

INTERVENTO COMUNITARIO E DISTURBI DI PERSONALITÀ

Maurizio Guarneri, Gaetano Pitti

Proverò a delineare alcuni aspetti che possono contribuire a definire un modello psicodinamico dell'intervento comunitario, a partire dalla scelta di alcuni «vertici» di osservazione e di analisi dei processi che lo caratterizzano.

Primo «vertice»: il gruppo

Scrive Kaës (1993): «Così veniamo al mondo, mediante il corpo e mediante il gruppo, e il mondo è corpo e gruppo. Che il corpo o il gruppo siano rifiutati, avviene al prezzo dell'abolizione dello spazio psichico. Per il soggetto umano, il gruppo è un oggetto narcisistico di fondo; è anche una struttura di inquadramento del soggetto» (*ibidem*).

Ciascuno di noi è inevitabilmente messo al mondo da più di un altro, è fin da subito soggetto di un gruppo, è – molto prima della sua stessa nascita – collocato nell'intreccio dei desideri e dei sogni, delle rimozioni e delle rinunce di un gruppo di soggetti, è posto nel tessuto dei loro discorsi, dei loro fantasmi, delle loro storie.

In questa prospettiva, l'ingresso nella comunità terapeutica si propone come un passaggio, un transito dal gruppo primario, dal quale il soggetto ha ricevuto la sua impronta inaugurale nel momento della sua venuta al mondo, al gruppo curante, ciascuno dei due gruppi con le proprie esigenze narcisistiche, con i propri nuclei identificatori, con le proprie costrizioni rimoventi.

«Il soggetto transita tra più gruppi [...] Attraverso la mediazione di questi gruppi sono trasmessi e modificati i riferimenti identificatori, gli enunciati mitici e ideologici, le leggende e le utopie, i meccanismi di difesa» (*ibidem*), in sostanza, le strutture antropologiche che fungono da organizzatori del funzionamento psichico individuale.

Tra il gruppo familiare e il gruppo curante, Correale (1998) colloca la necessità di un «lutto preliminare», perché il percorso di cura nel contesto comunitario possa realmente avviarsi: occorre, cioè, che il paziente compia una complessa operazione affettiva al momento di entrare per la prima volta nella comunità terapeutica, consistente nell'operare una drammatica cesura con la vita precedente.

La vita quotidiana cambierà, ma anche il contenuto spaziale, affettivo e temporale: al posto dei familiari il personale curante, al posto della casa, l'istituzione. Deve scattare inoltre un importante movimento affettivo di affidamento, una fiducia che chi si occuperà di noi sarà più adeguato ed efficiente di chi lo ha fatto finora. È necessario inoltre che la rappresentazione interna del proprio Sé si modifichi significativamente: il mio disturbo è così grave e devastante, che devo cambiare vita per poterlo affrontare. Non solo, ma il contesto familiare che mi ha fatto da supporto finora non è adeguato o sufficiente per le necessità che si profilano (*ibidem*).

Tuttavia, tale complessa operazione affettiva, ancorché qualificata da Correale come «preliminare», è assai spesso – in specie, nei giovani pazienti affetti da psicosi o da disturbo di personalità – anche un obiettivo da conseguire, il terreno stesso sul quale si svolgerà gran parte della cura.

La famiglia è un gruppo naturale, gerarchicamente organizzato, con una sua storia, suoi bisogni e finalità, con ruoli e funzioni peculiari dei vari membri, un gruppo tenuto insieme da vincoli e aspettative particolari. Si tratta assai spesso – come nel caso dei pazienti gravi che si incontrano nei contesti comunitari – di famiglie organizzate sostanzialmente come gruppi narcisistici, poco differenziati al loro interno, nei quali appaiono poco net-

ti i confini tra i vari membri, confuse le distinzioni generazionali e le differenze in termini di ruoli, tanto da suggerire a Racamier (1992) il termine di «amalgama», più che di gruppo, o a Bleger (1967) la nozione di «nucleo agglutinato». Si tratta spesso di gruppi familiari attestati su livelli primitivi di funzionamento psichico, con meccanismi di difesa poco evoluti e spesso condivisi, con relazioni oggettuali anch'esse primitive, con una netta prevalenza degli investimenti narcisistici e con la tendenza a funzionare come un unisono, ovvero a mettere in campo una sorta di gioco di squadra orientato a mantenere lo *status quo* e a evitare il cambiamento. Il fantasma dell'unisono indifferenziato è rivelatore di un assetto sostanzialmente antievolutivo di tali gruppi familiari che «Percepiscono ogni evoluzione, differenziazione, cambiamento come una minaccia di separazione e di perdita intollerabile [...] che evoca, per ciascuno, a differenti livelli di consapevolezza, la percezione dell'ineluttabilità della morte» (Pandolfi, 1997).

In questi gruppi familiari, inoltre, la capacità di pensare e la parola come principale tramite comunicativo, sono assai spesso ridotti e costantemente squalificati, nonché rispettivamente sostituiti dal ricorso a modalità di pensiero stereotipate e da un caotico e inarrestabile fluire di agiti verbali usati soprattutto per colpire l'altro.

Tuttavia, occorre pensare che le caratteristiche sopra illustrate fanno riferimento non solo alla famiglia «interna», quella fantasmaticizzata e appartenente al passato, che nelle riedizioni transferali manifesta continuamente la sua presenza, ma anche alla famiglia concreta, quella reale, che però è profondamente confusa con la prima, proprio perché nei pazienti gravi il mondo interno e fantasmatico non è affatto ben distinto dal mondo esterno. Conseguentemente, la presa in carico di tali soggetti nei contesti comunitari richiede un ampliamento del campo della cura, nel quale occorre includere il gruppo familiare così inteso, la famiglia interna ma anche la famiglia esterna, quella reale che «con i suoi processi interattivi e interpersonali, costituisce un contesto non confinabile con la sua forza eziopatogenetica nel passato; essa, infatti, mantiene e aggrava, nell'attualità e nella concretezza della vita quotidiana, le

condizioni di sofferenza e di disfunzionamento di tutti e di ciascuno» (*ibidem*).

Se le famiglie a funzionamento sano o paranevrotico sono in grado di favorire, nel loro percorso evolutivo, una progressiva differenziazione tra i vari membri, una graduale modificazione della natura degli investimenti, da prevalentemente narcisistici a più oggettuali, nonché il confronto con la dimensione del tempo e l'accettazione della necessità dei cambiamenti, tali processi evolutivi appaiono invece bloccati o «congelati» nei gruppi familiari patologici descritti, nei quali risulta impedita la «seconda nascita psichica» (Mahler, 1975), ovvero il graduale emergere del soggetto dalla matrice relazionale gruppale familiare.

È proprio in questo punto nodale, allorché ci si trovi in presenza di un percorso evolutivo bloccato che, con modalità paradossali, richiede di essere ripreso e sostenuto, che può trovare il suo spazio e il suo senso l'altro gruppo, quello curante, con le sue funzioni di supporto, contenimento e integrazione (Correale, 1999).

Tuttavia, nelle personalità organizzate in maniera frammentaria, la funzione terapeutica dell'équipe curante dovrà soprattutto consistere nel promuovere la trasformazione del funzionamento frammentario nel «gruppo come oggetto», ovvero nel favorire l'instaurarsi graduale di una «gruppalità interna» intesa come rappresentante unitario della frammentazione originaria e nel far nascere, per questa via, il «soggetto del gruppo» (Kaës, 1993), precursore e prototipo del «soggetto dell'inconscio» (Conrotto, 2000).

Come sostiene Conrotto, il meccanismo psichico implicato in questo tipo di trasformazione è rappresentato dalla «condensazione» che, nel nostro caso, dovrà consistere in un'attività orientata a istituire legami, nessi tra le parti scisse. È infatti questo, secondo Pietropolli Charmet (1998), lo specifico obiettivo dell'équipe curante, cioè quello di:

Ricostruire al proprio interno l'intensità delle scissioni e proiezioni del paziente [...] mettendo insieme i pezzi sparpagliati e proiettati del suo mondo interno, come nella ricostruzione di un mosaico [...] perché in nessun

altro luogo come [nella Comunità Terapeutica] [...] le mura, le suppellettili, le persone, ogni ambito relazionale grondano proiezioni ed è solo all'interno dell'équipe che possono essere ricostruiti il progetto, il senso, il vissuto profondo e quindi l'intenzione comunicativa segreta del paziente (*ibidem*).

Perché tutto ciò possa accadere, è tuttavia necessario spogliare sia il gruppo curante che il lavoro d'équipe del loro alone mitico, riconoscere nel gruppo curante un gruppo continuamente in crisi e nel lavoro d'équipe una condizione continuamente da costruire, piuttosto che aprioristicamente data. Occorre, cioè, che il gruppo curante si sforzi di riconoscere i propri momenti di disfunzione, perché possa accedere a momenti di buon funzionamento.

Secondo «vertice»: lo spazio della cura

L'ingresso in comunità terapeutica comporta un primo e inevitabile cambiamento: dopo aver abbandonato la propria famiglia, si abiterà uno spazio diverso e sconosciuto, transitoriamente ospiti di una nuova «casa». La comunità, in effetti, si offre proprio come una «casa in affitto», un luogo fatto di spazi concreti e mentali dei quali ciascun paziente potrà fruire al fine di riparare o di ricostruire la propria «casa interna», di consolidare e sviluppare il proprio apparato per pensare (Ferruta, 2004).

La comunità terapeutica rappresenta, infatti, sia simbolicamente che concretamente, uno spazio mentale abitato da umane presenze tra loro in relazione, allo scopo di mettere a disposizione un contenitore mentale in grado di accogliere e metabolizzare le emozioni più intense e i pensieri più dolorosi, in modo da renderli digeribili e utilizzabili da parte di un contenitore mentale deficitario, che dovrà – gradualmente – far propria, anche se solo in parte, questa funzione di contenimento-metabolizzazione-pensabilità. Solo quando processi di pensiero ed emozioni troveranno uno spazio ove prodursi, un palcoscenico ove essere rappresentati, potrà allora accadere – come sostiene Ferruta – che il pa-

ziente si trovi e si senta «a casa», ovvero «in possesso di qualche consistenza e capacità psichica interiorizzata, sentita come propria e capace di tenergli compagnia nella solitudine e di permettergli incontri con altri che non siano colonizzazioni o emigrazioni nel mondo mentale alieno» (*ibidem*). La comunità, dunque, come spazio mentale «Luogo nel quale fare esperienza di processi di separazione da legami familiari simbiotici e vincolari e insieme come luogo di ritrovamento e costruzione di nuclei di individualità e di tessitura di legami relazionali nuovi, sottratti alla pura ripetizione dei patterns patologizzanti» (*ibidem*).

Terzo «vertice»: il tempo della cura

Nella favola del *Lupo e dei sette capretti* – da Freud associata al sogno dell'*Uomo dei lupi* – mostrando la zampa bianca e infarinata e così spacciandosi per la mamma, il lupo riesce a divorare sei dei sette capretti. Si salva solo il più piccolo, nascosto nella cassa del pendolo. Possiamo affermare con Ferruta che «il rifugio in un contenitore che possiede la dimensione temporale consente [...] di sfuggire alla sorte di essere divorato da un'angoscia intollerabile» (*ibidem*).

Dunque, l'assunzione della dimensione temporale come dato irrinunciabile della cura, costituisce la comunità come una «casa con una cassa del pendolo», ovvero come un contenitore dotato della capacità di pensare il paziente come un soggetto impegnato in un percorso che si snoda nel tempo, piuttosto che come un caso clinico collocato in una fissa e angosciante sospensione atemporale.

D'altra parte, come la differenziazione conscio-inconscio rappresenta il frutto di un lavoro psichico e un progresso nello sviluppo di ciascuno, analogamente – in specie nei pazienti gravi – l'acquisizione della dialettica tra dimensione temporale della vita cosciente e dimensione atemporale della vita inconscia, costituisce un obiettivo difficile da conquistare.

Occorre, dunque, pensare al soggiorno in comunità come a un viaggio che il soggetto compie, non per acquisire abilità o

competenze da misurare, né per appesantire la propria sofferenza con ulteriori protesi o condizionamenti, ma piuttosto per fare «l'esperienza di una dimensione temporale che gli chiede di effettuare un lavoro psichico» (*ibidem*), un'esperienza che lo aiuti a sviluppare una maggiore capacità di contatto con la dimensione del tempo e che lo collochi nel flusso delle generazioni, nel flusso temporale della sua vita, con un passato, un presente in comunità terapeutica e un futuro fuori dalla comunità stessa.

Perché il tempo non finisca con l'appiattirsi su una dimensione solo spaziale e l'ingresso in comunità terapeutica non venga a consistere semplicemente in un passaggio da una struttura all'altra, occorre pertanto che il gruppo curante pensi al percorso terapeutico collocandolo nel tempo, ad esempio attraverso la formulazione di un progetto personalizzato da ridefinire più e più volte nel corso dell'esperienza, facendo attenzione ai minimi cambiamenti, agli «sviluppi».

Occorre, ancora, che il gruppo degli operatori – nell'ambito di una concezione psicodinamica del funzionamento mentale – sappia attendere e riconoscere «il tempo necessario perché qualcosa avvenga dentro il soggetto, [perché] si spostino equilibri tra forze, perché alcune istanze maturino, altre si indeboliscano e tramontino, altre ancora emergano alla luce» (*ibidem*).

Un aspetto cruciale del percorso comunitario, connesso alla questione del tempo, è poi rappresentato dalla scadenza del progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato, che segnala il limite temporale entro il quale la cura deve svolgersi. Esso, tuttavia, non va visto come un limite negativo (non più di questo tempo), ma rappresenta piuttosto una parte necessaria del processo della cura, se non una risorsa terapeutica da utilizzare: la predeterminazione del limite può, infatti, fungere da fattore attivante il contatto con le urgenze esistenziali di ciascuno.

Quarto «vertice»: il processo della cura

Secondo Caltagirone e Smargiassi (2003), la terapia di comunità, come ogni psicoterapia, è in effetti un processo, nell'am-

bito del quale – al di là dei diversi e infiniti percorsi personali dei residenti – è possibile riconoscere obiettivi terapeutici comuni, cui si correlano corrispondenti funzioni curanti:

- motivazione: programma d'inserimento;
- ambientamento: *setting* comunitario;
- regressione terapeutica: funzione materna;
- reintegrazione: attività terapeutico-riabilitative;
- reinserimento sociale: programma di verifica.

Il processo terapeutico e le relative funzioni curanti sono in effetti dei principi terapeutici comuni a ogni psicoterapia, qui applicati al contesto comunitario. Essi non si riferiscono ad alcun intervento terapeutico in particolare, come i colloqui individuali o di gruppo, ma alla comunità «come terapeuta», presa nel suo insieme, trattandosi appunto di una terapia «di» comunità piuttosto che «in» comunità.

Nell'ambito di tale processo di cura, che deve tener conto della gravità dei pazienti trattati, delle dinamiche gruppali operanti, della molteplicità delle interazioni e delle connesse regolazioni affettive, si assegna un'importanza cruciale – quale fattore terapeutico principale – ai processi integrativi. Essi, fondati sul ricorso costante al pensiero e alla memoria, mirano ad articolare tra loro i diversi momenti e i diversi livelli funzionali della vita istituzionale (livello clinico-riabilitativo, burocratico-organizzativo, simbolico-immaginario, ecc.), nel proposito di costruire e mantenere una sorta di «griglia a maglie larghe» (Campoli *et al.*, 1999) simile per certi versi al *setting* psicoanalitico. Tale dispositivo terapeutico, definendo confini spaziali, successione temporale degli eventi, trame delle regole istituzionali e delle responsabilità individuali, favorisce la possibilità di rilevare l'emergere del senso, di individuare e proteggere aspetti danneggiati del Sé nucleare dei pazienti, di distinguere processi mentali in via di maturazione da agiti puramente evacuativi. Solo per questa via, infatti, i comuni eventi quotidiani potranno costituire sempre nuove occasioni terapeutiche, piuttosto che proporsi come rinnovate esperienze delusive.

Nell'ambito del dispositivo terapeutico sopra accennato, una funzione significativa è quella svolta dalle cosiddette «re-

gole»: esse rinviano alla funzione paterna, in quanto depositaria della «Legge» nelle sue dimensioni immaginarie, simboliche e reali; si tratta di una Legge che non ha solo un carattere restrittivo, ma che svolge anche una funzione prescrittiva e, più ancora, «liberatoria dal peso dei fantasmi negativi che senza di essa sprofonderebbero nel rumore e nel furore. Essa svolge così una funzione di previsione, anticipatrice e dinamica del desiderio» (Olivero, 2007). In questa direzione, il gruppo curante coesivo può vicariare una funzione paterna deficitaria.

Infine, due concetti che contribuiscono a definire ulteriormente alcuni aspetti del processo della cura e che, secondo Hartmann (1989), rivestono grande importanza, soprattutto per il trattamento dei gravi disturbi di personalità, sono i concetti di «struttura» e di «confini».

Con la nozione di «struttura», Hartmann intende:

L'organizzazione della comunità, sia in senso astratto (principi ispiratori del trattamento, orari, accordi, regole) che in senso concreto (medici, membri del gruppo, aspetti logistici). La struttura è qualcosa di relativamente costante. Poiché è in una struttura che si rivela il comportamento di *acting-out* del paziente, quando il suo comportamento produce cambiamenti nel suo ambiente, questi possono dirci qualcosa di lui (*ibidem*).

Con il termine di «confini», egli fa invece riferimento alle risposte che, agli agiti del paziente, gli operatori mettono in campo: si tratta ovviamente di qualcosa di estremamente dinamico che, di volta in volta, andrà modulato e calibrato.

Il trattamento comunitario

Passerò adesso a illustrare brevemente, in modo comparativo, alcuni problemi posti dal trattamento di soggetti affetti da psicosi e di soggetti affetti da disturbi di personalità in ambito comunitario, facendo riferimento alle diverse sollecitazioni indotte nelle relazioni con gli operatori, alle differenti influenze esercitate nei confronti del clima emotivo interno e accennando, in ultimo, al-

le problematiche poste dalla presenza di un gruppo di residenti con patologia mista (Olivero, Paudice, 2004).

L'incontro in Comunità con soggetti affetti da psicosi

Appaiono assai spesso più indifesi, bisognosi di rifugio e di accudimento, sembrano portare in sé qualcosa di infantile e misterioso. Essi stessi talvolta sensibili e accudenti verso altri, tendono a sollecitare negli operatori relazioni di maggiore vicinanza, promuovendo un *controtransfert* che oscilla continuamente tra onnipotenza e impotenza. Tendono, inoltre, a privilegiare la comunicazione non verbale (Olivero, Paudice, 2004).

Nella relazione con questa tipologia di soggetti, la presenza è un fattore di notevole rassicurazione e riveste un valore fondamentale: l'operatore funge da «Io ausiliario», al fine di sostenere una sufficiente integrazione del Sé e un adeguato esame di realtà, oltre che di gestire le relazioni che, tendenzialmente, sono poche e alla giusta distanza.

Con i soggetti affetti da psicosi l'atmosfera in gruppo può essere pesante e cupa; spesso mancano le parole o si crea confusione, c'è poca logica.

Con i disturbi da psicosi lavorare in gruppo permette agli operatori di attenuare [...] il senso di solitudine. Il paziente con disturbo da psicosi spesso stabilisce un forte legame con un operatore ma rende difficile trovare le parole per condividere l'esperienza in gruppo. Il gruppo degli operatori può dirigere la riflessione verso argomenti o vissuti più facilmente condivisibili, aiutando il collega a uscire dalla solitudine. Il gruppo svolge un ruolo di «contenitore» del rapporto (*ibidem*).

L'incontro in comunità terapeutica con soggetti affetti da disturbi di personalità

Tali soggetti appaiono più impazienti e attivi, costantemente impegnati a minimizzare i loro disturbi e la loro sofferenza, ad

apparire «sani». Sono spesso più capaci di relazioni interpersonali, che appaiono, tuttavia, estremamente instabili e conflittuali. Trasgrediscono le regole, manifestando atteggiamenti ora seduttivi ora manipolatori nei confronti degli operatori, che sono spesso alle prese con vissuti controtransferali caratterizzati da coinvolgimento intenso e altrettante intense frustrazioni (Olivero, Paudice, 2004).

Nel lavoro d'équipe è fondamentale l'integrazione delle esperienze di idealizzazione e di svalutazione, al fine di promuovere nel soggetto una maggiore capacità di esplorazione dei propri vissuti, una maggiore capacità di pensare e di contenere la propria impulsività e, conseguentemente, un piano relazionale più maturo.

Occorre, inoltre, facilitare l'espressione verbale delle perturbazioni emotive, così da offrire una possibilità alternativa agli agiti.

Per poter realizzare il più possibile questi obiettivi la definizione del *setting* terapeutico è un elemento decisivo: la struttura pedagogica dell'intervento, la definizione dei confini e la costanza di ambiente rappresentano un sostegno per l'équipe, alla quale è richiesto di essere stabile e di avere fermezza senza per questo divenire punitiva, rigida e arrabbiata (*ibidem*).

Il gruppo di lavoro ha, in questo caso, la funzione di accogliere e contenere l'ampia gamma di emozioni e di turbolenze affettive espresse dai pazienti, riducendo l'ansia degli operatori.

Secondo Correale (2006), infine, la terapia di comunità, nei confronti dei soggetti con disturbi di personalità, deve orientarsi lungo due direttive: la prima è quella di creare un contesto relazionale sufficientemente stabile, prevedibile e affidabile (la cosiddetta «terapia di impregnazione»); l'altra consiste, infine, nel promuovere l'attivazione delle capacità riflessive del paziente sui propri *patterns* relazionali e nel favorire così lo sviluppo di una più adeguata capacità di giudizio.

Gruppo con patologia mista

Nella maggior parte dei contesti comunitari, si assiste attualmente – almeno nella nostra realtà territoriale – alla contemporanea presenza di entrambe le tipologie di soggetti sopra menzionate.

Ciò configura una condizione di relativa complessità nell'ambito della quale occorre attuare un'adeguata ponderazione delle modalità cliniche di intervento e una congrua modulazione funzionale degli assetti organizzativi interni.

Nel gruppo con patologia mista, infatti, la relazione tra residenti presenta, talvolta, una sorta di bilanciamento delle tonalità affettive ed emotive che riduce la concentrazione di sentimenti e angosce, permettendo un confronto e uno scambio molto ricco. I residenti affetti da psicosi sembrano spesso attenuare le dinamiche conflittuali indotte dai soggetti con disturbi di personalità, permettendo di creare un ambiente sostenibile. D'altra parte, l'estrema instabilità dei soggetti borderline talora induce notevole sofferenza nei soggetti affetti da psicosi, alla ricerca, spesso, di ambienti sicuri e stabili. Infatti, diversi sono i tempi e le emozioni che circolano nel rapporto, tra disturbo da psicosi e disturbo di personalità, come pure differenti sono l'espressione e la gestione dell'aggressività o, anche, il significato degli atti autolesivi. Inoltre, la molteplicità dei punti di vista e dei diversi modi di approccio alla sofferenza e alla convivenza a volte si scontra con i pericoli rappresentati dalla formazione di sottogruppi coesi per problemi, con grande potere di *leadership* nei confronti del resto del gruppo, o dalla focalizzazione dell'attenzione sui pazienti più disturbati (Olivero, Paudice, 2004).

In definitiva, nel gruppo con patologia mista, si pone la necessità di calibrare di volta in volta l'intervento in base alla situazione e all'interlocutore; ciò comporta senz'altro un maggiore dispendio di energie, richiedendo una maggiore elasticità e una minore rigidità da parte degli operatori, oltre che la presenza di un'équipe auspicabilmente dotata di un buon equilibrio emozionale, organizzativo e strategico.

Conclusioni

Un rabbino venne condotto a visitare l'Inferno: al centro di una stanza v'era una enorme tavola rotonda; le persone che vi erano sedute erano affamate e disperate. Al centro della tavola c'era un'enorme pentola piena di stufato, sufficiente per tutti. Il profumo era delizioso e al rabbino venne perfino l'acquolina in bocca. I commensali avevano a disposizione cucchiari con manici lunghissimi, con i quali era possibile raggiungere comodamente lo stufato, ma il manico del cucchiario era troppo lungo e nessuno riusciva a mettersi un boccone nella pancia. Il rabbino vide quanto fosse terribile la sofferenza dei commensali. Venne poi condotto a visitare il Paradiso: era una stanza esattamente uguale alla prima. C'era la stessa enorme tavola rotonda e lo stesso pentolone di stufato. I commensali, come i precedenti, avevano identici cucchiari dal lunghissimo manico, ma qui erano ben nutriti e paffuti, ridevano e parlavano. Dapprima il rabbino non capiva, poi gli venne detto: «È semplice vedi, hanno imparato a nutrirsi l'un l'altro» (Antica storia cassidica).

Il viaggio del rabbino sembra trasportarci in quelle atmosfere, a tratti caotiche e mortifere, a tratti armoniose e vitali, che non raramente attraversano la vita di una comunità terapeutica, spesso oscillante tra poli antitetivamente opposti: da una parte, un funzionamento gruppale ancorato a un assetto narcisistico ove l'insaziabile avidità si associa all'impossibilità di un nutrimento per la mente, generando caos e sofferenza; dall'altra, un funzionamento gruppale nel quale il determinarsi di una circolazione libidica degli affetti consente di ottenere nutrimento attraverso l'incontro con l'altro.

Eppure, l'antica storia cassidica sembra mancare di qualcosa. Si avverte, cioè, l'assenza di uno spazio intermedio, luogo elettivo dei processi evolutivi in via di maturazione, luogo nel quale più propriamente deve insediarsi la funzione di una comunità terapeutica.