

Krista: una donna con più di trent'anni in un gruppo di pazienti borderline

Geoffrey Shaskan

Abstract

L'autore tratta diverse tematiche relative alla possibilità clinica di elaborazione del lutto nel paziente borderline e del suo trattamento all'interno del gruppo terapeutico.

Parole-chiave: paziente border, gruppo, co-terapia, lutto, cambiamento

Background storico. La Storia della Paziente

Krista è una donna di sessantadue anni, nata e cresciuta in Texas. E' la figlia più grande di un ricco uomo che si è fatto da sé nell'industria del petrolio; una madre casalinga, passiva. Attualmente ha due fratelli più giovani; uno, due anni più giovane e l'altro, cinque anni più giovane; inoltre ha due sorelle molto più giovani, una ha tredici anni meno di lei, mentre l'altra ha quindici anni di meno. Aveva un fratello più grande di due anni, che è morto in un tragico incidente mentre stava pilotando un piccolo aereo, nel 1976.

Inizialmente, Krista si è presentata con due problemi: la collera e la violenza fisica della madre, e aver visto la scena primaria: le cui conseguenze sono problemi sessuali con gli uomini. Comincerà la terapia solo dopo la morte della madre, la sua fuga da questo evento e la rottura del proprio matrimonio che durava da alcuni anni. Fuggirà in Europa ritorno negli Stati Uniti dove si stabilisce a San Francisco. Nel 1972, Krista riprende la terapia di gruppo dopo un'interruzione di alcuni anni. Aveva cominciato una terapia con il dott. Shaskan nel 1968, che ha abbandonato, e poi è ritornata nel 1972, dopo la morte del padre.

Il background del Co-Terapista

Nel 1972 ho fatto ritorno negli Stati Uniti dopo aver preso una laurea come operatore sociale professionale in Inghilterra. Ho cominciato un internato come co-terapista con mio padre, dott. Donald Shaskan che durò ventitre anni. Il dott. Shaskan, nel 1946, aveva co-fondato la psicoterapia di gruppo sulla costa occidentale degli Stati Uniti. Ha svolto la sua formazione in psicoanalisi di gruppo, nel 1937 a New York, con il dott. Paul Schilder prima della sua morte prematura. Nel 1985 ha co-scritto un libro sul dott. Schilder. Il dott. Shaskan conduceva tre gruppi di psicoterapia a settimana, e Krista frequentava tutti e tre. Questo era insolito, ma anche un altro membro frequentava due gruppi; e poi, per esempio, se cadeva una festività in uno dei giorni di un gruppo, quei pazienti potevano partecipare ad un altro gruppo, se volevano. Io ero co-terapista in due gruppi; il tempo e le circostanze mi impedivano di partecipare al terzo gruppo. I gruppi funzionavano praticamente cinquanta due

settimane all'anno, perché il dott. Shaskan ed io prendevamo le vacanze in periodi diversi.

Questa consuetudine di lavoro continuò fino al 1986, quando ho cominciato a frequentare le conferenze annuali dell'American Group Psychotherapy Association. Il dott. Shaskan è stato presidente di quest'organizzazione, ed era stato un membro attivo fino alla sua morte, nel 1995, avvenuta una settimana dopo l'ultima seduta di gruppo da lui co-condotta. E' passata un'altra settimana, prima che io cominciassi a condurre i due gruppi che precedentemente avevo co-condotto con il dott. Shaskan. Sono riuscito a convincere l'altro membro del terzo gruppo (di cui Krista era membro e che il dott. Shaskan aveva condotto da solo), a partecipare al primo gruppo; questo stesso gruppo, frutto della fusione tra gruppo 1 e gruppo 3 ha continuato ad esistere fino ad oggi con tre membri. Tutti i miei tentativi di immettere nuovi membri sono falliti, perché gli aspiranti membri sono sopraffatti dagli aspetti storici, il *genius loci* del gruppo. (Questo è un termine usato dal dott. Neri per descrivere "la rigidità dei confini del gruppo, e l'identità del gruppo, in particolare l'identità emotiva e affettiva" (p.52-53).

Background Teorico

Le caratteristiche del gruppo

“La vista del mare all'orizzonte era impedita da un banco di nubi nere, e la tranquilla via di mare che portava agli estremi confini della Terra scorreva sotto un cielo coperto – sembrava di portare dritto al cuore di un'immensa oscurità” (Conrad, 1902 paragrafo finale). Un gruppo può essere distruttivo o creativo. La descrizione precedente di Conrad e il concetto di Freud sull'orda primordiale descritto in Totem e Tabù sono esempi di aspetti distruttivi. Al contrario, “ nei gruppi dove si cura di più l'aspetto della crescita e dove si provoca di meno l'ansia, hanno dato ripetuta prova di trascendere le forze distruttive che hanno dentro di sé, e producono esiti buoni per la maggioranza dei pazienti che sono impegnati e ben-motivati” (Roberts, 1994, p.129). I gruppi possono essere dei contenitori, involucri, o campi in cui i pazienti possono fare dei depositi. (Per ulteriore approfondimento di questi concetti vedi Gruppo del dott. Neri, pagine 50,51, 60-64.) In particolare mi interessa il riassunto che fa della teoria di Bion, (p.64) “questi pazienti difatti, per mantenere una certa coerenza dentro di sé, hanno bisogno di essere nei pensieri dell'analista”. Nei gruppi c'è un'esperienza di appartenenza, la cui continuità dà un senso di completezza, un senso di protezione dagli avvenimenti esterni e un ambiente affettivo ed emotivo sicuro, (qui mi riferisco al background storico: i gruppi di Krista hanno questo senso di continuità e onnipresenza). Un altro aspetto dei gruppi che vorrei sottolineare è il modo in cui si determinano secondo la loro cultura. Viene in mente la difficoltà di inserire persone in gruppi che esistono già da tanto tempo.

Quando metto il concetto di cultura in relazione a Krista, mi viene in mente come lei, pur così remissiva e quieta, può innamorarsi di un grosso, aggressivo uomo, per altro

più vecchio di lei. Lei si mette in relazione con la storia del suo innamorato, persino si coinvolge col divorzio dei genitori di lui. Lui, da piccolo, è stato chiamato a testimoniare a una delle udienze del divorzio, e dopo, il padre ha buttato il suo preferito orsacchiotto dalla finestra di casa, un episodio che lui non aveva mai dimenticato. Krista continua a ripetere questa storia, anche dopo molto tempo che il suo innamorato è morto. Più tardi veniamo a sapere che anche lei ha testimoniato contro la propria madre durante un processo, il che ha prodotto delle conseguenze molto negative per lei.

Un altro esempio che riguarda la cultura del gruppo, viene dal terzo gruppo del dott. Shaskan. L'aria è pesante di morte, una paziente racconta di quando è stata accusata di uccidere la sorellina. Inizialmente, Krista si identifica con la sorellina uccisa, e lotta con questi aspetti di morte. Più tardi verremo a sapere, di nuovo, dei tanti aborti procurati e naturali che Krista ha avuto da giovane, prima di cominciare la terapia di gruppo.

Il dott. Neri (1998) sostiene: Uno degli aspetti primari della funzione terapeutica del pensiero di gruppo è la sua capacità a metabolizzare ansia e angoscia, che l'individuo forse non può elaborare da solo. Cioè il gruppo ha la capacità a liberare la mente dell'individuo dalle tensioni eccessive accumulate. (p.93) Inoltre, descrive come Searles (p.94) nel trattamento dei pazienti gravi ha teorizzato come il paziente con un io frammentato conta sull'ambiente esterno per sostenersi e re-integrare i diversi frammenti del suo io. Krista, certamente ha usato i tre gruppi che ha frequentato ogni settimana per farsi sostenere/contenere. Questo è evidente dal suo modo di riferirsi contemporaneamente a tutti e tre i gruppi, andando avanti e dietro per trattare le cose importanti per lei, per poter andare avanti. In particolare, va ripetendo spesso i commenti dei co-terapisti. Nel capitolo 16, Il Gruppo come Oggetto-Sé, il dott. Neri prosegue:

“Quando l'andamento dell'analisi si sviluppa in modo adeguato, il gruppo consente ai partecipanti un'esperienza di appartenenza, che è molto importante per la costruzione (o ricostruzione) del senso del Sé come persona che ha diritto a vivere e occupare uno spazio affettivo (p.121). Poi il dott. Neri mette le sue teorie in relazione alle teorie di Kohut, dove l'individuo si collega al gruppo come un soggetto parzialmente differenziato. Per esempio secondo la teoria di Kohut sull'oggetto-Sé gemellare o alter-egoico, Krista comincia ad accettare la sua identità come una persona umana e non un mostro, per quello che ha fatto nel passato. Messa in relazione all'oggetto-Sé ideale, Krista prende dal gruppo la forza di andare avanti. Krista chiede, “Come ho fatto a sopravvivere agli orrori della mia infanzia?” E così, con l'oggetto-Sé speculare, il gruppo “non riflette un'immagine esatta, ma un'immagine abbellita” (p.125).

Neri prosegue: “Il gruppo, quando è improntato all'amicalità, partecipa delle conquiste di ciascuno. Ognuno dei membri avverte che se uno dei partecipanti fa un passo avanti, tutto il gruppo va avanti. Questo, a sua volta, porta a sottolineare gli aspetti positivi e a partecipare dei successi” (p125). Non è questo che J.Robert voleva

dire all'inizio di questo capitolo? Quindi, le teorie sono pertinenti e attuali per i conduttori di gruppo. Nel suo scritto del 1994, Lonergan dice che le teorie sono importanti per tre motivi:

- 1) aiutano ad organizzare dati che altrimenti sarebbero schiacciati;
- 2) generano delle nuove idee per intervenire nel gruppo;
- 3) una teoria aumenta la fiducia in ciò che i terapeuti stanno facendo; i pazienti fiutano questo, e c'è un aumento dell'impegno nel processo terapeutico.

Lonergan, poi, cita un altro ricercatore di gruppo, il quale sostiene che i conduttori che hanno una forte capacità di dirigere e hanno un background teorico, non importa quale, ottengono risultati migliori.

Nel gruppo avviene una certa quantità di coesione. I membri del gruppo cominciano a capire l'empatia. Pines ha scritto in *Funzionegamma* che l'empatia è un'evoluzione con cui i terapeuti si devono sentire in sintonia ed andrebbe favorita e incoraggiata. Lui cita Bion (p.4): “Alla fine, il riguardo per la vita significa che una persona deve avere rispetto per se stessa nelle sue qualità come oggetto vivente. Mancanza di riguardo significa mancanza di rispetto per se stessi e per gli altri, ciò sarebbe una fondamentale e proporzionalmente grave conseguenza per l'analisi.” (2000) Poi Pines cita dal filosofo norvegese, Vetlessen: “Nell'empatia c'è sempre un 'tu' mai solamente un 'me'.” Sulla pagina dopo, Pines cita James Grotstein, che parlando del suo analista, Bion, riconosce che la realtà esterna è non empatica e non capace di contenere:

“Non dimenticherò mai un'interpretazione che Bion mi ha dato durante la mia analisi personale; comincio più o meno così: “Lei è la persona più importante che mai si incontrerà; quindi è di non poca importanza che lei vada d'accordo con questa importante persona” (p.8)

E' nell'interazione totale di gruppo, come sostenuto da Foulkes, che il paziente impara le nozioni di riguardo ed empatia, attraverso per esempio il rispecchiamento e la risonanza: E' attraverso tali processi che le persone arrivano a riconoscere la verità di loro stesse attraverso il lavoro con gli altri, attraverso l'essere viste, e vedendo le loro parti del sé negate, scisse e non desiderate negli altri; arrivano ad accettare la visione degli altri sugli aspetti più nascosti del sé, che vengono alla superficie nell'interazione della situazione di gruppo (p.9) Nell'esaminare questi processi di gruppo, ho posto l'attenzione su quei processi che ritengo più importanti nei gruppi e in particolare quelli presenti nella terapia di Krista. Tenendo in mente quanto scritto sopra, ora vorrei porre l'attenzione sulla diagnosi di Krista, e le sue caratteristiche individuali, e arrivare ad esporre il mio costrutto teorico su come la diagnosi, e quindi anche la sua personalità, cambia e progredisce.

Costrutti Teorici

Caratteristiche Individuali

All'inizio della terapia, la diagnosi di Krista è 'Disturbi Borderline di Personalità'. Il dott. Otto Kernberg (1996), nel suo scritto 'Understanding Therapeutic Action', descrive una persona come Krista così: "un paziente tranquillo, che dà l'impressione al terapeuta di essere relativamente affettivo, indeciso, non definito, e pseudo-remissivo" (p.52). In ulteriori descrizioni di pazienti affetti da 'disturbi borderline di personalità', il caso di Krista di nuovo è evidenziato nella descrizione fatta da Kernberg 'dell'identità diffusa', dove il paziente "mostra un'incapacità notevole di comunicare la realtà dei rapporti che ha con le persone che gli stanno più vicino, con le quali, conflitti, remissività, e/o ribellione sono più intensi"(p.53). Krista presenta la sua famiglia come quasi non esistente e non comunicativa. Per quanto riguarda la scissione, è terribilmente gelosa degli altri membri del gruppo; assegna il tempo a ciascuno, dicendo, "ora tocca a me; ora tocca a te.." Annuncia che persona meravigliosa è il dott. Shaskan (idealizzazione primaria), e che non può esistere senza di lui. Passano pochi minuti, e gli sta già facendo richieste esplicitamente sessuali, domandandogli del suo pene; sono delle istanze di svalutazione e proiezione primitiva. Altre volte, i co-terapisti mostrano fatica, sonnolenza e non sono pronti a capire, mentre Krista tenta di scindere la sua cattiveria attraverso l'identificazione proiettiva. Fra l'altro, si mette in relazione con me come se fossi suo fratello. Per ricapitolare il materiale: Krista nel 1972 si presenta come una donna tranquilla e remissiva; il fratello le ha ingiunto di continuare il suo lavoro, l'insegnamento, per poter prendere la pensione. L'immagine del suo corpo si presenta di estrema elasticità; riesce ad avvolgersi alla sedia in una sorta di posizione da feto seduto. Ha paura sia di ricevere delle critiche, sia della fusione; quindi è incapace di stabilire rapporti continuativi fuori dai gruppi, con uomini e donne. Schilder dice: "esistiamo in un gruppo dove gli altri e gli altri corpi hanno lo stesso significato fondamentale quanto noi stessi. 'Io e tu' presuppongono 'l'un l'altro'. 'Io e tu' siamo persone e abbiamo un corpo e un corpo-immagine" (Shaskan e Roller, 1985, p.229). Krista, nei primi tempi della terapia, non è capace di conservare un'immagine consistente del suo corpo. Il dott. Kernberg sostiene che al paziente borderline manca un'integrazione del Super-io. Nel caso di Krista, il mondo esterno/interno è persecutorio. Racconta di una collega insegnante che versa il sale nel caffè invece dello zucchero, e lei rimane paralizzata, incapace di protestare; si descrive come 'un animale impaurito che se ne va furtivamente'. Vive una vita di solitudine, sia al lavoro che a casa. Krista denuncia un aumento crescente di ansia alla fine dell'anno scolastico perché deve affrontare un'interruzione di quindici giorni prima di cominciare la scuola estiva.

La Teoria del Cambiamento

Ora presenterò la mia idea su come Krista, in un modo inconsueto, guarisce dal suo disturbo borderline muovendosi verso un disturbo di tipo nevrotico; incomincia a lavorare nell'area della risoluzione conflittuale. Continuando con i concetti teorici presentati prima, mi riferirò a un capitolo scritto da un'analista americano, il dott. Gerald Adler in 'Understanding Therapeutic Action'. Adler sostiene che i pazienti affetti da disturbi borderline di personalità, da un punto di vista psicodinamico hanno tre aree di difficoltà:

- 1) solitudine;
- 2) il dilemma bisogno-paura;
- 3) un senso di colpa primario (p.74).

La solitudine si riferisce all'incapacità di tenere un'immagine evocativa delle persone importanti quando si affronta la separazione. Questo è il risultato di un danno avvenuto nell'infanzia quando non sono stati forniti introietti consolanti e duraturi. Quindi, quando 'l'altro importante' sta per partire, o è percepito in partenza, il paziente è sopraffatto da tristezza e/o rabbia. Questa situazione porta alla regressione, in cui sensazioni di abbandono, solitudine, senso di vuoto, e persino il panico d'annientamento, pervadono il corpo e la mente. Il dilemma bisogno-paura si riferisce al bisogno d'intimità dei pazienti borderline. Però, nell'avvicinamento all'intimità, la questione dei limiti e la paura della fusione compaiono nella loro mente/corpo. Il paziente borderline ha paura della perdita del Sé e fugge da una potenziale situazione dove i limiti mancano. Possono, in questo dilemma, anche comparire stati psicotici transitori.

Infine, il senso di colpa è primario per via della sua qualità di 'tutto' o 'niente' e può essere facilmente proiettato; o il paziente si sente veramente cattivo, oppure pensa che è il terapeuta che lo guarda in maniera cattiva. La qualità del 'tutto' o 'niente' si riferisce alla loro capacità di scissione: dalla grandiosità alla cattiveria più totale, come esposto da Kernberg. Il dott. Adler scrive che per poter cambiare, il paziente deve elaborare un processo, e indica quattro fasi-chiave che consentono una crescita emotiva:

- 1) stabilire la sicurezza; 2) elaborare il lutto; 3) modificare il mondo interno del paziente attraverso l'interazione complessa delle esperienze nuove vissute con il terapeuta, e rivivere le vecchie esperienze; 4) la risoluzione conflittuale (p.76).

Il dott. Shaskan e altri, avevano già capito la questione della sicurezza, e hanno cominciato a scrivere nel 1958 di terapie risolte con pazienti borderline. Sapeva anche, come dice Adler, "che tutte le psicoterapie psicodinamiche includono aspetti significativi di elaborazione del lutto"(p.76). Comunque, il problema che i pazienti borderline si trovano ad affrontare, con tutti gli aspetti della solitudine, il dilemma bisogno-paura, e i sensi di colpa primaria (e punitiva), è la loro capacità molto limitata di sentire il lutto in una maniera consistente, in particolare agli inizi della

terapia. Il dott. Shaskan ha capito che il paziente borderline è fragile, e quando è confrontato con la tristezza a qualsiasi livello, c'è una regressione, dal sentimento di delusione e rabbia fino a sentire l'odio per sé. In diverse conversazioni private che ho avuto con il dott. Shaskan, abbiamo parlato della sua morte, e dicevamo come sarei rimasto io per continuare con questi particolari pazienti borderline. In una conversazione particolarmente intensa, gli dissi, "che ne sarà del mio personale lutto per la perdita di mio padre?" Lui mi replicò, "non mi preoccupo per te; ce la farai; invece per i pazienti, dovrai stare lì, ad aiutarli". Ed è con la morte del dott. Shaskan che Krista incomincia a risolvere la sua incapacità di sentire il lutto. Krista, dopo venticinque anni di terapia di gruppo, ha risolto le sue questioni di solitudine e ha sviluppato la capacità di sentirsi triste. Ha introiettato solidamente il dott. Shaskan, ed è stata in grado di rimanere "affettivamente collegata con il terapeuta... davanti all'ambivalenza corrente, l'oggetto di costanza libidica dev'essere riuscito" (p.76). Krista ha lasciato uno stato di solitudine per uno stato dove può sentirsi sola, e dove le manca il dott. Shaskan e lo desidererebbe; sono tutte manifestazioni d'oggetto di costanza libidica. Nello stesso tempo, il suo senso di colpa primario si è modificato, e vive la sua morte con rabbia, ma con un minimo di auto-punizione distruttiva: lei sviluppa una malattia psicosomatica poco dopo la sua morte.

In conclusione, Krista dopo essere stata capace di provare il lutto per la perdita del dott. Shaskan, sviluppa la capacità di provare il lutto per la propria vita e le sue tragedie. Incomincia ad esplorare le questioni descritte dal dott. Adler nella fase tre, cioè a rivivere le vecchie esperienze della sua vita. Affronta l'abuso sessuale subito dal padre e dallo zio, e incomincia un lungo lavoro di riparazione. Infine, Krista riesce a sostenere un rapporto a lungo termine con una figura maschile, e incomincia ad affrontare e risolvere i conflitti nella sua vita.

Bibliografia

Adler, Gerald and Kernberg, Otto. (1996) Edited by Lifson, Lawrence, *Understanding Therapeutic Action*. Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press, Inc.

Lonergan, Elaine Cooper. (1994) Edited by Bernard and MacKenzie, *Basics of Group Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Neri, Claudio. (1998). *Group*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.

Pines, M. (2000). *Bion, Foulkes, and Empathy*. [On-Line]. Available: <http://www.funzionegamma.edu/magazine>.

Roberts, J., Pines, M. Eds (1994). *The Practice of Group Analysis*. London: Tavistock/Routledge Press.

Shaskan, D.A., Roller, W. (1985). *Paul Schilder-Mind Explorer*. New York: Human Sciences Press.