento. L'eloquio è veloce, ma si interrompe spesso, aggiungendo considerazioni apparentemente superflue. Forse si tratta di uno stato dissociativo. Il racconto di quella sera è confuso. C'è una frase che Maria Giulia pronuncia più volte: "ah, tornassi indietro!". Esprime i sensi di colpa per la denuncia fatta, oscillando tra la consapevolezza che non c'erano altre soluzioni possibili e l'angoscia per aver messo i figli in una situazione drammatica.

Maria Giulia e i due figli rimangono poco al Centro Antiviolenza: Marco viene arrestato e loro ritornano nella casa di residenza. Qui, però, al piano sottostante, vive la madre di Marco, che rende loro la vita impossibile, a cominciare dalla sospensione di tutte le

utenze di casa. I litigi sono all'ordine del giorno. Seguono mesi instabili, e i Servizi sociali cercano soluzioni. I conflitti con la suocera li costringe a trasferirsi dalla madre di Maria Giulia, in un altro quartiere. C'è sempre stato un rapporto difficile con la madre e Maria Giulia reggerà pochissimo la vita quotidiana con lei. Le soluzioni abitative diventano così sempre più precarie. I Servizi Sociali offrono piccoli contributi economici e l'affidamento extra famigliare diurno per i ragazzi. Nel novembre 2015, a seguito di segnalazioni al Tribunale dei Minori, viene chiesto un sostegno psicologico per i ragazzi. Viene individuato un percorso psicoterapico per Marzia, prima in un gruppo per adolescenti e poi in un percorso individuale. Cesare sarà inserito in un gruppo psico-pedagogico, ma lui rifiuta il rapporto con la psicoterapeuta. I ragazzi continuano ad andare a scuola, entrambi con profitto, ma rifiutano l'affidamento extra famigliare diurno. Entrambi sono preoccupati per la madre: Marzia ne parla con la psicoterapeuta, Cesare con le assistenti sociali. Maria Giulia sembra insofferente, vive ogni proposta come un attentato alla sua libertà.

2. Il romanzo famigliare

Il Ser.T. garantisce la continuità farmacologica e il monitoraggio urinario. Propone a Maria Giulia uno spazio di ascolto, che le permetta di raccontare i fatti e valutare un programma terapeutico. Occorre offrirle sostegno psicologico, poiché non potrà essere ospitata a lungo presso il Centro antiviolenza, dal momento che le problematiche relative alla dipendenza non sono compatibili con la struttura. Questo consente di formulare un programma più articolato.

Non vedevo Maria Giulia da anni: è sempre bella ed eccentrica, nonostante gli ultimi giorni siano stati per lei burrascosi. Chiede di scalare il metadone. Senza metadone non è tossicodipendente. Sottolineo che il metadone, dal punto di vista simbolico, è legato alla percezione dell'identità di tossicodipendenti. Garantirle uno spazio di ascolto sarà però l'obiettivo prioritario.

Gli eventi si succedono in modo vorticoso. Maria Giulia sembra trasformarsi. Anche dal suo aspetto emerge la precarietà che sta vivendo: mani callose e sporche, unghie spezzate, trucco pesante, vestiti macchiati o sgualciti. Nelle prime sedute parla della sera del litigio, dei figli, della suocera e di Marco. Parla di problemi economici poiché è senza lavoro. Il linguaggio è scarno ed essenziale, quasi monocorde. Sembra non avere consapevolezza di quello che le accade. Piano piano emerge una vita coniugale connotata da violenza fisica e psicologica: più volte è ricorsa al Pronto Soccorso per le percosse (diagnosi: rottura del timpano e del setto nasale). L'ira di Marco si scatenava per qualsiasi futile motivo. Descrive i figli come ragazzi pieni di capacità, con interessi fuori dal comune, che ha sempre sostenuto.

Poi tre quattro mesi di lunghe assenze dal Ser.T. Maria Giulia racconta di svolgere piccoli

lavori. Ha ripreso l'uso di cocaina ed eroina. Sembra non essere consapevole di ciò che vive: "il tentativo di sedare emozioni troppo forti per l'Io fragile di questi soggetti (rabbia, delusione, vergogna) può agire da spinta inarrestabile all'uso di sostanze" (1). Metto insieme strategie di brevissima durata. Con lei, si costruisce sulla sabbia: "il clinico ha spesso la sensazione di costruire sulle sabbie mobili. Ogni volta si ricomincia daccapo (…). Da questi attimi non scaturisce una storia. Ognuno di essi occlude una storia che non può essere raccontata. Qualunque cosa accada ne accadrà un'altra, e se si continua a inseguire gli eventi, concentrandosi sul presente, si potrà avere a che fare solo con un evento invece che con una storia o con una narrazione nella quale riconoscersi"(2).

3. Il progetto terapeutico

Il Ser.T. prova a formulare con Maria Giulia un programma terapeutico che garantisca, oltre alla terapia farmacologica, uno spazio fisico e psicologico perché lei si racconti la sua storia. Ripensando a quel periodo, mi sembrava facile garantirle lo spazio per riflettere. Con il tempo, mi sono resa conto di quanto tutto fosse per lei precario e inconsistente. Maria Giulia utilizza il Ser.T. in modo non costante. E l'uso, prima di eroina e poi di cocaina, fa il resto. Io sono in contatto con le assistenti sociali di territorio che formulano i programmi assistenziali. L'assistente domiciliare ci dice che la situazione dei ragazzi si sta sempre più degradando: fanno assenze da scuola, hanno ritmi stravolti, non sono curati nell'igiene. Spesso la notte vengono lasciati soli. Si profila la possibilità di un inserimento dei ragazzi in Comunità.

Eppure è in questa fase che Maria Giulia sembra dare parola al suo sentire. Oscilla tra sentimenti di colpa ("se tornassi indietro"), di impotenza e di onnipotenza, ma pensa anche di poter ritrovare – o forse trovare – sé stessa. L'obiettivo è costruire un'alleanza terapeutica che le permetta un contenimento della sua carica emotiva e, nello stesso tempo, la aiuti a non annullare il suo sentire nella frenesia delle cose che fa. Maria Giulia sembra "soggetta ad oscillare caoticamente tra diversi stati dell'Io, e non è ancora in grado di integrare questi aspetti differenti di Sé (…) oscilla, confusamente per sé e per gli altri, tra un attaccamento simbiotico e una separatezza ostile ed isolata. Entrambi gli stati sono isolanti: uno fa emergere lo spettro dell'inglobamento, l'altro dell'abbandono" (3).

Quando appare necessario l'inserimento dei figli in una struttura, la aiuto ad accettarlo: può essere un'opportunità per tutti. È lei che accompagna Marzia dalle assistenti sociali. A marzo 2016, i ragazzi sono inseriti in una Comunità di Perugia. Questo permetterà loro di frequentare la stessa scuola, gli stessi amici, lo stesso quartiere e mantenere costanti i rapporti con la madre. Nonostante ciò, la vita di Maria Giulia non sembra cambiare. Decido di essere più incisiva e le propongo un percorso comunitario, così che si possa fermare, nutrire e proteggersi dalle droghe. È maturo il tempo per offrirle un limite, darle le responsabilità che un contratto terapeutico comporta. Maria Giulia accetta, sente che

è l'unico modo per riprendersi i figli. Insisto che per fare ciò è necessario che lei riprenda sé stessa.

4. Le Comunità

Il 28 maggio 2016 entra al Ceis di Spoleto. Le viene stabilizzata la terapia metadonica e lo psichiatra della struttura le prescrive una psicofarmacologica. Emergono da subito le difficoltà di relazione con il gruppo delle altre ospiti, tutte donne. Dopo solo due mesi, il responsabile mi chiede di trovarle un'altra Comunità: per lui è necessario salvaguardare il gruppo. Per fortuna, pochi giorni dopo il Centro residenziale di San Martino dà la sua disponibilità e Maria Giulia entra nella nuova struttura a novembre 2016. Anche qui, mette in atto comportamenti "poco consoni alle regole della struttura … ha cercato rapporti preferenziali con alcuni utenti, creando invidie e gelosie tra loro, ha agito piccoli gesti autolesionistici, ha avuto momenti di crisi in cui si è mostrata fragile e debole" (relazione periodica redatta dal Centro San Martino). Sembra difficile raggiungere Maria Giulia, proprio per tutte le modalità trasgressive che mette in atto. Con la Comunità concordiamo di individuare un operatore di riferimento che le stia accanto: qualche giorno prima, andando a fare la spesa, aveva rubato una bottiglia di vodka e si era ubriacata. Maria Giulia condivide questa strategia protettiva, forse per evitare di essere nuovamente allontanata dalla struttura.

Ora la Comunità inizia a diventare terapeutica, cioè trasformativa: lei lavora con alacrità, partecipa alle attività del Centro, rispetta gli orari, partecipa utilmente ai colloqui individuali e alle riunioni di gruppo. Dagli incontri coi figli emerge "una madre affettuosa, empatica e sufficientemente capace di gestire le due ore da dedicare a loro" (relazione periodica redatta dal Centro San Martino). La mia collaborazione con la Comunità è costante. Ogni tre settimane ho verifiche e colloqui con lei e l'equipe: l'obiettivo condiviso è farle sentire la vicinanza degli operatori, farla sentire in una realtà concreta e condivisa. Come sottolinea Mc Williams, "tutto il lavoro relativo alle condizioni di trattamento è la terapia." (3).

Così, gradualmente, Maria Giulia è capace di prendere consapevolezza di sé, del vuoto che spesso l'attanaglia, delle sue paure, di non avere, come dice, "pezze d'appoggio". Riesce a farsi aiutare e guidare dall'equipe degli operatori, a costruire quella alleanza terapeutica necessaria per fare passi in avanti. Sempre nella relazione della comunità si legge: "in sintesi ha iniziato a fare il programma in modo serio". Di conseguenza, si inizia a immaginare un possibile sviluppo del suo percorso di autonomia. Un obiettivo condiviso tra Maria Giulia, la Comunità e me è individuare la rete di risorse interpersonali, che vengono trovate nella sorella e in un'amica. Si passa così, siamo a fine maggio 2017, ad una permanenza di tre mesi presso il Centro Diurno di Boneggio, nella direzione di "un programma d'inserimento graduale" nel territorio di appartenenza. Poi, improvvisamente,

avviene un episodio che destabilizza Maria Giulia e, per la verità, anche noi. Marco, che è informato dai figli del percorso di Maria Giulia, riesce a contattarla in Comunità e si incontra con lei, di notte, fuori dalla struttura. Vanno in un albergo alla periferia di Perugia, usano cocaina. Maria Giulia sembra ripiombare nel passato, ed è sconvolta. Tutti i suoi sintomi passati tornano prepotentemente.
Diventa evidente come sia necessario affrontare la relazione con Marco, che non è solo quella con un uomo violento, ma è anche un legame "disperato e disperante", sorretto, dal punto di vista psichico, da un patto segreto, che "rappresenta l'intreccio inconsapevole, su base affettiva, della scelta reciproca"(4). Maria Giulia rifiuta la proposta di trasferimento in un'altra Comunità, torna a Perugia e si stabilisce dalla madre.

5. L'album di famiglia

Maria Giulia, appena uscita dalla comunità, mi porta un grosso album di foto. Ci sono le foto dei figli, di quando erano piccoli, delle loro vacanze, dei campeggi, dei compleanni e di Carnevale. Sono belli, sorridenti e allegri. Ci sono le foto del matrimonio e le foto con il padre, qualche anno prima della morte. Ci sono i genitori di Marco con i bambini. Ci sono anche le foto dell'India. Nessuna della madre e della sorella. Tutte si fermano a una decina di anni fa. L'album rappresenta la possibilità di raccontare, di mettere insieme i vari pezzi. Mi sembra una richiesta: aiutami a ricostruire la mia storia. La foto su cui più si sofferma ritrae Marco con il figlio che gli dorme tra le braccia. L'album è ancora al Ser.T: talvolta lo riprendiamo insieme, si continua a ricostruire il filo rosso della sua storia.
Nel corso degli ultimi mesi, riesco a ricostruire la storia di Maria Giulia anche attraverso le visite domiciliari presso l'abitazione della madre. La sua famiglia è composta dalla madre, oggi 83enne; dal padre Gianluca, morto quattro anni fa all'età di 84 anni; dalla sorella, Maria Teresa, più grande di due anni. I genitori sono entrambi vedovi. La madre racconta che, durante il viaggio di nozze, il suo giovane primo marito si ammalò di tumore al pancreas e morì dopo pochi mesi. Anche la prima moglie del padre, un'ostetrica, muore di cancro. Povertà, bellezza, emancipazione, case, lutti e disciplina sono variabili che, nel racconto dell'anziana madre, trovano una composizione mitica. Secondo lei, solo grazie al suo sacrificio, al suo impegno, si è mantenuto l'equilibrio famigliare.
La signora è un fiume di parole. Tento di portare il discorso su Maria Giulia, sull'altra figlia, ma la signora è irremovibile. Narra la sua infanzia, le conquiste come operaia, il grande amore perso. Le figlie e il marito compiono solo malefatte: il marito era uno spendaccione, aveva trasformato la casa in un bordello, cambiava sempre lavoro. Maria Giulia ruba, come rubava lui. Provo a chiederle di Maria Teresa, ma mi dice solo che non le permette neppure di vedere i nipotini. Aggiunge una frase di Maria Teresa rivolta a lei: "io sotto il tuo regime non ci sto!". Osservo la casa: è piena di foto, delle figlie, del marito,

dei nipoti. Forse, tutto, per essere perfetto, deve essere immobile, non ci devono essere sbavature. Provo a immaginare Maria Giulia bambina, adolescente: probabilmente per lei non c'era spazio, tutto doveva avere l'ordine precostituito dalla madre.
Questa famiglia nasce dall'unione di due persone segnate dal lutto. La madre è ancorata ad un amore perduto, a una perdita insanabile che il nuovo marito non può colmare. Dal racconto emerge un'unione formalmente basata sul sostegno reciproco, ma saturo di rabbia, financo di disgusto per la vita coniugale. Quale intreccio, quale trama inconsapevole è nata da questi lutti? Assisto ad un attacco devastante al legame (5), in cui non c'è spazio per una riconciliazione, neppure simbolica.
Maria Giulia riporta con sofferenza l'abitudine continua della madre a parlare male del padre. Da lei emerge il bisogno di scappare, di uscire da una casa soffocante. Perciò occorre riflettere sul clima emotivo nella sua famiglia. La letteratura, da Mc Williams a Van der Kolk, a Correale, mette l'accento sulla teoria dell'attaccamento disorganizzato. Psico-diagnosticamente, Maria Giulia è stata definita borderline, "un termine ormai entrato nel lessico comune, a designare una condizione non soltanto clinica, ma umana ed esistenziale, un modo di essere e di vivere, uno stato sempre più diffuso e riconoscibile"(6). La trama delle relazioni famigliari può essere così pervasiva da rendere impensabile, per il paziente borderline, l'affrancarsi dall'eterna oscillazione tra "idealizzazione e disprezzo," "appartenenza e separazione." L'Io immaturo, infatti, caratteristico di questa tipologia di persone, vive costantemente in balia di un senso d'impotenza e di precarietà nel quale "il trauma antico può riattualizzarsi in qualsiasi momento, senza un'apparente spiegazione, facendolo ri-sprofondare fino alle radici stesse della vita", in una dimensione della quale sfugge il senso. Numerose linee di ricerca sulla trasmissione transgenerazionale dello psichico convergono nell'affermare che l'incapacità o l'impossibilità di elaborare l'esperienza traumatica dell'impotenza e della passività, ovvero "dell'essere in balia di qualcuno che può fare di te ciò che vuole," transita da una generazione all'altra, producendo tempestosità famigliare conclamata, ma anche semplicemente aree di omissione, ostruzione, invadenza, assenza di disponibilità, litigiosità frequente, assenza di contenimento. Rabbia e distruttività appaiono così l'unico modo per potersi difendere dalla riattivazione del trauma antico: "sono io ora che aggredisco te," per arginare, combattere la sensazione di vuoto perenne, "risultato di una fiducia sempre aleatoria e precaria che sfocia in una solitudine insopportabile" e nella paura dell'abbandono.

6. Il legame con Marco

Il racconto della storia sentimentale con Marco ha una connotazione ambivalente: da un lato, romanzo rosa, carico di buoni sentimenti; dall'altro, racconto di violenze fisiche e psicologiche. Aspetti che si alternano in modo ciclico. La storia tra Maria Giulia e Marco inizia nell'agosto del 2000. Lei ricorda il primo incontro come pieno di tenerezza. Il

racconto assume contorni mitici. Come sopra detto, quando sapranno di aspettare la prima figlia, decidono di sposarsi e smettono di usare eroina per più di 10 anni. Maria Giulia racconta il giorno del matrimonio: niente sembra allegro e vivo. Descrive sé stessa come una sposa triste: "non vedevo l'ora di uscire da casa mia". Per Marco, invece, è tutto più eccitante. Alle 7.30 è già vestito di tutto punto, gronda sudore per l'emozione. E poi, arriva con una Harley Davidson, con cui andranno via.
L'atmosfera cambia 6 anni dopo, quando Marco ha "un momento difficile": è chiuso in camera, non vuole nessuno, è depresso. Lei chiama il medico e Marco, appena il medico entra in camera, "gli butta addosso una lampada", rifiutando ogni forma di aiuto. Tutto sembra fermarsi. Maria Giulia racconta della necessità di tenere tutto sotto controllo: i bambini non devono far rumore, le uscite devono essere "cronometrate", ogni difficoltà pratica deve essere subito affrontata e risolta. Lei riusciva ad ottemperare a tutto, ma bastava poco perché Marco alzasse le mani, la scaraventasse contro il muro. Descrive l'angoscia che si viveva in casa. Era come sovrastata da emozioni che non riusciva a capire. Ricorda le abbuffate notturne e l'uso del metadone per coprire l'angoscia.
A questo proposito, Correale sostiene che "le esperienze traumatiche ripetute sono quelle relazioni allarmanti, imprevedibili, in cui l'aspetto di continuità è continuamente messo a rischio da un aspetto di interruzione, di rottura e di lacerazione in cui una mancanza di affidabilità introduce un elemento di allerta, di attenzione vigilante sempre eccessiva e di profonda instabilità". Proprio così si descrive Maria Giulia, sempre in allerta, sempre attenta. Devo capire cosa ha lasciato una traccia indelebile nel suo essere, cosa l'ha così segnata. Forse la dinamica tra appartenenza e separazione da "una casa, da un legame (…) che diviene rifugio-prigione, dalla quale è difficile allontanarsi e dove l'interazione si rifà a canovacci sempre più rigidi che portano tutti gli attori-membri a recitare copioni collusivi che bloccano i movimenti centrifughi dettati dalla necessità di essere autonomi ed elusivi, che ostacolano relazioni ed esperienze che non possono svilupparsi fisiologicamente all'interno della famiglia" (7).

7. Fermarsi per comprendere: la richiesta di supervisione

Una sensazione di caos mi ha sempre accompagnata in questa storia. Tutti gli operatori, me compresa, sembrano "trottole impazzite" nel tentativo di tamponare, almeno in una prima fase, le esperienze e le sofferenze di Maria Giulia. Caos e frammentazione: per tanto tempo, è stata questa la sensazione nel lavorare con lei. Come se l'emergenza continua non avesse permesso a nessuno di avere un tempo per comprendere, e a tutti è sempre parso impossibile superare l'individuo come minima unità significativa per entrare in una visione complessa e reale (8). Per me, ad un certo punto, è stato impellente il bisogno di riflettere, fermarmi e fare il punto.
Il paradigma della complessità di Morin ci dice che scopo della conoscenza è dialogare

con il mondo senza l'ambizione di scoprirne l'equazione dominatrice. Il disordine, cioè, non necessariamente è caos: bisogna però avere la capacità di cogliere la differenza tra i due concetti. Nella storia di Maria Giulia, significa provare a "mettere ordine" nel suo racconto, per trovare un senso nel passato e, possibilmente, nel presente. Perciò ho cercato di creare una comunicazione dentro tutto il gruppo di lavoro attraverso la supervisione di uno psicoterapeuta e gruppo-analista. Mi sono così accorta che eravamo in tanti a ruotare intorno a Maria Giulia e tutti, mi sembrava, con obiettivi diversi. La costituzione del gruppo aveva aperto uno spazio di comunicazione tra i servizi: ora la sfida diventava chiedersi come utilizzare questa opportunità.

Anch'io mi sentivo immersa in una girandola di richieste, interventi, eventi, di cose e parole slegate. Mi sentivo condizionata da un pensiero distruttivo, tutta concentrata a trovare un colpevole, da un lato, e una soluzione efficace e immediata, dall'altro. Così ho provato a spostare il vertice di osservazione sulla relazione parte-tutto: la supervisione costringeva i Servizi a cercare sinergie, convergenze. Un primo aspetto da sottolineare era l'assenza di un responsabile clinico: ogni istituzione sembrava lavorasse per proprio conto. Sentivo che non mancavano le risorse concrete: in effetti, erano stati messi in atto molti interventi. Ciò che mancava era un pensiero forte che fissasse gli obiettivi, che stesse alla base di un progetto complessivo. Probabilmente, alla base di tutto c'era l'idea di Maria Giulia come madre in grado di superare un momento così difficile: sarebbe bastato metterla in una situazione diversa. Invece, la sofferenza di Maria Giulia, i suoi auto-boicottaggi suggerivano altro. Ero sempre più convinta che fosse necessario un coordinamento, capace di produrre un pensiero più complesso, una visione più articolata. Nelle fasi successive, il gruppo di lavoro, utilizzando pregresse esperienze, ha messo in atto una modalità di lavoro su situazioni complesse utilizzando il metodo "dei gruppi sul caso". Per ogni persona in carico si aprono situazioni "caotiche", e si prova a lavorare con il caos. In concreto, significa creare una situazione in cui si mettono insieme tutte le voci che fanno parte di una storia. Lavorare con un solo elemento dentro una situazione complessa, quello che compete alla singola istituzione, semplificando così il caos, può risultare riduttivo e limitante. Grazie alla disponibilità di un supervisore, che ha svolto a titolo gratuito tale attività, è stata aperta "una situazione di caos", cioè "un gruppo sul caso", che ci permettesse di discutere, condividere le idee e mettere in connessione i vari programmi.

L'obiettivo, da me condiviso con la Comunità "La Tenda", era lavorare con Maria Giulia "cercando non di proporle modelli di "normalità" predefiniti a cui eventualmente adeguarsi, ma confidando nella possibilità di trovare un proprio percorso di sviluppo creativo e originale, acquisendo competenze per leggere, abitare i propri contesti e le proprie relazioni. In questi termini, l'ipotesi di sviluppo è che se una persona è in grado di costruire e di utilizzare competentemente le relazioni d'aiuto, può acquisire una più

generale capacità di costruire i legami, riappropriandosi della possibilità di avviarsi verso un autonomo processo di sviluppo" (dalla relazione periodica redatta dalla Comunità Terapeutica).
È stato così possibile organizzare tre riunioni di supervisione, alle quali erano presenti tutti i servizi coinvolti. Nei tre incontri si sono create dinamiche forse inevitabili, ma essere riusciti a farle confluire in un unico spazio le ha rese quanto meno visibili, trasformandole in possibili risorse. Gli operatori presenti condividevano la fatica del confronto: ognuno "porta frammenti dell'identità del paziente (o di altri protagonisti della storia), i quali creano una rappresentazione fisica del suo mondo interno e il supervisore esercita quella funzione di meta-pensiero (coscienza unificatrice) che a tutt'oggi appare come la funzione psichica carente nella persona con organizzazione borderline; alla fine della supervisione, ciascun terapeuta, implementato nella propria capacità di integrazione, e con i colleghi e con i temi del paziente, potrà andare avanti nella propria funzione con maggiore efficacia" (9).
Nella prima riunione erano presenti le due assistenti sociali e l'educatore dell'Ufficio di Cittadinanza; due operatori del servizio domiciliare; la responsabile e un operatore della Comunità per minori; la psicoterapeuta di Marzia e quella di Cesare; il tutore nominato dal Tribunale dei Minori; il Ser.T., da me rappresentato; due operatori referenti del programma della Comunità per tossicodipendenti di San Martino. Si è iniziato a tessere la storia complessa di Maria Giulia: raccontare quello che avevamo visto, vissuto, messo in campo era l'obiettivo che mi ero posta chiedendo a tutti di incontrarci. Un ulteriore, e necessario obiettivo, però, era condividere i successivi percorsi.
La costruzione di un progetto condiviso, più che la ripetizione di uno schema di lavoro, cosa che può essere garantita da elementi organizzativi, è simile a un macramè, come dice Fasolo, cioè ad una trama intrecciata che prende forma mentre si lavora. Il supervisore ha sottolineato che "lavorare con quel gruppo è stato lavorare e costruire nell'imprevedibilità. Accettare il caos vuol dire accettare questo. Che tipo di elementi rischiano di svilupparsi?". Da una parte, c'è la volontà di mettersi insieme, perché ciascuno è consapevole della necessità di condivisione; dall'altra, c'è un elemento, invece, disgregativo e di chiusura, del tipo "questo non mi compete" oppure del tipo "mi coordino solo con qualcuno per fare più agevolmente ciò che mi compete".
Riflettendo sull'esperienza fatta, un gruppo di lavoro si definisce come tale quando si mettono confini metodologici per costruirlo: "di frequente nell'esecuzione di un compito i membri del gruppo tendono ad eseguire il mandato organizzativo trascurando gli aspetti di pianificazione e di gestione delle relazioni tra i membri del gruppo e tra il gruppo e l'organizzazione; così nel lavoro di gruppo ciascuno svolge un incarico o affronta parallelamente e contemporaneamente un problema dal suo punto di vista e trova la "sua" soluzione. Il lavoro di gruppo si riduce, in tal modo, al tentativo di

far sì che gli altri approvino scelte operative individuali, anche se effettuate su quella che si presume essere la migliore soluzione; ma il significato del lavoro di gruppo sta, invece, nell'aspettativa di un prodotto sostanzialmente diverso da quello che ciascuno può produrre individualmente, soprattutto dal punto di vista qualitativo: ed è questa "diversità" che caratterizza l'esistenza di un gruppo di lavoro. La fase della "negoziazione", attraverso la quale viene ampliato il ventaglio delle possibilità immaginabili, rende possibile considerare oltre al proprio punto di vista (logica dell'"e") anche quello degli altri (logica dell'"o"). La fase della "condivisione" rappresenta il passaggio finale di questo processo, che permette al gruppo di concretizzare le decisioni prese e di raggiungere obiettivi e risultati considerandoli come propri. La presenza di un obiettivo condiviso, definito nei risultati, espresso in termini chiari, articolato nei compiti e valutabile contribuisce sia a consolidare la coesione e il senso di appartenenza al gruppo da parte dei membri, sia a definire in maniera chiara il rapporto con l'organizzazione" (10).
Risulta di fondamentale importanza la qualità dei rapporti che si stabiliscono, qualità che contribuisce a definire l'identità del gruppo, gli scopi comuni, le emozioni collettive, la cultura di gruppo. Il metodo è costituito dall'insieme dei principi, dei criteri e delle norme che orientano l'attività del gruppo; l'applicazione del metodo consente un miglior impiego delle risorse disponibili e determina una strutturazione efficace (10).
Per ogni incontro ho individuato una parola chiave. Per il primo, tenutosi a maggio, prima che Maria Giulia abbandonasse la Comunità, la parola che ho scelto è "conoscersi". C'era l'esigenza di dare spazio in modo equilibrato a tutti. All'inizio, il gruppo si è mosso permettendo a tutti di esprimersi, senza sovrapposizioni. Contemporaneamente, l'attenzione si è spostata sul chiedersi "chi siamo noi come gruppo". Le domande successive erano rivolte al lavoro che si stava facendo lì: "che dobbiamo fare? Come prendersi cura di una famiglia?". In questa fase era importante riflettere sulla propria conoscenza, fermarsi insomma rispetto a un frenetico fare. È emersa un'idea dominante e condivisa: Maria Giulia è una buona madre e i figli sono geniali, adeguati ma, al tempo stesso, portatori di grandi sofferenze. Cattivo è il padre, "che è un cavallo pazzo". Idea che accomunava tutti, tranne gli operatori che curavano gli incontri con il padre.
Il secondo incontro si è tenuto il 23 giugno. Maria Giulia, dopo aver trascorso una notte con Marco scappando dalla struttura, ha abbandonato la Comunità. Questo evento e le condizioni di Marco – precarie per un evidente uso di sostanze stupefacenti, secondo gli operatori domiciliari che curano i suoi incontri con i figli – connota il lavoro di gruppo. La parola chiave è "incertezza". Tutto sembra concentrarsi sulla fragilità di Maria Giulia e di Marco, e su come questa si rifletta sui figli. La sofferenza di questi ultimi è sempre più esplicitata e condivisa. Viene sottolineata la loro capacità di resilienza, che può indurre a lavorare sugli elementi di forza, portando a trascurare gli elementi di fragilità e negando la loro componente infantile. I ragazzi chiedono di uscire dall'incertezza: riguardo

i tempi (quanto tempo dobbiamo stare in Comunità? quando si troverà una famiglia affidataria?) e riguardo l'affidabilità degli adulti che si prendono cura di loro. Questo aspetto, non riuscire a dare tempi e risposte certe, scuote me e il gruppo: "corrisponde a sperimentare vette di angoscia spesso intollerabili o meglio incontenibili, dissociate dalla capacità di rappresentazione, che al tempo stesso risultano indispensabili per portare avanti il processo terapeutico; (…) invece di attivare meccanismi di difesa o rischiare il burn-out [il gruppo] trova nella supervisione un'occasione di elaborare questo magma emotivo, apparentemente incandescente e inavvicinabile" (10). Intanto, nel gruppo il livello di conflittualità si è innalzato. La rabbia che attraversa le interazioni degli operatori appare come una reazione contro-transferale alla rabbia di Marco e di Maria Giulia, così palesemente autolesiva, ma esprime anche la possibilità di fare un investimento emotivo nel lavoro di gruppo. Una sorta "di feconda specularità rispetto alla struttura intrapsichica del soggetto borderline, con agglomerati di narrazione frammentari, descrizioni fantasmatiche, forte emotività fluttuante" (11). Anche l'uscita dalla comunità terapeutica può essere dovuta a questi elementi trasformativi, probabilmente arrivati alla persona. In termini psicodinamici: la possibilità di cambiare spaventa e, quindi, diventa più rassicurante chi rappresenta il passato, anche se crea grande sofferenza.

Il terzo incontro si svolge il 13 ottobre. Erano assenti la psicoterapeuta di Marzia, gli operatori della comunità dei ragazzi e gli operatori della Comunità San Martino, per imprevisti lavorativi. La parola chiave che ho individuato è "mappa". L'incontro si apre condividendo la necessità di orientarsi. Per farlo, è necessario tenere a mente i vari pezzi di questa storia, ri-annodare i fili che si sono intrecciati e districarli. Come le mappe cartografiche, l'incontro deve produrre una visione d'insieme, deve ipotizzare strade e, contemporaneamente, valutare possibili alternative. I diversi operatori danno voce ai vissuti e alle sofferenze dei protagonisti, soprattutto a quelle di Marzia e di Cesare. I ragazzi vivono la situazione come una grande ingiustizia nei loro confronti. Soffrono per la situazione dei genitori – "loro [riferendosi ai genitori] sono in giro e noi qui" – ed esprimono rabbia verso il mondo degli adulti – gli operatori della comunità vengono additati come disattenti ai loro bisogni. A questo, contrappongono le loro risorse personali. Io racconto di Maria Giulia. Voglio focalizzare l'attenzione sugli aspetti evolutivamente positivi, anche se solo embrionali: la capacità di "fermarsi" durante i colloqui con me e, quindi, di fare esperienza del suo sentire; l'avvio di un percorso lavorativo/formativo, che potrebbe essere per lei un ulteriore elemento di concretezza. Sottolineo come possano essere tentativi di Maria Giulia di trovare dei "salvagenti" nel mare sempre agitato e insidioso della sua vita quotidiana. Mi sembra necessario far presente che Maria Giulia è sempre coinvolta con le sostanze, ma ora in modo più consapevole. Avverto però una certa riluttanza nel gruppo ad accogliere il mio punto di vista.

È l'ultimo incontro: il supervisore ci invita a valutare "non l'impossibile ma ciò che è

possibile". La mappa ci permette di orientarci e intorno a quel tavolo è possibile dare parola anche alle aspettative deluse dei Servizi. Ma lavorare insieme, lavorare come una "mente collettiva" che riflette e prende decisioni, permette di pensare il paziente, di collocarlo. Parlare di Maria Giulia significa riconnettere i suoi molti aspetti e dare unità alla sua famiglia. Condividiamo l'opportunità ormai improcrastinabile di individuare un responsabile di rete che, attraverso incontri costanti, abbia il polso della situazione e consenta di dare unità.

8. Riflessioni conclusive sul percorso ancora in atto

"Il cambiamento diventa possibile quando il soggetto si accorgerà che la droga in realtà non era un problema, ma una soluzione, un tappo per riempire la mancanza e curare le ferite". Maria Giulia sta continuando il suo percorso. Attualmente, e finalmente, viene in modo quasi regolare ai colloqui settimanali. Ha una nuova relazione affettiva, e convive con quest'uomo. Il Ser.T. ha attivato un percorso lavorativo con il Servizio Accompagnamento Lavoro (SAL) e, dopo i sei mesi di tirocinio, Maria Giulia è stata assunta con un contratto a tempo determinato.

Nei colloqui, è stato affrontato il legame tra lei e Marco, legame ambivalente, violento, distruttivo, drammatico e, paradossalmente, vissuto in alcuni momenti da Maria Giulia come l'unica base sicura. In effetti, anche la fuga insieme a Marco dalla comunità può essere letta come un tentativo di annullare l'angoscia di sempre, di cancellare, con un colpo di bacchetta magica, tutto quello che era accaduto. Maria Giulia mi dice: "potevamo tornare insieme e rimettere tutto a posto". Le faccio presente che difficilmente quella fuga poteva avere l'effetto desiderato. Così facendo, rinunciava, ancora una volta, a investire su di sé, a credere in sé. Mi dice anche che ora deve far di tutto per riprendersi i figli. Ma anche questa cosa, insisto, potrà avvenire solo se si prenderà in primo luogo cura di sé stessa.

Non mi mancano naturalmente i dubbi. Come è noto, l'esperienza clinica che ci mette in contatto con il disagio, ed in particolare con i disturbi di personalità, impone l'esigenza di costruire una riflessione "sui processi interni, che regolano il comportamento di ognuno di noi e le trasformazioni della dimensione collettiva che abitiamo" (12). Non v'è dubbio su quanto i disturbi borderline di personalità stiano mettendo attualmente in crisi molti modelli terapeutici. Questa tipologia di pazienti ci mette a confronto con la difficoltà di costruire un'alleanza terapeutica poggiata sulla motivazione legata alla percezione di un malessere. Il vuoto sembra essere percepito, da questi pazienti, come uno stato di normalità, colmabile soltanto con stimolazioni estreme, con condotte distruttive. Non ci troviamo di fronte a un quadro tipicamente psicotico, e Maria Giulia ne è la conferma. Ma è la costruzione di un legame stabile che sembra un ostacolo insuperabile, poiché la possibilità di un'autentica relazione appare sfumata, precaria ed impoverita: "se potessi tornare indietro!" Forse, anche per lei, la scarsa capacità di contenere le proprie emozioni,

di tollerare l'angoscia, è alla base della spinta verso azioni distruttive, come conseguenza sia di esperienze recenti particolarmente stressanti (la violenza di Marco; il peregrinare tra vari alloggi e varie comunità); sia di fattori interni che la inducono a proiettare una madre inefficace, assillante ed autoreferenziale sugli operatori con cui si rapporta. A quel punto non è più solo la paziente ad avere un ruolo patologico, ma è un intero sistema che partecipa alla rappresentazione di una scena, mettendo in atto il suo dramma interno.
Appare evidente che non è certo ipotizzabile trattare disturbi di personalità di questa entità esclusivamente con terapie farmacologiche, con psicoterapie in regime ambulatoriale o con brevi ricoveri senza un raccordo tra gli interventi. Il funzionamento limite, che si origina nel contesto famigliare o sociale caratterizzato da un'elevata emotività espressa, facilita, in quella stessa comunità, l'attivazione di scene dolorose, che tendono a ripetere i vissuti interni del paziente, intesi come simbolizzazioni affettive: "gli elementi, forgiati per mezzo dell'identificazione proiettiva, irromperanno nella realtà condivisa. Quando ciò avviene, la comunità, il più delle volte, non è in grado di comprendere e sospendere quel modello di relazione e, a sua volta, svilupperà meccanismi rivolti a proteggere il gruppo di appartenenza, che possono spingere il paziente alla stigmatizzazione, all'isolamento, al rinforzo degli aspetti patologici, fino a condotte auto ed etero distruttive, unici gesti possibili per percepirsi vivi e per manifestare un disperato bisogno di contenimento".
In una prima fase di questa storia clinica, abbiamo visto come la mancata attivazione tempestiva di pensiero riflessivo, che anticipasse le azioni rivolte all'adattamento e al benessere della paziente e dei suoi figli, abbia caratterizzato le azioni di Maria Giulia e degli operatori stessi dei Servizi. Ciò ha esposto all'impotenza. Al contrario, la possibilità di sedersi tutti attorno ad un tavolo ha reso possibile nel tempo un "pensiero di gruppo" che, pur evidenziando in una prima fase le diverse letture derivanti da impostazioni cliniche e modelli teorici eterogenei, ha poi cercato un linguaggio comune, che si è poi tradotto operativamente: "questi aspetti hanno imposto, a chi voleva continuare l'esperienza, un atteggiamento di ascolto, lo sforzo di comprendere i linguaggi teorici e le specificità delle varie impostazioni professionali, nel rispetto di ciascuna, ma nell'intento di arrivare a una visione d'insieme che potesse arricchire il quadro interpretativo" (13) di una situazione così complessa. Le sinergie che si sono create nel tempo hanno rappresentato un'opportunità di crescita professionale per tutti noi operatori, ma sono anche alla base della speranza per Maria Giulia di pensare che per lei e per i suoi figli sarà forse possibile scrivere un'altra storia.

Conclusioni

Al di là di questo mio lavoro, della disponibilità straordinaria di tutte le persone dei Servizi che si sono lasciate coinvolgere, il problema è: come trasformare questa straordinarietà, che dipende dalle persone, in ordinarietà, che dipende dall'organizzazione delle strutture,

in un metodo più o meno formalizzato?
Questa mia esperienza indica, forse, una direzione verso la risposta a questa domanda, facendo emergere che il nodo sembra essere: non solo tener vivo un modello culturale di condivisione, di costante tessitura della comunicazione delle diverse esperienze vissute con i pazienti, nei diversi percorsi di cura, ma è necessario affrontare il problema del modello organizzativo dei Servizi e lavorare su un modello che permetta la sinergia dei diversi ruoli e competenze.

BIBLIOGRAFIA

1. Damiani G, Triciarelli, P. Zane Tossicodipendenze e disturbi gravi di personalità. Un'ipotesi di trattamento psicoterapico. http://www.psychiatryonline.it/node/2324 .
2. Rossi Monti M. Psicopatologia e figure del presente. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2008.
3. Mc Williams N. Il caso clinico. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2002..
4. Scabini EV, Cigoli V. Il familiare. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2000.
5. Cigoli V. il familiare. Milano: Raffaello Cortina editore; 2002.
6. Barnà AC. Dal gruppo di supervisione a un modello di trattamento del paziente borderline. InBarnà C, Corlito G. (a cura di), Emergenze borderline. Istituzione, gruppo, comunità. Milano: Franco Angeli; 2011, p.33.
7. Bardicchia F. La famiglia del borderline. In: Barnà AC, Corlito G. (a cura di) Emergenze borderline. Istituzione, gruppo, comunità. Milano: Franco Angeli; 2011, p. 125.
8. Mancini E. Facciamo … i conti! Milano: Franco Angeli; 2016, p. 26.
9. Cerretini M. La supervisione al trattamento del disturbo borderline di personalità: operatori al tavolo di confronto: In: Barnà A, Corlito G (a cura di), Emergenze borderline, Milano: FrancoAngeli; 2011, p. 129.
10. Marinelli P, Medici T, Velotti P. La formazione alla relazione: un'esperienza in e attraverso il gruppo Roma: Edizioni Kappa; 2007.
11. Cerretini M. La supervisione al trattamento del disturbo borderline di personalità: operatori al tavolo di confronto. In: Barnà A, Corlito G. (a cura di) cit., p. 131.
12. Sammarco G P. La prospettiva psicoanalitica nei servizi territoriali. In: Barnà A, Corlito G. (a cura di) op cit., p.107.
13. Petruzziello MG. La mente e il gruppo: funzionamento e criticità del gruppo di supervisione al trattamento multidisciplinare del disturbo borderline di personalità. In: Barnà A, Corlito G (a cura di), cit., p. 150.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno