

Gruppo: Omogeneità e differenze

Rivista on line annuale dedicata alle ricerche nel campo dei gruppi, con particolare riferimento al tema della composizione omogenea, o non, del gruppo terapeutico e allo studio dei diversi aspetti, di superficie o profondi, delle dimensioni della “omogeneità” e dei processi di differenziazione.

Comitato scientifico: P.Boccaro (Roma) G.Cantarella (Milano) L.Cappelli (Roma) P.Cruciani (Roma) Nadia Fina (Milano) Robi Friedman (Haifa) R.D.Hinshelwood (Londra) René Kaës (Lyon) Claudio Neri (Roma) Malcolm Pines (Londra) Janine Puget (Buenos Aires) Fulvio Tagliagambe (Milano) G.C.Zavattini (Roma)

Comitato di redazione: Valerio Galeffi, Lilli Romeo, Maurizio Salis

Direttore: Stefania Marinelli, Silvia Corbella

Web Master: Marco Dimastrogiacomo

Consulente per le immagini: Marco Tramonte

Seconda edizione, maggio 2016, a cura di ***Lilli Romeo Valerio Galeffi***

Autori: Francesco Comelli, Marilù Cucinotta, Giulio De Felice, Giuseppe De Vita, Robert D. Hinshelwood, Manfredo Lauro Grotto, Flavio Piergentili, Lilli Romeo, Giorgio Villa

Recensioni a cura di: Simona Faucitano, Stefania Marinelli

Indice

Presentazione

Valerio Galeffipag.3

Introduzione

Lilli Romeopag.4

La cura in Comunità funziona?

R.D. Hinshelwood.....pag.11

Is community care a success? (versione inglese nella sezione Testi in lingua originale in <http://www.argo-onlus.it/>)

Intersoggettività fra gruppi e ricerche nel setting: un'esperienza a gruppi concentrici a diverso gradiente terapeutico nell' esperienza di *Basti-Menti APS*.

Francesco Comelli.....pag.22

Il gruppo terapeutico e l'istituzione: relazioni reciproche e funzioni terapeutiche

Lilli Romeo.....pag.43

Il Gruppo Psicoanalitico come Sistema Umano Complesso Gruppo Analitico Istituzionale – Istituto C. F. di Sabaudia

Giulio De Felice, Giuseppe De Vita.....pag.61

Il Gruppo Multifamiliare tra *funzione migrante* ed apprendimento

Giorgio Villa.....pag.72

Matrice semiotica negativa: irrompere della catastrofe nella vita istituzionale e trasformazione gruppale

Manfredo Lauro Grotto.....pag.82

Terapeuticità dei gruppi psicoanalitici nelle istituzioni

Flavio Piergentili.....pag.93

“L'emozione gamma”: esperienza di un gruppo di famiglie

Marilù Cucinotta.....pag.102

Recensioni.....pag.108

Presentazione

di Valerio Galeffi

Nell'evoluzione del pensiero psicoanalitico, come è noto, il gruppo da sempre ha occupato un posto privilegiato. In questo modo la rivista «Gruppo: Omogeneità e differenze» propone, con la sua iniziativa, di sviluppare delle riflessioni e ricerche sui gruppi nell'ambito clinico estendendo tale cornice anche sul piano sociale. In una contemporaneità caratterizzata da disagi, conflitti e assenza di compromessi, le persone sembrano evidenziare una sorta di cortocircuito nell'area del pensiero e un'emotività compromessa a causa della distanza di un assetto rivolto alla gruppalità.

L'idea che questa realtà così complessa possa produrre delle patologie ha stimolato molte persone ad occuparsi di studi e ricerche sui gruppi, spesso nell'ambito istituzionale e non solo. Il risultato è di per sé stimolante poiché ci permette di ripensare a delle modalità che sono il risultato di una cultura che tende a privilegiare il soggetto e le dinamiche che ostacolano l'evoluzione dell'individuo, attraverso la dimensione vitale e naturale dello scambio gruppale.

Il contributo di ogni autore, pur con le specificità che differenziano i rispettivi modelli di ricerca e intervento clinico, rende reale l'impegno che ognuno ha dedicato ad un pensiero all'universo dell'uomo e alle difficoltà nell'unirsi, ad un desiderio interrotto nello stare insieme e nell'attivare le capacità di gestire le proprie risorse all'interno di un gruppo. È evidente che si ampliano allora i concetti di omogeneità, di gruppi omogenei, di assetti clinici e di ripensamenti su gruppi sociali.

Mi chiedo che lavoro potremmo svolgere senza un mezzo di scambio, senza uno stimolo che nasce nell'area della pensabilità e che ci permetta di proseguire con l'evoluzione delle ricerche in questo ambito.

Valerio Galeffi Psicologo Psicoterapeuta Psicoanalista di Gruppo (IIPG). Esperto in riabilitazione psichiatrica, psicologia di comunità e psicologia clinica. Supervisore presso diverse comunità terapeutiche che operano nel campo delle dipendenze. Psicoterapeuta ad orientamento analitico presso l'ABA (Associazione per lo studio e la ricerca su Anoressia, Bulimia e Disturbi Alimentari) di Milano e Roma. Responsabile dello studio associato di psicologia e psichiatria ABA di Roma.

Introduzione

di Lilli Romeo

Il secondo numero della nostra rivista si apre con il contributo di Robert D. Hinshelwood sull'efficacia e i limiti della cura in Comunità e, ancora, sui possibili effetti istituzionalizzanti dei servizi psichiatrici, tanto più insidiosi quanto più inconsciamente attivi. Il titolo del lavoro è *“La cura in Comunità funziona?”*

Attraverso un (ri-)esame e un'analisi critica delle conoscenze attuali sulle prassi terapeutiche esercitate in tali ambiti, l'autore propone nuovi, più complessi e trasformativi modelli di lettura psicoanalitica delle stesse, unitamente ad un moderno modello di intervento clinico e di ricerca che, riconoscendo la centralità della salute psichica non solo dei pazienti ma anche dello staff di cura, pone un focus attento sui vissuti emotivi del personale sanitario, sulle loro sofferenze cosce e inconse, oltre che sulle dinamiche inconse istituzionali.

L'interessante contributo costituisce, a mio avviso, un importante e necessario monito per tutti gli operatori della salute mentale ad un'adeguata e realistica valutazione di quelli che da sempre vengono riconosciuti come effetti positivi della cura del paziente psichiatrico, in particolare dei pazienti psichiatrici gravi, nelle Comunità ma che, paradossalmente, ne costituiscono in parte anche i limiti.

Hinshelwood fa notare il carattere parziale di tali benefici (pp. 12-13) e invita ad un utilizzo ottimale delle risorse dei servizi di cura riconoscendo ancora una volta nella supervisione lo strumento principe per l'individuazione dei processi, sani o patologici, che intervengono a livello dell'organizzazione così come di quelli che agiscono a livello individuale e gruppale.

L'autore sottolinea la necessità di istituire un approccio più idoneo ad una valutazione realistica delle diverse situazioni cliniche e psicopatologiche e maggiormente rispondente ai bisogni sia dei pazienti sia degli operatori; propone un modello di intervento volto all'individuazione dei processi psicodinamici e organizzativi istituzionali disfunzionali e problematici ma che sia soprattutto in grado di porre primaria attenzione ai curanti, alle loro sofferenze, alle discrasie tra le aspettative cosce e inconse in merito alle loro funzioni di cura, ai loro vissuti emotivi (demoralizzazione, sentimenti di impotenza e fallimento, ecc.), aspetti peraltro fondamentali poiché rischiano di interferire con la qualità del loro lavoro, o addirittura di compromettere la loro salute psichica.

Francesco Comelli, in *“Intersoggettività fra gruppi e ricerche nel setting: un'esperienza a gruppi concentrici a diverso gradiente terapeutico nell'esperienza di Basti-Menti APS”*, descrive le prassi di intervento di un innovativo progetto di cura, pensato e realizzato in collaborazione con la sua équipe milanese (psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, pedagogisti, filosofi),

con gli stessi pazienti e le loro famiglie, nella prospettiva del superamento dei limiti che le esperienze terapeutiche classiche presentano con i pazienti cosiddetti resistenti, pazienti spesso carenti o del tutto privi di capacità di simbolizzazione e domanda introspettiva.

L'ideazione di questa prassi di cura – solidamente ancorata ad un approfondita analisi teorico-clinica – è culminata nella creazione di un'associazione chiamata Basti-Menti, nel cui ambito sono attivi molteplici ed eterogenei spazi di cura a “diverso gradiente terapeutico” (p. 29).

L'associazione, infatti, sviluppa un modello di intervento multistrato che affianca ai percorsi terapeutici classici (psicoterapie individuali e/o di gruppo) la progettazione di spazi “extra-analitici” o “post-analitici” (p. 23) pensati ad hoc per ogni singolo paziente e, ove possibile, per la sua famiglia (gruppo di lettura del giornale, gruppo blog, gruppo teatro, gruppo scrittura, gruppo cucina, ecc.), il cui focus consiste nella valorizzazione delle capacità culturali, nella riscoperta dei talenti e nel riscatto identitario dei singoli, riconosciuti fattori di cura soprattutto per pazienti con disturbi di personalità e/o patologie di area psicotica ai quali il modello di intervento è specificamente rivolto. Ove il paziente non riesca a partecipare al gruppo, vengono realizzati progetti individualizzati, che prevedono ancora l'uso della cultura come elemento di cura.

In una realtà nella quale il sintomo individuale si propone sempre più come “epifenomeno” di disagi e patologie di gruppo complesse, carente inoltre di idonei spazi contenitivi di sofferenze spesso anche culturalmente forcluse (il dolore, l'inelaborabilità del lutto, le forti angosce separative), l'équipe ha messo a punto un approccio che si basa sull'efficacia di una terapia fra gruppi ai quali tutti, pazienti, famiglie, operatori, possono partecipare in varia misura e con possibili oscillazioni e alternanze tra la terapie individuale e quelle in gruppo, tra i piccoli gruppi a carattere culturale e il large group.

La metodologia utilizza, dunque, sia gli elementi e le risorse analitiche del soggetto sia quelle extra-analitiche, culturali appunto, valorizzando tuttavia le dinamiche gruppali quali elementi di cura di primaria importanza e validità. In questa “comunità” a più strati le singole soggettività svolgono all'interno della “stessa casa mentale” (p. 30) delle salutari funzioni Commuting, “ascensore” (idem), di passaggi di elementi fra piani diversi, favorendo così la più ampia elaborazione dei fenomeni di carattere distruttivo.

Con il mio contributo: *“Il gruppo terapeutico e l'istituzione: relazioni reciproche e funzioni terapeutiche”*, dopo una breve disamina delle più recenti analisi teorico-cliniche sulle funzioni strutturanti e terapeutiche delle istituzioni e dopo aver considerato l'inevitabile e reciproca influenza - anche sul piano del funzionamento psicodinamico - tra il gruppo e l'istituzione nella quale lo stesso è inserito, descrivo l'esperienza di conduzione, in ambito istituzionale appunto, di un gruppo terapeutico con pazienti affetti da grave disagio psichico.

Attraverso il resoconto di alcune sequenze cliniche, tento non solo una rappresentazione il più possibile puntuale del contesto nel quale il gruppo si incontrava e svolgeva il proprio lavoro, quanto e soprattutto dell'evolversi delle relazioni tra questi due campi emozionali e di pensiero, distinti ma, come dicevamo, inevitabilmente in interazione.

La scelta di utilizzare quale griglia interpretativa della realtà la raffigurazione della *relazione* ♀♂ proposta da Bion e la successiva elaborazione che della stessa ha offerto Robert D. Hinshelwood (p. 47) si è rivelata subito la più mirata ed idonea per la comprensione e valutazione delle modalità attraverso le quali gli appariti psichici, rispettivamente gruppale e istituzionale, si siano influenzati reciprocamente e abbiano orientato la vita e la storia del gruppo, i suoi processi evolutivi e trasformativi, così come quelli dei singoli pazienti.

I colleghi che leggeranno le riflessioni proposte credo potranno concordare con me nel riconoscere l'effetto di orientamento dell'evoluzione sia dei *contenitori* (♀) che dei *contenuti* (♂), dell'istituzione come del gruppo, di quest'ultimo come dei pazienti, in una scambievolezza dinamica e reciproca, sia in senso trasformativo/evolutivo che disorganizzante e frammentante.

Effetti questi ultimi che si fanno tanto più intensi quanto più l'interazione istituzione↔gruppo è diretta e rigida, i legami comunicativi tra i due vengono meno, per utilizzare le concettualizzazioni proposte da Hinshelwood, e nel campo prevalgono gli elementi più fragili e incandescenti delle personalità individuali e gruppali (p. 58). E' invece, come si potrà vedere, lo stabilirsi e il mantenimento, di una relazione "*flessibile*" tra i due, unitamente a più adeguati legami comunicativi, a facilitare la condivisione dell'esperienza e la possibile "crescita minuta", sempre nella concettualizzazione di Hinshelwood, di entrambi (♀ e ♂).

Fondamentale è in tal senso, a mio avviso, la funzione del terapeuta del gruppo e la sua capacità di mantenere un adeguato assetto interno, anche e soprattutto ove proliferino avvenimenti e processi perturbanti l'attività del gruppo di lavoro, per dirla in senso bioniano, al fine di favorire al meglio con la sua attività di pensiero, l'attivazione e il mantenimento delle funzioni γ gruppale e α individuali, unitamente ad un uso positivo, integrativo e trasformativo anche degli eventi potenzialmente più "catastrofici", sia per il gruppo sia per l'istituzione.

Giuseppe de Vita e Giulio de Felice in "*Il Gruppo Psicoanalitico come Sistema Umano Complesso Gruppo Analitico Istituzionale – Istituto C. F. di Sabaudia*" propongono l'idea, anche questa del tutto innovativa, del gruppo psicoanalitico come Sistema Umano Complesso, un sistema dotato di fattori interattivi e modalità di funzionamento variabili che trascendono l'apporto dei singoli individui. La complessità riguarda infatti l'individuo, con le sue molteplici funzioni (biologica, fisiologica, psicologica), così come il gruppo, l'istituzione, il mondo; la comprensione della complessità e dei sistemi complessi può essere facilitata dall'uso sinergico e sincrono di linguaggi e modelli scientifici altrettanto complessi ma diversi tra loro. Dunque la

complessità incontra altra complessità, creando turbolenze emotive e conoscitive che aprono orizzonti nuovi per l'approccio all'inconscio. Gli autori approfondiscono e chiariscono il loro pensiero, assumendo il modello matematico quale paradigma interpretativo ed euristico a confronto con il pensiero psicoanalitico.

Il modello psicoanalitico è di fatto in grado di spiegare la funzionalità di un sistema complesso (il riferimento è al "sistema complesso psicoanalitico-gruppale"), così come la sua auto-organizzazione e le modificazioni delle interazioni tra le sue proprietà interne, le quali si ripercuotono inevitabilmente sulle sue possibili configurazioni.

D'altra parte, intendendo il *modello matematico* come modalità di ricerca e funzionamento dell'apparato psichico, considerano la matematizzazione di alcuni concetti - per l'analogia delle proprietà che caratterizzano i due punti di vista - uno strumento clinico al servizio dell'ascolto del paziente, poiché consente allo psicoanalista di ampliare la propria capacità di sostare nella situazione analitica, anche in quella più nebulosa, impervia e imprevedibile; di estenderne i potenziali sviluppi e quella pensabilità capace di interrompere i comportamenti standardizzati e disfunzionali all'interno di un gruppo, di attivare una cura.

L'esemplificazione clinica di un gruppo istituzionale avvalorava infine il modello teorico ed applicativo proposto circa i punti di incontro e congiunzione dinamica ("oscillazioni che nella teoria bioniana vanno sotto il nome di oscillazioni $PS \leftrightarrow D$ " p. 62) tra i contenuti (pattern emotivi-cognitivi-affettivi definiti "attrattori" - ibidem) emergenti nel campo analitico, i Sistemi Complessi e il pensiero psicoanalitico gruppale, le scienze della complessità e la psicoanalisi.

Giorgio Villa propone un'interessantissima esperienza di lavoro con gruppi multifamiliari, condotta a partire dalla comunità Terapeutica di Montesanto a Roma della quale l'autore è responsabile. Il titolo del lavoro è "*Il Gruppo Multifamiliare tra funzione migrante ed apprendimento*".

I gruppi multifamiliari tenuti all'interno della Comunità si ispirano al modello di Jorge Garcia Badaracco. La temporalità degli interventi realizzati è medio-breve: dopo circa un anno o due infatti è previsto il re-inserimento dei pazienti nel nucleo familiare. Diventa quindi essenziale il coinvolgimento delle famiglie nelle fasi di progettazione e continua riformulazione dei singoli progetti terapeutici, orientati primariamente al trattamento e all'elaborazione delle fasi e delle difficoltà separative, in vista di una possibile e favorevole inserimento comunitario degli individui.

Il "permesso riabilitativo" (p. 75) da parte della famiglia è in tal senso indispensabile. Viene allora favorita una sinergica collaborazione tra pazienti, staff di cura e famiglie che consente, tra l'altro, "di affrontare il problema dell'inconscio non come fenomeno individuale, ma come fenomeno intersoggettivo" (p. 74). L'elemento nuovo nel modello di intervento proposto da Giorgio Villa consiste nella opportunità di apprendimento evolutivo e

collettivo che questo ha consentito di sperimentare ad alcuni pazienti della Comunità.

Tale apprendimento si è manifestato nella forma più inaspettata, e anche più significativamente evolutiva trattandosi nello specifico di pazienti affetti da grave disagio psichico, grazie all'esperienza della "migratorietà" del gruppo, cioè dalla possibilità che il Gruppo Multifamiliare - su proposta di alcuni genitori - si è dato di uscire dalla Comunità, per fare degli incontri nelle abitazioni delle famiglie che hanno chiesto di ospitarlo.

L'esperienza empirica riportata sembra dimostrare che la "migratorietà" del gruppo è in grado di consentire ai pazienti apprendimenti complessi, superando in efficacia molti interventi psichiatrici pubblici e privati. L'apprendimento del Gruppo Multifamiliare funziona circolarmente ed è valido per i pazienti come per gli operatori, in uno scambio reciproco di conoscenze che scaturisce, tiene a sottolineare Villa, innanzitutto da una comune esperienza emotiva ed umana (p. 80).

Il lavoro di Manfredo Lauro Grotto è "*Matrice semiotica negativa: irrompere della catastrofe nella vita istituzionale e trasformazione grupale*".

L'autore propone alcune stimolanti riflessioni, ponendo in relazione il concetto di *matrice semiotica* formulato da Fornari, inteso come "insieme dei segnali comunicazionali in cui un'istituzione è immersa, da cui viene attraversata e che circolano al suo interno" (p. 82), con alcune riflessioni bioniane sull'*astrazione*, la *costruzione di modelli*, il *fatto scelto*.

Seguendo il pensiero dello psicoanalista milanese, il modello (inteso in senso bioniano come *fatto scelto*) cui l'autore fa riferimento per mettere a confronto l'esperienza clinica è quello "dell'istituzione funeraria come contenitore delle angosce relative alla minaccia di un oggetto cattivo (angoscia persecutoria) e alla perdita di un oggetto buono (angoscia depressiva)" (p. 85).

L'ipotesi proposta da Lauro Grotto è che, qualora nei sistemi sociali le leggi sulla rassicurazione contro l'emergere di comportamenti emotivi violenti e la proibizione dell'incesto venissero a mancare "il gruppo e l'istituzione rischiano di trasformarsi in sistemi ideologici coesi e militarizzati contro un nemico esterno, come sta avvenendo oggi con il fenomeno dell'Isis" (p. 86).

Allo scopo di corroborare tale ipotesi, offre al lettore due vignette cliniche relative alla conduzione, alla fine del 2015 e in concomitanza con gli attentati di Parigi, di un gruppo esperienziale in un contesto universitario. L'analisi di queste sequenze ha consentito di evidenziare come la funzione del pensiero di gruppo, stimolata dall'attività interpretativa del suo conduttore, abbia potuto ripristinare - in un campo saturo di segnali e messaggi emozionali persecutori che caratterizzavano in quel momento la *matrice semiotica* istituzionale - quei *garanti metasociali* che hanno consentito di escludere il ricorso, nello specifico dispositivo, alla violenza estrema e hanno concesso ai partecipanti la libertà di esprimere e condividere i contenuti più intimi anche se turbolenti, favorendo il superamento delle angosce paranoide e

l'affermazione delle personali soggettività, in un contesto intersoggettivo di buona socialità.

L'autore invita infine a riflettere su una possibile articolazione dinamica tra il concetto di *semiosfera*, formulato da Claudio Neri, che si riferisce all'insieme dei sistemi di elaborazione di senso attivi nel piccolo gruppo e quello di *matrice semiotica*, pensando ad una possibile "articolazione dinamica dei due fenomeni lunga la vita del gruppo" (p. 91).

Flavio Piergentili, presenta il lavoro dal titolo "*Terapeuticità dei gruppi psicoanalitici nelle istituzioni*" e indica un nuovo, coraggioso e, a mio avviso, interessante vertice di lettura delle dinamiche e dei processi che si attivano e si sviluppano in un setting di gruppo a conduzione analitica. Suggerisce in sostanza la possibilità di leggere i fenomeni e i vissuti emotivi esperibili in gruppo utilizzando l'analogia riscontrabile tra le dinamiche o, come meglio preferisce definirle con un termine caro a Francesco Corrao, le "*cinematiche*" di gruppo e le frequenze delle radiazioni dello spettro elettromagnetico, la luce.

Attraverso la presentazione di alcuni stralci di sequenze cliniche relative ad un gruppo terapeutico che tiene in un ambito istituzionale, illustra l'applicabilità della particolare e innovativa griglia di lettura dei diversi livelli attraverso i quali si manifestano i processi di cooperazione, condivisione e intersoggettività, indispensabili ad un'adeguata evoluzione trasformativa del gruppo nella sua unità, così come dei singoli partecipanti. Il primo livello, che chiama *l'incolore* (p. 95), corrisponde al *protomentale* bioniano; il secondo, relativo alla capacità dei singoli di entrare in sintonia emotiva con gli altri partecipanti, è il *monocolore*; il terzo, il *policromatico*, attiene alla possibilità di condividere attraverso però la mentalizzazione, il pensiero.

La funzione terapeutica del conduttore deve essere, naturalmente, quella di favorire il passaggio da una "struttura gruppale ed emozionale incolore, monocromatica ad una policromatica, di luce bianca, più funzionale al pensiero individuale e di gruppo"

Marilù Cucinotta, con il suo "*L'emozione gamma: esperienza di un gruppo di famiglie*", oltre a confermare il ruolo fondamentale che le emozioni assumono nel regolare i processi interattivi e trasformativi gruppali, pone un interessante stimolo di pensabilità sull'idea, ormai unanimemente condivisa in ambito psicoanalitico, che ci aiuta a considerare la mente individuale come una mente al contempo gruppale, contenitore attivo e dinamico di elementi, funzioni, emozioni riferibili e attinenti non solo al singolo, ma all'intero gruppo cui questo appartiene, al campo gruppale cui aderisce.

Con l'ausilio di un'esperienza clinica con genitori di bambini affetti da disabilità psichica e neuropsichica, tenuta nell'ambito di un programma riabilitativo seguito dai piccoli pazienti all'interno di un centro medico di Reggio Calabria, la Cucinotta illustra le modalità attraverso le quali le emozioni gruppali, che chiama *emozioni gamma* (p. 104), intervengono non solo nella regolazione della processi interattivi tra i singoli partecipanti, tra

questi e la famiglia, tra il gruppo e l'istituzione, ma anche nel ridefinire, attraverso l'acquisizione di nuove consapevolezze, la molteplicità delle identità e dei ruoli individuali. Naturalmente questo richiede l'acquisizione di consapevoli nuove da parte dei partecipanti, acquisizioni rese possibili dall'azione sinergica delle funzioni gamma gruppali e alfa individuali, che l'attività di pensiero del terapeuta tende a mantenere costanti.

A conclusione di questa breve rassegna che riteniamo utile offrire ai lettori della nostra rivista, sento di poter dire che l'eterogeneità delle singole esperienze e dei molteplici approcci teorici e modelli di intervento messi in campo nella prassi clinica dagli autori che generosamente hanno voluto proporre le loro rispettive esperienze, si coniugano e dialogano, a mio avviso, proficuamente con l'omogeneità, seppur non congiuntamente e consapevolmente pensata, dei contenuti, delle esperienze, delle elaborazioni e concettualizzazioni teoriche formulate.

Il numero si chiude con due rilevanti recensioni proposte da Simona Faucitano e da Stefania Marinelli.

Simona Faucitano propone una preziosa e stimolante presentazione del testo di Francesco Comelli *“I disturbi psichici nella globalizzazione. Dalla crisi del campo familiare ai sistemi di cura per dipendenze, anoressie e distruttività. Edizioni Franco Angeli 2015”*, curata da Simona Faucitano.

Stefania Marinelli, nel condividere con i lettori delle interessantissime annotazioni sul testo di Luigi Cappelli *“Psicoterapia dinamica moderna – Un modello interdisciplinare. Edizioni Franco Angeli 2015”*, pone corroboranti quesiti e input di riflessione su alcuni temi fondamentali quali sono, per esempio, e tra i numerosi altri: la trasmissione e condivisione dei modelli clinici; le trasformazioni nella prassi della ricerca clinica, empirica neuroscientifica, nell'applicazione dei modelli teorici, nell'uso dell'interpretazione; la scientificità o scientificità parziale della psicoanalisi.

La cura in Comunità funziona?

Robert.D.Hinshelwood

Abstract

Nel XX secolo la psichiatria si è spostata dalla cura istituzionale alla cura all'interno della Comunità. La speranza era quella di abolire gli effetti deleteri della degenza e delle cure ospedaliere, abolendo gli ospedali. In questo lavoro sostengo che vi sono dinamiche inconsce nascoste dentro i servizi psichiatrici in sé, ovunque sia praticata la cura. Cioè l'istituzionalizzazione avviene ancora, ed è necessario che sia compresa.

Parole chiave: stress, difese, istituzionalizzazione, non-senso, soddisfazione lavorativa

In Gran Bretagna la cura in Comunità ebbe inizio in una stradina, con gli esperimenti di alcuni psichiatri dediti e carismatici, dopo il WW2. Fin dalla fine degli anni Cinquanta comunque l'introduzione dei nuovi farmaci psichiatrici segnalò che anche psichiatri non carismatici potevano cominciare a lasciare i pazienti fuori dalle corsie. Il Mental Health Act del 1957 prevedeva che i pazienti fossero ammessi volontariamente alle cure in ospedale, e non solo per motivi di reclusione. L'idea di trattare la malattia mentale si diffuse alimentando molte speranze: una conseguenza logica fu il movimento della cura psichiatrica verso gli ospedali generali. Il risultato fu che si iniziò a progettare la chiusura dei grandi ospedali psichiatrici vecchio stile, anche in relazione al risparmio di spesa. Dal 1980 la cura in Comunità era diventata un centro importante per il futuro dei servizi psichiatrici.

Dagli anni 1990 si svilupparono serie preoccupazioni sull'efficacia della cura in Comunità. Iniziarono a comparire libri in cui ci si chiedeva se la cura in Comunità fosse "illusione oppure realtà" (Leff 1997), o "caos oppure contenimento" (Foster and Roberts 1998). Qualcosa di simile a questo svolgimento dei fatti avveniva negli USA e in Europa, anche se con tempi diversi.

Vantaggi della cura in Comunità: è importante mantenere una visione equilibrata della cura in Comunità, i successi, le difficoltà. I vantaggi sono infatti considerevoli. E derivano da due fattori importanti. Il primo è quello che il paziente è meno isolato dai collegamenti e legami con la sua comunità sociale e familiare. Il secondo elemento è che il paziente non subisce gli effetti invalidanti della grande istituzione psichiatrica – cioè dell'istituzionalizzazione.

Consideriamo anche l' assunto per cui se un malato mentale può vivere in un assetto il più possibile normale, sarà anche influenzato a comportarsi più

normalmente. Infatti la *teoria delle etichette* si spingerebbe fino a dire che se una persona è trattata come un normale membro della comunità perde i tratti distintivi che lo hanno portato ad essere etichettato come malato mentale.

In più si suppone che vi sia un risparmio finanziario con chi vive in modo indipendente e al di fuori delle istituzioni, che costano. L'idea è quella che se i pazienti sono più capaci di aiutare e contenere se stessi avranno meno bisogno di aiutanti e curanti costosi.

I problemi della cura in Comunità

Uno dei problemi della malattia mentale grave è che i pazienti spesso hanno perduto il collegamento con la loro comunità, con l'ambiente e perfino la famiglia per via del loro comportamento deviante. Le famiglie sovente detestano riavere indietro dall'ospedale i membri malati in una condizione qualunque. I *teorici delle etichette* sono troppo ottimisti, perché i pazienti sono stati francamente devianti tanto da distinguersi ed essere esclusi e confinati nell'ospedale psichiatrico, e dunque sono diventati francamente devianti nella comunità da cui provengono e possono solo diventare più devianti tornandoci.

I pazienti nella Comunità allora, spesso non hanno collegamenti al di fuori dei curanti professionisti che li visitano. In verità i pazienti malati più gravemente spesso si rivelano essere proprio quelli privi di collegamenti. Spesso hanno rinunciato ai collegamenti reali per vivere in un mondo largamente fantastico. Fanno per dire così un contratto con l'istituzione psichiatrica portando là una vita triste e per essere in cambio lasciati soli e abitare il mondo delle loro fantasie, deliri e allucinazioni (Bott 1990). Una volta insediati nell'istituzione a lungo termine i pazienti di base solitamente non intendono rinunciarvi. Sono i desideri paternalistici dello staff di cura che decidono se e quando la cura in Comunità sia la scelta migliore. La cura in Comunità non è l'illusione che il paziente normalmente sceglie – è quella dello staff.

I pazienti vengono allora chiamati istituzionalizzati quando si ritirano nel loro mondo all'interno di un'istituzione e divengono passivamente cooperativi per essere lasciati soli. Questo processo è sempre stato indicato come un cattivo effetto delle istituzioni e Goffman (1961) fra gli altri ha ritrovato processi simili in altre grandi istituzioni, anche non riguardanti la psichiatria. Sembra ancora essere un processo particolarmente dannoso nelle istituzioni della salute mentale. Dunque non sorprende se qualcosa come l'istituzionalizzazione sia particolarmente contagiosa in psichiatria.

L'istituzionalizzazione inoltre è stata ritrovata anche nelle unità di cura delle Comunità:

“..siamo soliti pensarla [l’istituzionalizzazione] come un processo proprio delle istituzioni ma può avvenire anche all’interno della Comunità se la malattia mentale e i suoi curanti sono isolati” (Foster 1998, p. 68).

E questa impressione è sostenuta da dati,

“..è possibile per i pazienti vivere nella Comunità ma non di essere integrati socialmente come la gente comune. Per vedere se sia questo il caso definiamo una categoria di contatto sociale, come un conoscente, qualcuno che sia coinvolto nel dare non solo ricevere cure psichiatriche. Vediamo che vi è una crescita in proporzione di pazienti che avevano almeno un conoscente, dal 19% in ospedale al 29 nella Comunità. Ed è stato rassicurante vedere che alcuni pazienti avevano praticato contatti sociali con membri comuni della vita pubblica, ma essi rappresentano ancora solo una piccola minoranza rispetto a quelli che ne sono privi (Leff 1997, p.81).

C’è un grado di de-istituzionalizzazione nella cura in Comunità, ma si tratta di un effetto molto piccolo mentre la grande maggioranza, molto al di sopra dei due-tre, resta socialmente isolata ed effettivamente istituzionalizzata, questa volta all’interno della Comunità di cura stessa.

La speranza di risparmio economico con la chiusura delle grandi istituzioni di cura non si è realizzata – perché una buona Comunità terapeutica era alla fine altrettanto dispendiosa o di più della cura istituzionale.

Così la Comunità terapeutica non ha una storia di grande successo, anche se è ancora promettente, nel caso che le sue risorse saranno migliorate.

La questione allora diventa: come migliorare le risorse?

Molto può essere fatto migliorando i training per le professioni di cura. Quelli nei quali vi è stata maggiore esperienza in psichiatria sono stati condotti principalmente negli ospedali e nelle istituzioni mentre la prima generazione di professionisti della salute che curano nelle Comunità lo fanno sulla base dell’entusiasmo e dell’intuizione.

In Gran Bretagna ci sono stati tentativi di integrare i servizi di Comunità psichiatriche con comunità professionali di altri campi medici, per provare a immettere maggiore esperienza di cura basata sulla vita domestica e sulla clinica. Ma si è trattato di un notevole insuccesso, stando alla mia esperienza, poiché l’entusiasmo per la cura e la gratitudine dei pazienti malati fisicamente, sono sensibilmente diversi e maggiori che nella cura di persone disturbate e malate di disturbo mentale, che spesso non hanno espresso l’apprezzamento di cui lo staff ha invece bisogno.

A questo punto vorrei approfondire un aspetto del lavoro psichiatrico a cui spesso non viene data molta o abbastanza attenzione. Tendiamo a mettere il

focus nei pazienti – ma lo stress è altrettanto un problema nei curanti. A causa di una mancanza di attenzione ai curanti, la Comunità di cura si fa vulnerabile agli effetti della trascuratezza tanto quanto nell'ospedale convenzionale della cura istituzionale.

Curare i curanti

Questo punto porta l'attenzione sul genere di reazioni emotive di cui soffre lo staff. Se il contatto ravvicinato con i pazienti psicotici contagia lo staff psichiatrico, questo avverrà in una varietà di modi legati alla storia passata dei singoli membri dello staff. Tuttavia vi sono alcune linee comuni anche, specie quelle che vengono dalla natura dell'ansia psicotica, che sono particolarmente connesse con la maniera con cui i pazienti psicotici si sbarazzano della loro esperienza, facendo in modo che sia invece lo staff a sentirla. Joe Berke si occupò di questo, scriveva che la: “Schizophrenia is an expertise in producing disquiet in others”, *la schizofrenia ha una competenza specifica nel produrre inquietudine negli altri*, (Berke 1979, p. 23). Descriverò questi tipi di esperienza; e poi che effetto questo ha sul lavorare insieme come équipe o come complesso di più servizi psichiatrici collegati.

L'esperienza di essere in contatto stretto con disturbi emotivi e mentali gravi è complessa e dolorosa ma può essere decompressa. Molti operatori potrebbero *non* essere d'accordo con me. Forse hanno ragione e non è vero che sono così influenzati dai pazienti che soffrono di questo genere di disturbi; ma resta la possibilità che loro e le loro équipes trattino l'impatto al di fuori della loro consapevolezza conscia, nel lavoro. Sono in gioco come ho già riferito, una serie di dimensioni di questo impatto.

Primo, un aspetto importante è il senso di disperazione e impotenza. Esso passa attraverso lo staff, che si sente senza speranza di riuscire ad aiutare.

Secondo, questo non viene trasmesso a parole. I pazienti psicotici usano un'altra via, non verbale, per trasmettere un affetto in modi diretti e concreti.

Terzo, vi è spesso un sentimento di terrore correlato. E' il terrore di qualcosa che esce velocemente di controllo, che può essere esperito come follia e violenza, di una mente che va fuori controllo. E' il timore per noi stessi in quanto curanti nella salute mentale, che può farci provare timore dei nostri pazienti. Poi dopo gli attribuiamo un significato – che essi possano divenire violenti e colpirci.

Quarto, vi è un altro terrore, meno chiaro, che ha a che vedere con un sentimento che noi, noi stessi, potremmo impazzire all'interno di noi. Temiamo di diventare *noi stessi* una mente fuori controllo, cioè pazzi.

Quinto, abbiamo un modo particolare con cui facciamo esperienza dei nostri pazienti, che è il senso di mancanza di significato dell'esperienza del paziente e della sua ansia. E' un sentimento di trattare qualcosa privo di senso, di significato, che si lega alla sensazione di essere sopraffatti da qualcosa fuori controllo.

Sesto, e infine, la mancanza di senso è all'origine di un'altra reazione. Noi tendiamo a sfuggire via dai nostri pazienti, a mettere una sorta di distanza emotiva da loro, come se fossero non propriamente umani; o non propriamente vivi. E, tristemente, i pazienti molto spesso diventano consapevoli di una tale fuga – ed esprimono la loro protesta con una intensità raddoppiata dei loro sintomi.

Queste sono le esperienze che noi soffriamo nel *nostro* lavoro, ed esse contano per il sentimento che abbiamo del nostro lavoro. E, proprio come i nostri pazienti, abbiamo un livello inconscio del nostro sentire.

Aspettative inconsce: la mia esperienza è in gran parte nella salute mentale, e in essa si ritrovano tipi di ansia specifici – riguardo al dolore, allo stress e alla follia dei pazienti e clienti, che hanno, su quelli di noi che ci lavorano, un impatto particolare, spesso aggravato dal motivo stesso che ci ha portato in prima linea in quel lavoro. Spesso scegliamo una “carriera” di curanti a causa di qualche malattia o infelicità personale nella nostra famiglia in cui siamo cresciuti. L'urgenza di guarirli dunque è spesso forte e basata su desideri immaturi e fantasie che avevamo da giovani.

Si tratta di fantasie che in generale tendono a rappresentare desideri molto irrealistici, indicati spesso come onnipotenti, dove l'aspettativa è quella di restaurare qualcuno in *piena* salute e felicità. Quando quei desideri vengono poi trasferiti sui nostri pazienti abbiamo la stessa aspettativa inconsapevole – di restaurare le persone in salute e felicità.

Vi sono conseguenze importanti quando abbiamo aspettative irrealistiche e onnipotenti su ciò che possiamo fare. Sono conseguenze aggravate dall'essere inconsce – a quel livello della mente che viene dall'infanzia, piuttosto che da una forma più sofisticata di vedere i problemi da risolvere. Dato che sono inconsce è difficile per chiunque di affrontare quel livello di aspettative.

Quali sono allora le conseguenze? Mi concentrerò su una di esse in particolare. Quando lavoriamo e otteniamo un risultato, questo è una fonte di soddisfazione. E tuttavia come ogni altra cosa nella vita i risultati sono vicini ad essere buoni fino a un certo punto. Nulla è mai perfetto. Dobbiamo vivere con ciò che è abbastanza-buono. E quelle sono aspettative sofisticate – di fare un lavoro abbastanza buono. E' tutta un'altra cosa quando ci troviamo su un

piano inconscio. Là l'irrealtà domina e si aspetta la perfezione. Il lavoro deve essere fatto perfettamente e nel nostro caso i pazienti devono essere restaurati in perfetta salute. Ne risulta che avremo probabilmente due reazioni distinte sui risultati del nostro lavoro:

- La prima, un apprezzamento conscio, sulla base realistica della valutazione delle circostanze – di quel che si poteva ottenere con quel paziente specifico e con le risorse e opportunità disponibili.
- La seconda sarà una reazione inconscia che richiede la perfezione e ritrova soltanto imperfezione.

Quest'ultima susciterà un certo grado di senso di fallimento – una mancanza di soddisfazione nel lavoro. In un lavoro come la salute mentale è inevitabile che fluttuino nell'ambiente molti sentimenti di fallimento.

Nella visione che ho i servizi di psichiatria tendono particolarmente ad essere minati da sentimenti di fallimento per varie ragioni. Ma al momento il punto è che questi sentimenti che provengono da un livello inconscio devono essere affrontati – e invece possono essere affrontati senza un riconoscimento adeguato della loro origine.

Vi sono due modi di affrontare i sentimenti inconsci che minano il lavoro, uno con effetti inconsci nocivi, uno con effetti più benefici.

- Prima di tutto, con il primo metodo, la cosa più comune è che i sentimenti circolano nell'assetto interpersonale e le dinamiche inconscie istituzionali interferiscono con il lavoro. Questo primo metodo produce vari fenomeni interpersonali, incluso i problemi con il proprio compito. Lo descriverò fra poco.

- Il secondo metodo è la supervisione, il problema del fallimento il più delle volte cresce quando le aspettative inconscie non coincidono con quelle consce, quando le aspettative inconscie stanno dalla parte della perfezione irrealistica, e quelle consce sono più per la valutazione sofisticata di ciò che può essere fatto realmente. Per questo il problema si può elaborare rafforzando l'apprezzamento di quanto è realistico. Nella visione che ho, la cosa più utile nella supervisione o consultazione è quella di aiutare i curanti a riconoscere quali aspettative sono realistiche e aiutarli a riconoscere quanto essi anelino ad altri risultati, risultati irrealistici. In questo modo il livello inconscio dell'esperienza viene riconosciuto e rielaborato, mettendo a confronto quei sentimenti con la valutazione conscia della realtà.

Dinamiche sociali dell'istituzione

E ora, la patologia istituzionale.

Vi sono processi, al livello dell'istituzione stessa, che possono rendere tollerabile la vita a fronte della presenza della psicosi. Questi processi

organizzativi e istituzionalizzanti sono prodotti dal nostro stesso modo in quanto individui, con cui reagiamo alle conseguenze sgradevoli del nostro lavoro. Fatemi menzionare giusto qualcuno di quelli che derivano dalle situazioni più dolorose per lo staff.

Demoralizzazione: se sono in parecchi nello staff a provare sentimenti di fallimenti, allora il pericolo dell'équipe è quello di diventare tutta demoralizzata. Le persone non riescono a supportarsi l'un l'altro con l'incoraggiamento e gli elogi di cui vi è bisogno, se loro stessi sentono di non fare un buon lavoro. Alcuni semplici segnali organizzativi di demoralizzazione sono: una quota eccessiva di assenze per malattia, assenteismo e turnover di partecipanti dell'équipe. Quando avvengono questi fatti l'équipe si sente instabile e non supportata e il morale tende a peggiorare. Una spirale disastrosa, o circolo vizioso, si instaura.

Pazienti stereotipati: Vi sono comunque modi con cui i membri dell'équipe si aiutano collettivamente. Uno è quello di negare i sentimenti di impotenza e disperazione. In questo senso l'inclinazione collettiva supporta le difese psicologiche individuali. L'esperienza è ripudiata. Ed è molto comune per lo staff accordarsi sul fatto che quei sentimenti sono collocati nei loro pazienti – soltanto. Si fa strada una percezione rigida di sé e dei pazienti, come Main descriveva, i pazienti sono stereotipati e sono “soltanto malati, sofferenti, ignoranti, passivi, obbedienti e grati” (Main 1975).

Capro espiatorio: Questo processo porta ad un diverso risultato quando un particolare paziente è messo elettivamente in una posizione di farsi carico di tutte le impotenze. E' il “capro espiatorio”. Va di solito sempre peggio clinicamente – a conferma del modo che ha lo staff di considerarlo. Spesso è anche mandato fuori in qualche altra parte del servizio – il reparto chiuso, l'unità comportamenti refrattari, o ovunque. Poi l'équipe trova un altro paziente adatto ad essere eletto al ruolo. E la sequenza può continuare per cicli che si ripetono.

Routinizzazione: La mancanza di senso delle esperienze dei pazienti e l'ansia sono molto corrosive delle capacità dello staff di mantenersi nei termini empatici e comprensivi. La distanza con cui lo staff si ritira può allora essere istituzionalizzata da un processo sistematico che fa diventare il lavoro un assetto routinario – si potrebbe chiamare routine senza mente.

Colpa: In alternativa lo staff può cambiare collettivamente direzione d'interesse. Invece di provare impotenza verso i pazienti, si fa strada una tendenza diversa. Una visione secondo la quale i pazienti potrebbero essere aiutati, ma non ci sono nell'équipe abbastanza risorse. Si ritiene che il problema sia che i dirigenti li tengono a corto di personale, di formazione, di

denaro e via di seguito. Vi sarà qualcosa di vero nelle carenze di risorse, però il fatto è che il personale dello staff si comporta come se fosse sotto assedio contro i datori di lavoro, che non li capiscono o sono stupidi, o deliberatamente ostili. La squadra allora può vivere anche sensazioni di felicità e perfino felicità con i pazienti, fin quando ha un nemico esterno da combattere.

Scisma nel servizio: In alternativa, l'équipe può divenire divisa al suo interno. Se ognuno vive sentimenti, assorbiti dai pazienti, di disperazione, possono esportare quel sentimento eleggendo altri *all'interno* dell'équipe, che saranno quelli disperati. Questo potrebbe condurre a denigrazioni reciproche, per lo più inesprese. In questo caso nessuno potrebbe avere un quadro adeguato di chi sta lavorando bene e chi no. Le percezioni realistiche dell'altro e il reciproco aiuto sono entrambi perduti. Un tratto caratteristico dello scisma all'interno del servizio è quando gli psichiatri iniziano a promuovere trattamenti fisici basati sull'eziologia biologica e gli psicoterapisti e psicologi enfatizzano per contrasto gli aspetti umani e relazionali dell'angoscia dei loro pazienti.

Reparti di cura frammentati: L'ultimo fenomeno è un processo simile, di cui sono vittime specifiche i reparti di una Comunità di cura. Un reparto può proiettare l'impotenza e la disperazione in un'altra équipe all'interno dei servizi della Comunità. Diverse équipes procedono alla reciproca denigrazione – l'équipe domiciliare, il day hospital, il reparto per il ricovero ecc. In tal caso è il servizio stesso a diventare frammentato.

Con questi vari processi che intervengono al livello dell'organizzazione, la qualità del servizio necessariamente peggiora. I cambiamenti dello staff, gli alti livelli di assenza, lo staff temporaneo, il capro espiatorio dei pazienti e colleghi, e la scissione all'interno e fra équipes necessariamente avrà un effetto molto negativo sul lavoro. E questo contagierà il morale delle persone, le quali realizzeranno che non stanno dando le migliori opportunità ai pazienti. Di nuovo è messo in campo il salto fra le alte speranze che lo staff ha da se stesso e le sue aspettative apparentemente "basse". La mancata soddisfazione del lavoro esalta tutti i dubbi che lo staff ha su di sé, e l'uno verso l'altro, e sui datori di lavoro. Gli atteggiamenti paranoidi si fanno arroccati e autoavverantisi.

La supervisione

Da molto tempo è stato riconosciuto il rischio del burn-out per i lavoratori sociali e della salute mentale. Certo siamo in grado di sopportare lo stress entro un certo limite, ma lo stress logora qualcosa all'interno e, alla fine, le nostre risorse finiscono e non possiamo andare avanti. Questo implica che

dobbiamo porre una speciale attenzione allo staff di salute mentale. Il supporto alle persone è importante sempre. Vi sono molte ragioni per cui dovremmo occuparcene, non ultima perché lo staff potrebbe abbandonare il lavoro o ammalarsi a causa del burn-out che non ha ricevuto supporto. E anche sarebbe semplicemente inumano non fare nulla, quando sappiamo che lo staff sta soffrendo. E ancora è solo con adeguato supporto che lo staff riesce a curarsi bene delle esperienze che i pazienti – e loro stessi – stanno affrontando. L'impatto *diretto* con pazienti gravemente disturbati suscita realmente, in quanti sono attorno a loro, l'esperienza di disperazione. E sono proprio le migliori intenzioni del personale verso i pazienti a renderli più vulnerabili al genere di comunicazioni non verbali di cui parliamo. E' importante che le esperienze delle équipes dello staff siano riconosciute come un *cri de coeur* da parte dei pazienti.

Non è necessario andare troppo oltre per ribadire che la cura della salute mentale del personale è altrettanto importante della cura della salute mentale dei pazienti. E la supervisione deve prima di tutto essere sensibile ai sentimenti "controtransferali" dello staff.

Le implicazioni per la supervisione sono grandi. Il supervisore deve essere consapevole di una quantità di cose:

- deve essere consapevole della fragilità della fiducia professionale del personale psichiatrico, e di quanto questa possa diventare disperazione e demoralizzazione;
- deve riuscire a mettere una enfasi in supervisione sulle ambizioni inconsce onnipotenti dello staff, che tanto facilmente sono portate al sentimento di fallimento;
- deve essere consapevole dei fenomeni organizzativi;
- deve sapere che la tensione del lavoro *non* è contenuta nella presentazione del lavoro in supervisione, e che sarà penetrata nei commenti, nei lamenti sugli aspetti organizzativi ecc.;
- deve essere consapevole delle vie per le quali i compiti e i ruoli della supervisione potrebbero venire influenzati dalle dinamiche di gruppo dell'organizzazione; e questo vuole dire provare a condurre una supervisione interna con se stesso;
- a questo punto deve essere un supervisore interno e far apprendere questa nozione ai suoi supervisionati, così che possano cominciare a cogliere come loro stessi sono presi dalla drammatizzazione attiva all'interno dell'organizzazione; e specialmente il dramma dello staff onnipotente che riesce a curare perfettamente i pazienti peggiori.

Se lavoriamo in una istituzione è importante tenere nella mente queste percezioni distorte, se possibile. La mia idea è che le distorsioni relative al compito e al ruolo sono le più facile da osservare. Chiaramente potremmo chiamare qualcuno che si trovi in una posizione più obiettiva. Qualcuno

esterno. Tuttavia non sarebbe impossibile per uno che stia sepolto nelle dinamiche organizzative divenire consapevole di quello in cui è coinvolto. Non è una richiesta impossibile. E' una richiesta di cavalcare due posizioni psicologiche a) per avere una esperienza *soggettiva*, e b) pensarla come se fosse un oggetto, non se stesso. Noi siamo ovviamente familiari con questa posizione di guidare due funzioni, soggettiva e obiettiva. Dato che questo è ciò esattamente che lo psicoanalista fa. Si impegna con il suo paziente come altra persona, ed esiste in una relazione soggettiva – ma poi pensa accuratamente su ciò che è la relazione fra loro, che cosa sta avvenendo fra i due che sono loro, in modo più obiettivo. E' una qualità mezzo/dentro mezzo/fuori; ed è chiamata pratica riflessiva.

La supervisione ha luogo al livello dell'individuo, del gruppo e delle dinamiche istituzionali. Non è facile districare uno dall'altro e si deve mantenere nella mente un movimento flessibile da uno all'altro in un pensiero unico, da supervisore. Le dinamiche individuali contribuiscono al gruppo, e viceversa; e le dinamiche inter-gruppi all'organizzazione. Il supervisore deve lavorare come sempre per portare nuova luce sulla situazione che la supervisione gli porta. Ma in più deve sforzarsi di capire il ruolo che lui, i suoi supervisionati, e la sua supervisione di gruppo, gioca nell'organizzazione.

Conclusioni

Ho descritto due vie diverse. Possiamo continuare come nel passato delle grandi istituzioni, con le dinamiche inconsce stabilizzate che sono di ostacolo al lavoro dello staff e dei pazienti; oppure possiamo istituire nelle nostre unità di cura nella Comunità un approccio diverso che tenta di vedere i processi che nel passato creavano questi problemi, e possiamo apprendere da essi. Il mio messaggio è che dobbiamo imparare prima di tutto dal dolore e la sofferenza dei nostri staff, prima di riuscire ad aiutare i pazienti. Il talento degli psichiatri è quello di saper supportare i curanti nel loro lavoro, e farlo in maniera appropriata. Dobbiamo essere consapevoli della frustrazione data da un successo moderato. Una parte del talento del curante è di saper usare quel supporto e discutere dei pazienti in maniera realistica, riconoscendo i propri bisogni emotivi e le frustrazioni.

Dobbiamo sempre poter guardare al fatto che un successo, moderato, è comunque un successo.

Traduzione italiana a cura della redazione

Bibliografia

- Berke, Joseph (1979) *I haven't had to go mad here*. London: Penguin.
- Bott (Spillius), Elizabeth (1976) Hospital and society. *British Journal of Medical Psychology* 49: 97-140.
- Foster, Angela (1998) Psychotic processes and community care: the difficulty in finding the third position. In Angela Foster and Vega Roberts (eds.) *Managing Mental Health in the Community: Chaos and Containment in Community Care*. London: Routledge.
- Foster, Angela and Roberts, Vega (eds.) (1998) *Managing Mental Health in the Community: Chaos and Containment in Community Care*. London: Routledge.
- Goffman, I, (1961) *Asylums: The Social Situation of Mental Patients and other Inmates*. London: Penguin.
- Hinshelwood, R.D. (2004) *Suffering Insanity*. London: Routledge.
- Leff, Julian (1997) (ed.) *Care in the Community: Illusion or Reality*. Chichester: Wiley.
- Main, T. (1975) Some psychodynamics of large groups. In Kreeger, L. (ed) *The Large Group: 57-86*. London: Constable. Republished (1989) Main, T.F. *The Ailment and Other Essays*. London: Free Association Books.

R.D.Hinshelwood è Professore presso il Centre for Psychoanalytic Studies, University of Essex, and già Clinical Director, The Cassel Hospital, London. E' membro del British Psychoanalytical Society e membro del Royal College of Psychiatrists. Autor di *A Dictionary of Kleinian Thought* (1989; Tr.it. *Dizionario di Psicanalisi Kleiniana*, Cortina 1990) e altri libri e articoli sulla psicoanalisi kleiniana. Ha scritto sul tema dell'applicazioni della psicoanalisi ai gruppi e alla cultura sociali, *What Happens in Groups* (1987; Tr.it. *Cosa accade nei Gruppi*, Cortina 1989) e *Suffering Insanity* (2004).

Nel 2013 ha pubblicato con Nuno Torres *Bion's Sources: The Shaping of his Paradigms*. Tr.it. *Le fonti di Bion*, Borla 2015, e *Research on the Couch: Single Case Studies, Subjectivity and Psychoanalytic Knowledge*. Tr.it. *Ricerca nel setting*, FrancoAngeli 2014. Ha scritto sull'etica professionale della psicoanalisi *Therapy or Coercion: Is Psychoanalysis Brainwashing?* (1997), e 'Introjection and projection: The Uses and abuses of paternalism', in *Oxford Handbook of Psychiatric Ethics*.

E-mail:bob@hinsh.freerve.co.uk

Intersoggettività fra gruppi e ricerche nel setting: un'esperienza a gruppi concentrici a diverso gradiente terapeutico nell'esperienza di Basti-Menti APS.

Francesco Comelli

Abstract

Il presente lavoro parte dalle esperienze svolte in passato, fra loro non integrate, sul trattamento di pazienti resistenti. L'integrazione di queste pratiche ha proceduto sia con una disamina del rapporto fra cultura e psicopatologia, sia con la strutturazione di un metaforico edificio i cui piani comprendono le terapie di gruppo tradizionale, le cure con la cultura, così come i progetti individualizzati. L'intersoggettività di questi livelli ha dato forma ad un'associazione (Basti-Menti) che riunisce in un large group tutti i partecipanti a queste iniziative, con progetti sui contenitori familiari, sociali e clinici dei pazienti contemporanei.

Parole chiave: pazienti resistenti, cure culturali, gruppi, intersoggettività, large groups

Ho pensato di comunicare un'esperienza di "comunità di pratiche" per pensare a possibili cure e relativi settings, alla luce del rapporto fra cultura e psicopatologia, per pazienti cosiddetti "resistenti" a ciò che la cultura individua come cure (Plakun 2011). Se i contesti culturali e scientifici attuali hanno costruito gli strumenti previsti per curare, mi domando se essi possono ancora essere utili per i pazienti resistenti e, nel caso, come trasformare alcuni strumenti senza tradire i principi ispiratori che ci hanno curato prima di essere curanti. I servizi per i pazienti oggi propongono massimamente la loro crisi nell'indifferenza evacuativa o nei dispositivi custodialistici o farmacologici pensati per la psicosi ma non per le nuove sintomatologie caratterizzate maggiormente da dipendenze, compulsioni e da disturbi di personalità (Verheul et al. 2000). Essi propongono spesso o scenari biologici (linee guida, prescrizioni farmacologiche) o scenari di amministrazione della malattia, con uno sviluppo di ambienti di intrattenimento o di parcheggio dei soggetti (Fowler et al. 2016). Inoltre i pazienti vengono facilmente indotti a cronicizzare "tecnologicamente", diventando alti utilizzatori di servizi che rendono l'identità del paziente sempre più corrispondente a quella del paziente – tipo (Comelli 2015), allontanandosi dalla persona e dal soggetto. L'espulsività di molte istituzioni (Funzione gamma) riflette una scarsa capacità di pensare in gruppo: ciò ha motivato me ed altri a dedicarci alle relazioni gruppo\individuo, al dialogo fra gruppi diversi, alla trasformazione della funzione del paziente da curato ad operatore culturale e infine allo studio degli spazi esterni all'analisi o alle terapie. L'esperienza in corso a Milano (Associazione Basti-Menti) sviluppa progetti di gruppo e individuali

integrati senza un metodo standard, ma con percorsi pensati per ogni singola persona per riportare alla luce i talenti dimenticati del soggetto o negati da cure conformiste e promuovendo un suo riscatto mediante una valorizzazione delle sue capacità culturali. Tutto ciò non prescinde da un lavoro sul trauma e sul campo familiare e vede il contributo di una equipe composta da psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, pazienti, filosofi, pedagogisti, familiari di utenti, persone amiche significative per i pazienti o per gli operatori.

Questi operatori si sono nel tempo affiliati a partire dalla domanda del paziente, riconoscendo ad esso una autorità di fondo (come nell'esperienza dell'Austen Riggs) e adattando i contesti di cura a tali esigenze, spesso anche rinunciando ad applicare tout court schemi predeterminati.

Così nel caso del blog giornalistico, nato dall'idea di pazienti e operatori, alcuni pazienti possono interrogare la realtà contemporanea per riproporre una loro presenza culturale al di là del ruolo di paziente. Molti pazienti infatti sono considerati solo pazienti: il lavoro di questi gruppi non nega l'elemento tecnico (diagnosi, farmaci, etc.), ma lo supera nel tentativo di integrare anche una voce culturale al di là delle diagnosi e al di là della condizione di paziente, consumatore di farmaci o di servizi per pazienti.

Ciò nasce anche dal domandarci che fine hanno fatto le risorse dei pazienti, cosa le ha mortificate, ma ciò si potrebbe anche domandare per gli stessi terapeuti.

L'offerta terapeutica si configura allora come un processo, che può limitarsi puramente ai gruppi terapeutici o a terapie individuali classiche, fino ad arrivare a spazi di progettazione sugli spazi extra analitici o post analitici, di solito gruppi di cura tramite prestazioni culturali. Partiamo dall'estrema povertà di mezzi disponibili per affrontare il grave disturbo mentale/esistenziale con strategie eticamente corrette ma coraggiose sulla relazione fra spazi analitici e spazi post- analitici di carattere culturale, fra loro collegati. Spesso infatti, dopo la seduta, o dopo la fine dell'analisi, il paziente vive situazioni malate o difficili da gestire da solo: il "dopo-analisi" è quindi lo spazio esterno alle analisi che può necessitare di una riflessione sui contenitori extra-analitici del paziente.

Pertanto, lo spazio del dopo-analisi, inteso sia come lo spazio successivo alla seduta o alla vita dopo il termine delle terapie, pone la tematica della separazione dall'analista e dei contenitori extra seduta, con un invito ai terapeuti ad immaginare come i nostri pazienti abiteranno gli spazi familiari o la loro solitudine.

Gli spazi extra-analitici prevedono quindi spazi di lavoro culturale di gruppo condivisi da pazienti e operatori, nel tentativo di pensare in gruppo, anche sulla base del fatto che la collettività contemporanea, a Milano come in molti luoghi dell'Occidente, manifesta sintomi di individualismo distruttivo sulla base di gruppi malati e sull'assenza di contesti per rappresentare tali fenomeni. In alternativa ai gruppi, se il paziente non riesce a frequentarli, vi

sono progetti individualizzati a partire dai talenti esistenziali dimenticati dal soggetto, per aiutarlo a ritrovare un amore per la propria verità negata o dimenticata.

In molte occasioni infatti la cultura per molti pazienti è stata un elemento di cura a patto di realizzare prodotti reali ed effettivi di carattere culturale validi per tutti, non configurandosi cioè come sola riabilitazione fine a se stessa per soli pazienti e prevedendo una condivisione fra operatori e pazienti in un common ground progettuale.

In sostanza si prova a lavorare sui contenitori del paziente come elemento riparativo rispetto alla mancanza di simbolizzazione e di domanda introspettiva.

Tipologia dei pazienti

I pazienti in cura hanno diagnosi diverse, dai disturbi di personalità alle patologie di area psicotica, spesso definiti come resistenti alle cure, già avvenute presso altre strutture sia psichiatriche che psicoanalitiche.

Infatti sul piano sociale e anche terapeutico, il pensiero psicoanalitico di gruppo e le sue esperienze trasformative, offrono un'alternativa alla polarizzazione fra una "left wing" politica legata storicamente ai gruppi, ma oggi in crisi e spesso ipocrita o svuotata dai contenuti della sinistra storica, e una destra politica conformista: questa esperienza invece nel complesso ambisce ad un'omeostasi fra fenomeni individuali e di gruppo, per limitare al massimo le dinamiche di invasione del gruppo nel soggetto o viceversa un eccessivo dominio di un soggetto su un gruppo. I fatti che ne derivano mirano tutti, quelli piccoli e quelli grandi, a conoscere e condividere, ove possibile, una propria trasformazione non traumatica (Bion 1996). Il campo che deriva da queste pratiche e dinamiche favorisce un'esperienza emotiva correttiva (Yalom 1995) nei casi dove presumibilmente vi è stata un' invasione massiccia di elementi del gruppo familiare nel soggetto o di esperienze traumatiche pervasive su soggetti con un sé troppo fragile per integrare un elemento gruppale inelaborabile che penetra nei confini del sé.

In parole più semplici può essere che uno dei problemi attuali sia proprio il fatto di non riuscire a vedere le proprie soggettività altre e personali rispetto all'invasione di un oggetto di gruppo (una mentalità familiare, una ideologia sociale) che riducono le capacità di sogno e di incontro con il proprio patrimonio emotivo e con una buona separabilità da oggetti invasivi e non significanti.

In tal modo l'identità del soggetto è funzione di elementi di gruppo malato, o contenuta in gruppalità malate nel soggetto.

Altri presupposti sono la crisi delle istituzioni, i pazienti difficilmente curabili con setting tradizionali, lo studio del campo familiare, il recupero della psicoanalisi mediante la psicoanalisi di gruppo, la cura dei contenitori, la de-soggettivazione – deculturazione contemporanea delle persone e il

reinserimento culturale dei pazienti anche mediante iniziative cosiddette culturali.

L'inquietudine che ci spinge a creare contenitori nuovi è connessa alla crisi delle istituzioni, anche quelle psicoanalitiche, e in generale dei contenitori, superando il senso comune che tende spesso a creare aree di collusione con il non pensare o il non soggettivarsi (Riggs).

Come operatori con impronta psicodinamica ci si può domandare come lavorare nel mondo della evidence based medicine o dalla burocratizzazione della mente, al di là del lavoro in studio o in che modo rispettare l'unicità del soggetto nella standardizzazione della psichiatria ma anche nella standardizzazione della psicoanalisi che fatica a trovare spazi di applicazione e di sviluppo "extra studio" senza tradire i principi ispiratori.

Contesto sociale

Credo sia importante dire qualcosa sul contesto sociale che ci vede coinvolti oggi. Un punto importante è il rapporto con la morte, dove oggi il benessere e l'illusione che la tecnologia risolva tutto rendono difficile il contatto del soggetto con la morte, con il dolore, con la perdita e con la possibilità di trasformare le esperienze depressive (prova ne sia il numero elevato di suicidi nei paesi del benessere) in esperienze di crescita e di relazione; ciò può tradursi, psicopatologicamente, nel riscontro che questi temi esclusi dal contesto sociale e culturale ricompaiano nel soggetto con autolesionismi, anoressie e altri disagi che riportano la morte in maniera più evidente a contatto coi sistemi familiari (Benasayag 2009).

Di qui i nuovi sintomi prevalentemente anestetici nel tentativo di proteggersi dalle rappresentazioni del soffrire.

Il contesto sociale contemporaneo ha difficoltà a pensare o rappresentare le separatezze, anche sulla base di legami familiari malati. Una questione che sembra quindi attraversare i confini fra grandi gruppi, famiglia e soggetto è: quali contenitori sono in grado di rappresentare o sognare il dolore e le separatezze, affinché esse possano essere sentite e non forcluse, sostanzialmente non lasciando che l'anestesia, anziché la condivisione e la trasformazione da parte di una funzione mentale e/o relazionale, rappresenti l'unica alternativa.

Nell'occidente contemporaneo, sembra che l'angoscia di morte e di separazione non tollerate, affrontate o integrate nella relazione, ricompaiano presentificate nei disagi che prevedono una corsa verso la morte, come le anoressie (con la possibile morte delle pazienti) o i comportamenti autolesivi, in un ritorno puntuale e tragico di quegli elementi traumatici che non erano stati compresi, incontrati o gestiti nelle relazioni familiari o intrapsichiche. Il lutto e il contatto con l'alterità sembrano infatti in Occidente, essere un tema di difficile attraversamento, con la certezza sociale che la mente fatica a svolgere le operazioni del lutto senza ricorrere alla distruttività.

I kamikaze occidentali (De Clercq conversazione personale), ossia gli adolescenti in occidente decisi a farsi male, confidenti con la morte (spesso come quelli orientali anche se su motivi differenti), sono affascinati dal male per se o per gli altri, esprimendo con questi comportamenti la necessità di un rapporto con il morire che socialmente è ampiamente rimosso e negato. A grandi linee sembra che la durezza e la distruttività si configurino come azioni per eliminare il dolore e la sofferenza per la separatezza, quando questa a diversi livelli non può essere pensata, elaborata o concepita.

Seguendo uno slang giovanile che parla molto della bipolarità positivo/negativo, si potrebbe dire che queste due dimensioni hanno bisogno di contenitori che li rappresentino e che li organizzino in ambiti sostenibili per il soggetto. Nella nostra esperienza, nel dialogo fra i gruppi è possibile che esperienze positive o negative vengano travasate da un gruppo all'altro o dall'individuo al gruppo, così da rielaborare le esperienze più difficili.

Si è pensato pertanto di lavorare assieme ai pazienti per ricercare ambiti più comuni e più condivisi dove le tematiche di chi soffre diventino elementi di riflessione culturale per tutti e di reinserimento sociale meno connotato.

Su un piano metaforico ciò equivale ad una deidealizzazione della stanza di analisi come unico centro trasformativo, e ad un suo collegamento con altri ambiti, sempre pensati da terapeuti, ma più legati a dimensioni culturali. Ciò forse può riecheggiare la deidealizzazione delle figure onnipotenti genitoriali del secolo scorso, con un lutto ed un dolore per la perdita delle certezze, sia familiari che sociali, ma forse a vantaggio di uno sviluppo di codici fraterni di relazione.

Nel setting individuale la metaforica o reale perdita del seno può generare depressione e il lavoro auspicato dalla psicoanalisi è il lavoro sulla perdita, favorendo il passaggio dal grande sé bambino-seno, ad una perdita del seno con lo scopo di poter aiutare il soggetto a tollerare la frustrazione. Per i pazienti simbolizzanti può essere un modello di lavoro efficiente ed efficace.

In questa esperienza per pazienti senza capacità di simbolizzazione questo processo può avvenire in maniera più comunitaria con rappresentazioni di gruppo, con oscillazioni fra il partecipare ad un grande gruppo (un large group al mese, o esperienze di gruppo culturale) e le terapie personali (sia individuali che di gruppo) per poi poter ritornare all'esperienza del large group: questa oscillazione pare importante per garantire buoni rapporti gruppo\individuo.

Ciò pone un elemento di setting che vediamo di solito nelle comunità, ossia la presenza di operatori a diverso significato in diversi spazi della comunità.

Alcuni soggetti frequentano infatti diversi contenitori e diverse esperienze in base ad una decisione dell'équipe o di uno spontaneo disporsi in base alle affinità ed al desiderio del soggetto.

Come nasce l'idea della cura tramite esperienze culturali

L'idea di curare, oltre che con i gruppi psicoterapici, mediante un

collegamento con gruppi cosiddetti culturali, nasce da pazienti specifici che hanno potuto ripensare al proprio talento ed alla propria passione culturale in senso lato (artistica, letteraria, sociale). Questi singoli pazienti usavano spesso metafore culturali o si lamentavano di una condizione di riduzionismo biologico o ancora rifiutavano le cure psicoterapiche, ma esprimevano un grande interesse per ambiti culturali.

I numeri della nostra esperienza sono ridotti, ruotando intorno ai 50 soci dell'associazione, oltre ad un numero di altri 30 che frequentano senza essere soci.

Un esempio di contaminazione fra strati differenti

Un aspetto che pare interessante a livello di rapporti fra strati del "multistrato" (Margherita, 2012), è il rilevare una funzione di commuting intersoggettivo fra spazi diversi di questa esperienza: provo qui a dare un esempio riferendomi alla contaminazione dell'esperienza dei cosiddetti "invisibili".

Una paziente, ingegnere, giunse alla mia osservazione dopo 15 anni di analisi individuale; era gravemente depressa e non sapeva più cosa fare se non probabilmente suicidarsi (paziente considerata resistente all'analisi). Aveva un mancato suicidio in anamnesi. Assumeva un carico di farmaci importante con tutte le categorie chimiche, come in molti casi in cui i medici non sanno più che terapia nuova introdurre.

Piuttosto che proporgli subito una terapia individuale da cui lei era reduce e sfiduciata (sarebbe stata una scelta che avrebbe non accettato, era molto critica sull'analisi e non era pronta neanche per un gruppo), ho provato ad ascoltarla per un po' di volte ravvisando una situazione familiare molto conflittuale e difficile. Proposi a lei di continuare a parlare con me, ma provai ad inviare la madre e il padre ad una collega. La madre rifiutò e disse che avrebbe voluto parlare solo con me. Vista la gravità della situazione decisi di ascoltarla (il rischio di suicidio della figlia-paziente era elevato) ed emerse un racconto interessante: il padre è una persona infantile, regredita e richiedente aiuto alla moglie, che ricatta affettivamente in molti modi. La madre della paziente inoltre affermava il proprio sollievo per la morte dei genitori ritenuti vessatori, ma ciò per lei non era mai stato esprimibile, essendo obbligata a svolgere il proprio dovere prima di brava figlia e poi di brava moglie. Andando avanti nei suoi racconti, la madre della paziente si convince a partecipare ad un gruppo di familiari condotto dal sottoscritto. Nel frattempo anche la paziente, che era favorevole al fatto che la famiglia venisse curata, fece un'esperienza di gruppo. Tale fase di gestione della situazione in attesa di avere una strada più definita è durata circa un anno e arrestò il declino della paziente la quale poté ridurre nel tempo i farmaci, che ora non assume più. La paziente dopo 5 anni di gruppo decide, stando nettamente meglio, di interromperlo, forse inconsapevole del rischio di ripiombare in uno stato di malessere. Di fatto alla fine del gruppo stava meglio e ciò rimanda al delicato

tema del “dopo analisi”. Molti pazienti dopo un'analisi stanno decisamente meglio, almeno per lei fu così (erano avvenute molte trasformazioni significative, anche se avrebbe avuto bisogno a mio avviso bisogno di lavorare ancora), ma vi può essere bisogno di spazi ulteriori pensati da una mente analitica che possano accompagnare il soggetto in modo contenitivo, soddisfacente e tutelante. Decisi, su sua richiesta, di farla affiancare ad una pedagoga per un sostegno sull'inserimento sociale e tale pedagoga, anche essa ex paziente (che aveva da parecchio terminato il suo lavoro analitico), la coinvolse in un gruppo di teatro che l'associazione stava organizzando. La paziente si sentì contenuta da questa esperienza e scrisse un testo teatrale che riprendeva molti temi del gruppo giornalistico che frequentava: in questo modo proseguì il suo dopo-analisi in maniera partecipativa. Il gruppo teatro decise di usare i testi della paziente come testo teatrale e ciò produsse un travaso fra gruppi e una continuazione dei lavori comuni, in maniera da esprimere culturalmente molti temi interni della paziente e dei gruppi stessi. Risultato non estraneo a tutto ciò è anche l'inizio di una psicoterapia analitica da parte del fratello della paziente ingegnere.

Sia il gruppo teatrale che quello giornalistico in questo caso hanno travasato elementi esperienziali fra loro e alcune persone hanno fatto da “ascensori”, da commuters (Neri 2000) fra un gruppo e l'altro.

Tendenzialmente i pazienti che svolgono un lavoro analitico è probabile non partecipino da subito ai gruppi culturali, come nel caso della paziente che è stata seguita per anni senza partecipare a gruppi esterni al proprio, ma in altri casi ciò appare importante proprio per un'esigenza di socializzazione. Anche i familiari di utenti che hanno svolto magari anni di lavoro psicoterapico possono successivamente ad esso partecipare a momenti di gruppo culturale.

Alcune questioni di metodo

L'attività di un analista fuori dal suo studio non è una novità (Racamier, Sassolas, 2001) e può corrispondere ad un'uscita da una chiusura o da un'idealizzazione del proprio ruolo individuale, ma anche all'interesse per lo spazio post analitico del paziente.

Il passaggio dell'analista da uno spazio della stanza ad uno spazio culturale (es. il terapeuta che vede un paziente come analista e poi partecipa paritariamente ad un gruppo culturale) può essere analogo al percorso del paziente, che può oscillare fra spazi diversi.

Prevale qui qualitativamente il dispositivo gruppale sul setting di scuola in quanto l'insieme del dispositivo di cura dell'associazione avrebbe diversi livelli di inclusione e di partecipazione. La dinamica di gruppo o la tematica di gruppo sembra prevalente rispetto al tema della sola stanza di analisi. In un certo modo potremmo dire che sebbene ciò che avviene nella stanza d'analisi è certamente un fatto terapeutico usuale, la stanza sarebbe essa stessa contenuta nel contenitore gruppale allargato o può non essere il solo strumento. Così ad esempio in un caso difficile resistente e rifiutante ogni

psicoterapia, pur mantenendo uno spazio individuale, l'elemento vincente è stato un piccolo gruppo composto da genitori, nonni, operatori e l'analista che lavorano intorno al ragazzo. Questo analista dovrà aver avuto una competenza di gruppo per poter lavorare sul paziente e al contempo su questo contenitore che ha potuto svelare i temi familiari significativi utili per il caso. Uno spazio precedente di analisi con una collega a tante sedute settimanali non smuoveva nulla, anzi peggiorava il quadro clinico sempre di più. In questo caso uno giovane psicologo che affianca il ragazzo nella giornata è stato un ulteriore elemento importante, colmando in qualche modo un'assenza della figura paterna. Il padre morto anni fa era stato infatti "sostituito" dal nonno materno il quale per compensare il dolore della perdita aveva colmato il ragazzo stesso di ogni tipo di benessere, fra l'altro emarginando la madre del ragazzo stesso, sua figlia, dal ruolo genitoriale.

In situazioni di questo genere i familiari possono diventare compensatori del caso e il gruppo in questione va visto e pensato come dinamiche, sebbene ciò si sia realizzato dopo un anno di lavoro (la famiglia era resistente a lavorare su questi temi). Va anche detto che prima di questo approccio il paziente era in costante peggioramento seguito sia da servizi pubblici che privati.

A volte i pazienti, dopo anni di lavoro o dopo significativi passi compiuti, possono frequentare oltre la stanza di analisi individuale o di gruppo, anche altri spazi e ciò può corrispondere ad un'evoluzione del rapporto, ad una sua trasformazione.

Pur nel mantenimento di funzioni e significati del ruolo di ognuno, è possibile che osservino in diretta come l'analista partecipa ai momenti di gruppo e in che modo potersi integrare nei diversi contesti secondo ciò che avviene nei gruppi, sviluppando funzioni terapeutiche invece che setting terapeutici.

In tal modo parliamo di spazi a diverso gradiente terapeutico: ciò sembra aiutare un processo che tratti i problemi fondamentali su piani differenti a seconda del significato del gruppo. Cioè, se individualmente ognuno può trattare il suo problema esistenziale in un setting clinico con un terapeuta dell'associazione, può poi estendere tale trattamento ad un livello culturale per poi ritornare al setting tradizionale, in un'oscillazione continua, che darebbe voce ai diversi strati della personalità in accordo col fatto che la persona godrebbe di un'appartenenza ad un sistema multistrato (Margherita 2012).

In conclusione tale approccio si basa sull'efficacia di una terapia fra gruppi a diverso significato, con valorizzazione dei talenti sia analitici sia extra-analitici del soggetto, grazie alle dinamiche di gruppo. Tali dinamiche possono vedersi in un effetto-travasato fra gruppi diversi operato mediante persone "commuters" fra diversi gruppi e nello spazio mentale dei soggetti.

Lo sviluppo di diversi gruppi in questa esperienza, alcuni terapeutici, altri culturali, ha generato una comunità a più strati che metaforicamente ricorda un edificio psichico, con "persone-ascensore" fra strati diversi, che favoriscono un dialogo fra questi diversi piani.

Queste funzioni di commuting (Neri 2000), di “soggettività transizionali” o di funzione “ascensore” avvengono fra piani diversi della stessa casa mentale e ciò può fornire un’esperienza diffusa di un contenitore sufficientemente sano in grado di elaborare i fenomeni di carattere distruttivo.

Studio del gruppo familiare

Fra tali gruppi o contenitori vi è quello familiare, che diventa un oggetto di studio importante, anche qui però con correttivi rispetto al singolo setting del paziente.

I nostri interventi clinici possono avvenire pertanto anche prima di un trattamento vero e proprio del cosiddetto paziente, sul gruppo familiare, ma tutto ciò presuppone comunque un pensiero analitico, senza il quale questo discorso non avrebbe un senso: così il nostro gruppo di lavoro ha attuato riflessioni su quanto le teorie e le prassi in uso oggi fossero adatte a curare l’adolescente contemporaneo, o se servissero modelli nuovi che potessero permettere di meglio intendere l’importanza degli “interstizi intergenerazionali” e del “non detto transgenerazionale”.

In sintesi abbiamo dovuto interrogarci sulla psicopatologia contemporanea, che prevede almeno un cambiamento del rapporto con il lutto, con la separatezza e con il senso del limite.

Come terapeuti, rispetto ai nostri “nonni”, ossia gli autori che hanno iniziato la psicoanalisi un secolo fa, molti di noi si interrogano sulla possibilità di esplorare strade maggiormente intersoggettive e di poter “fare un lutto” e una trasformazione rispetto a modalità di cura che oggi non sarebbero più all’interno dei modi di essere o di soffrire delle persone. Oggi i pazienti adolescenti sono magari tecnicizzati o esperti in aree prestazionali, ma hanno strumenti diversi da quelli utilizzati tre generazioni prima per affrontare i lutti, le separazioni e i limiti. Rispetto al paziente sopracitato che aveva perso il padre, il mio lutto è stato quello di non averlo aiutato in senso individuale con un setting classico per una intolleranza assoluta ad ogni frustrazione, ma di aver potuto pensare ad un piccolo gruppo con la sua famiglia e uno o due operatori implicati come strumento di lavoro, oltre alla presenza di due operatori diurni.

In questo caso cioè le cure hanno dovuto evolvere e diventare più vicine alle aree primarie, come un gruppo misto capace di fornire un contenitore primario: in sostanza abbiamo dovuto come terapeuti trasformarci e saper abbandonare delle certezze, in altre parole fare dei lutti rispetto a modalità di lavoro o di credenza teorica che vedevano l’analista distante da modalità intersoggettive o gruppali. È proprio questo che molte frange di adolescenti invece si trovano a non saper fare, ossia compiere operazioni di lutto, per affrontare le piccole o grandi morti che possiamo incontrare.

Ci possiamo domandare cosa sperimenta il soggetto nei casi in cui l’esperienza materno infantile, la esperienza dell’appartenenza del gruppo

familiare, non permetta una relazione oggettuale sufficientemente tutelante le capacità simboliche o la contenibilità degli oggetti persecutori.

In parole più semplici, quanto l'assenza di un limite ha consentito una esperienza intima del dolore, quanto in famiglia si è riusciti a non illudere che le protezioni siano perenni e totali, quanto si evita di tollerare il dolore, quanto i pianti dei figli sono stati sentiti solo come una disgrazia, o ancora quanto i traumi possano essere stati trattati e non silenziati, quanto i legami dei genitori verso i figli non siano stati motivati da problemi non risolti dai genitori, quanto si è favorito un mondo solo buono senza aiutare i figli ad affrontare i dolori in ragione o di un'assenza del paterno (forse reattivo al maschile del secolo scorso, produttore di guerre e di violenza autorizzata) o di un'ipertrofia del materno protettivo in cui il dolore o la separatezza sono considerati non come elementi da esperire, quanto da anestetizzare.

Molti di questi pazienti presentano un rifiuto nel domandare aiuto, anche se è possibile che esso sia chiesto dai familiari, con la successiva necessità di comprendere che tipo di pensiero sviluppa l'analista attorno alle domande dei familiari.

Il caso del ragazzo senza il padre è un forte esempio di resistenza ad ogni trattamento, ma di bisogno di un'esperienza di gruppo familiare correttivo attorno a sé come funzione pensate e quindi terapeutica.

Come Bion ci insegna, il tollerare l'assenza dell'oggetto può generare pensieri e così, l'allontanamento della idealizzazione della certezza in psicoanalisi può equivalere al rimanere senza seno ed avviare quindi una rappresentazione del non seno analitico.

Ossia la perdita del seno perfetto psicoanalitico potrebbe trasformarlo in un seno diverso, con un'operazione di lutto per poterlo adattare ai pazienti contemporanei ed ai forti cambiamenti sociali. Per esempio le trasformazioni da analisti individuali in analisti di gruppo: molto spesso nelle società di psicoanalisi si avverte spesso il problema del gruppo come di creazione facile di sottogruppi o di diverse chiese. Ciò è umano credo, ma anche penso che corrisponda alla difficoltà a pensare in maniera trasformativa e non certa o comunque in divenire, pur avendo sempre l'obiettivo della cura.

I concetti di enactment o di self disclosure muovono in effetti in questa direzione ossia nello studio della posizione dell'analista nell'intersoggettività della relazione, piuttosto che le ricerche sul setting (Pellizzaro 2016) nei trattamenti del gruppo familiare o le esperienze di Francesca Borgogno sui gruppi multifamiliari o ancora quelle dell'Austen Riggs in USA dove i setting analitici si depositano in un setting comunitario di gruppo allargato.

Il grado di deprivazione di molti pazienti, di bisogni primari e i cambiamenti degli accudimenti dei bambini nelle società moderne credo siano da ripensare sulla base delle ormai rare buone holding, di gruppi familiari capaci di tollerare ed elaborare il trauma, dell'inversione di ruolo genitore-infante, con richieste che i figli curino in molti modi i genitori.

Ciò sembra abbia esposto molti bambini a separazioni molto precoci. In questo senso i ruoli lavorativi delle madri sono da alcuni decenni cambiati, nel senso di un maggiore impegno della donna e ciò può implicare diverse conseguenze nel senso di esposizione dei bambini a stati di negletto o di abbandono o semplicemente di esposizione ad angosce eccessive.

È per questo che la nostra prassi prevede tempi lunghi di holding e presa in carico del paziente o del gruppo familiare, con lo sforzo di conoscere i contenitori del gruppo familiare o i contenuti di esso, che sono non così rilevabili o visibili immediatamente, né dal soggetto, né dai curanti.

Viene pertanto pensato che la molta libertà e il molto silenzio, da sempre vissuti come giusto rispetto e ascolto in analisi, siano spesso oggi vissuti come abbandoni, nell'ambito di separatezze non esperibili o non ancora rappresentabili. In questa fase storica inoltre il ruolo dei genitori è cambiato: spesso aderiscono essi stessi al modello occidentale del benessere, della rimozione del concetto di morte, della ricerca narcisistica come riuscita sociale, stabilendo impliciti patti narcisistici coi figli che spesso invertono la propria posizione e diventano metaforicamente genitori dei loro genitori, come vasi comunicanti, senza barriere.

In questi ambiti il modello psicoanalitico tradizionale può essere anche applicato allo studio dei contenitori che facilitano tali processi, ossia le famiglie o ai gruppi sociali naturali o terapeutici. È possibile che i contenitori sociali abbiano un ruolo fondamentale e sebbene questo sia un lungo discorso esso può essere riassunto nel principio che vede un tentativo di allontanare il senso di colpa o la rappresentazione del dolore, il negativo, nell'ambito di un difficile incontro dell'uomo con la propria distruttività tanto manifesta nel secolo scorso (Comelli, Ramella, Bocchiola, Psicopatologia e Politica).

Ciò può trasmettersi agli ambiti microsociale delle famiglie (Borgogno 2016, Pellizzaro 2016) e apre a trattamenti del gruppo familiare, con lo studio della famiglia come un gruppo sia a più generazioni che nel gruppo orizzontale.

Badaracco e Narracci (2011) affermano che nel paziente designato si può osservare la presenza di stati psichici (come agiti, idee compulsive, reiteratività di funzioni) che non sono "digeribili", come se il paziente fosse la stazione di arrivo di questo materiale, che però trova un'origine e una stazione intermedia in genitori alle prese con situazioni di intrattabilità di nuclei traumatici o di dolore non elaborato.

In un'esperienza di lavoro con una famiglia, Pellizzaro (2016) propone momenti differenziati del setting che prevedono, a seconda del processo in corso, incontri con il gruppo familiare intero in seduta e l'alternanza di momenti individuali di uno dei membri, in particolare del membro cui il gruppo famiglia inconsciamente sceglie di dare attenzione.

Ciò segnala un'uscita dai normali e codificati sistemi di cura per le psicosi, piuttosto "rodati", e una domanda sullo sviluppo di strutture terapeutiche

nuove o su sistemi che permettano metodologie più adatte ai pazienti e non alla validazione delle singole teorie o scuole, quasi sempre “incrostate”.

Nel caso della famiglia in questione ogni paziente aveva effettuato lavori analitici individuali di molti anni, ma senza cambiamenti reali.

Ad esempio il ricorso costante ad agiti sulla base di legami patologici propone la questione del non esclusivo utilizzo di strumenti che esplorino l'interiorità del soggetto, quanto che forniscano dei contenitori meno patologici di quelli che compongono il gruppo interno del paziente o dei familiari.

In questo senso pare interessante il vertice dei gruppi di familiari come ambiti di studio sulle funzioni di contenitore, secondo Leoni “contenitori rotti” (Leoni 2014).

Per pazienti nei quali si assiste ad un deficit di domanda di cura e con i quali – come già era stato notato sin dagli studi e ricerche pionieristiche di Mara Selvini Palazzoli (1988) – l'implicazione del contesto familiare risulta strutturalmente parte della sofferenza soggettiva, è stato necessario articolare un tipo di intervento di cura a più livelli, con un coinvolgimento forte anche di familiari del paziente, in primo luogo i genitori, e con un coordinamento e una collaborazione forte fra più terapeuti che settimanalmente si confrontavano nel gruppo dei curanti (Comelli 2014). Un'idea portante era che molti di questi pazienti, spesso trattati solo individualmente, presentassero nei loro sintomi, aree del gruppo familiare a più generazioni non ancora risolte dall'intero gruppo familiare stesso. Di qui l'idea di verificare e valutare l'esistenza di tali aree e il loro rapporto con la sintomatologia resistente, in modo da evitare che la cura fosse solo su soggetti separati (es solo il figlio o solo il genitore), ma anche sulle aree non risolte della famiglia a più generazioni. Una simile strutturazione del lavoro ha permesso che i pazienti riducessero grandemente i drop-out e le fughe dalle terapie: un elemento ritenuto fondamentale è stato non solo l'aver soccorso la genitorialità, ma il lavoro sulle dinamiche del gruppo dei curanti, che hanno potuto affrontare in uno spazio altro le conflittualità familiari e, in definitiva, restituire al curante del singolo paziente un'idea delle aree conflittuali della famiglia del soggetto in cura, riprodotte in vivo nel nostro gruppo. I pazienti intorno ai quali si è incentrata la nostra riflessione teorico-clinica e il nostro lavoro di cura e di ricerca sono soggetti nei quali, oltre alla carenza o assenza di domanda di cura, si trova una ridotta, quando non praticamente assente, capacità di simbolizzazione degli affetti, rispetto ad un grande utilizzo dell'agito, in vario modo auto lesivo, anziché processi più evoluti di elaborazione del dolore psichico.

Il passaggio a gruppi culturali

Per alcuni pazienti in questa esperienza è possibile che vi siano momenti di cura tradizionale anche di anni e momenti in cui vi è un passaggio dal rapporto analista-paziente ad un rapporto in cui il paziente entra in gruppo.

Cosa intendo per questo passaggio? Intendo o un passaggio da un setting individuale ad uno di gruppo oppure da setting solo analitici a setting di gruppo post analitici, ossia in gruppi non (direttamente) terapeutici in cui vi è un conduttore di gruppo e un conduttore culturale in cui tutti, analista compreso, mettono a disposizione il proprio patrimonio di vita in un travaso di esperienze.

L'idea è che vi sia un collegamento, a tempo debito, fra spazi terapeutici e spazi di gruppo culturale, con punti di scambio e di contatto fra diversi ambiti, alcuni direttamente terapeutici altri indirettamente. Ciò può rendersi necessario da una particolare resistenza del paziente o dalla necessità di farci noi a misura delle esigenze dei pazienti.

Il caso del ragazzo che sta meglio solo grazie ad un gruppo misto di parenti ed operatori che fa da contenitore è un esempio del farci interpreti delle esigenze dei pazienti pur lavorando con il timone sull'elemento gruppo (in questo caso misto operatori e familiari). La motivazione spesso evidente è cioè la resistenza alla psicoterapia o alle cure tradizionali, affrontata con metodologie che il paziente o il terapeuta notano efficaci anche se con setting multipli.

Lo stesso discorso vale per le terapie del campo familiare: stessa partenza di fondo, un mancato cambiamento dei pazienti, spesso un peggioramento, molte resistenze, e la necessità di approntare qualcosa di più efficace e di più rispondente alle vere domande del paziente, ancora non espresse.

Un altro elemento che orienta questo tipo di flessibilità dei setting è il fatto che molti pazienti hanno già svolto anni di terapia individuale senza esito, con analisi spesso interminabili e spesso con peggioramenti, diminuzione dell'autonomia e patologica dipendenza dall'analista.

Evidentemente le casistiche sono molto diverse ma va detto che le tipologie sono spesso di due tipi: il primo di pazienti resistenti con diagnosi grave, borderline o compulsività; il secondo di pazienti che svolgono un buon lavoro psicoterapico e analitico e che dopo anni di lavoro possono aver bisogno di evoluzioni su altre aree con contenitori diversi come evoluzione del loro tema sviluppato in analisi.

Inoltre un elemento che orienta forse questa associazione è la possibilità di lavorare in gruppi e coi gruppi, dunque privilegiando un funzionamento sul gruppo nelle sue diverse forme.

I gruppi culturali

Essi nascono da talenti dei pazienti e da loro desideri di sperimentazione: in questi gruppi l'analista è certamente meno centrale che nello spazio individuale e può apprendere molto dal gruppo pur mantenendo una propria idea e un assetto interno sulle questioni del gruppo, che anche se non terapeutico presenta sempre questioni di dinamica gruppale. Il fatto che vi siano diversi esperti di gruppo diffusi nei diversi spazi può aiutare a condividere un ruolo di conduzione o di condivisione che apre a diverse esperienze basate sul funzionamento dei gruppi.

Ciò si rende necessario quando lo spazio analitico non è sufficiente per pazienti gravi o compulsivi per un lavoro trasformativo dove poter attingere a rappresentazioni e processi vitali. Ciò in fondo è quello che succede nelle comunità, ma qui non vi sono mura reali o stanze o alloggi, ma analoghe funzioni

L'evoluzione cronologica di questo lavoro ha visto crescere sia un gruppo giornalistico, poi gruppi culturali finalizzati alla realizzazione di progetti mirati, come interviste, realizzazione di un blog, di un libro, serate culturali in large group, gruppo attoriale e musicale e altro ancora. Per questi gruppi culturali vi è nella maggior parte dei casi, un partecipante con esperienze terapeutiche di gruppo.

Il travaso reciproco e la possibilità di scambio di esperienze avviene molto naturalmente e in maniera continuativa, con un setting anche di large group culturale una volta al mese. Si può diffondere cioè una cultura di gruppo che può prevedere la pensabilità degli oggetti gruppali. Ad esempio il fatto che il large group sebbene tratti temi culturali sia un ambito di gruppo è piuttosto evidente: in questa esperienza il fatto che vi siano diversi gruppi e che alcune persone partecipino a più di una esperienza, consente involontariamente un travaso ed un passaggio di temi ed argomenti da un gruppo all'altro, in un ambito di intersoggettività dei gruppi. In tal modo un problema ad esempio di distruttività può essere gradualmente "processato" dal passaggio in diversi ambiti in modo da diffondersi e diventare un'esperienza non solo unica per il protagonista di tale sentimento, ma utile per tutti.

Gli spazi fisici con i relativi ascensori e passaggi, rimandano all'utilità di una mente certo estesa, ma anche in movimento, come antidoto alla cronicità del pensare sempre gli stessi pensieri.

Quest'esperienza in toto si è visto che tende a trasformare i pazienti da "solo-pazienti" a operatori culturali.

Sebbene sia ancora da studiare, va detto che tale setting multiplo e multidimensionale appare come un setting di ricerca per il rapporto fra gruppi, famiglia, istituzioni e società, nell'ottica di uno studio delle patologie dei contenitori. In Italia vi è un bisogno profondo di studiare e di fare esperienza di gruppi sociali che non evolvano verso un pensiero mafioso o corrotto e pertanto essa si configura come un laboratorio dove la psicoanalisi prova a dialogare con diversi setting di ricerca, necessità segnalata da Marco Sarno (Sarno 2015).

Si è così anche sviluppato gradualmente un dialogo sulla rappresentazione inconscia del disagio mentale e delle sue possibili cure, prendendo la forma di una comunità di pratiche in rapporto fra loro, senza un disegno conscio e predeterminato, se non con l'idea del gruppo con i suoi assunti terapeutici applicati.

Proprietà

Un'altra implicita considerazione metodologica è che non vi è un proprietario manifesto dell'esperienza stessa, ossia non una scuola precisa (semmai è incoraggiato la presenza di operatori di diverse scuole) o un individuo ben definito o un'ideologia obbligata, se non la formazione di alcuni operatori nell'area dei gruppi o la partecipazione di molti pazienti a diversi gruppi terapeutici. Di qui una predisposizione alla rinuncia al narcisismo, non tanto come deriva morale, quanto come esito di una elaborazione psicoanalitica di gruppo o delle esperienze di vita di gruppo estesa ai partecipanti.

L'assenza di un proprietario di questa esperienza parte dal rischio delle patologie istituzionali (vedi i patti denegativi di Kaës 1999), o come sottolinea Gramsci, della facilità con cui le teorie in cui crediamo diventino strumenti di potere a fini di "partito" o di gruppo di potere malato. L'assenza di un elemento di proprietà non esclude buone genitorialità o buoni momenti di riflessione mediante diffusione di principi psicoterapici legati ai gruppi.

Il potere e il possesso sembrano l'opposto della capacità negativa (Bion 1963) che invece richiama ad un non possesso o ad un non potere malato sull'altro e che si manifesta tollerando l'ignoto a vantaggio dello sviluppo di un'esperienza sufficientemente buona di gruppo.

Sebbene non si possa fare a meno del potere o di forme buone di potere che sono intrinseche alla funzione genitoriale (Aulagner 1994), il suo abuso dettato da diversissime ragioni, può influenzare grandemente lo sviluppo di patologie mentali, sia a livello familiare che extra-familiare: in tutti questi casi il confine fra i due soggetti subisce una deformazione o una variazione di permeabilità che minaccia una sana identità, sulla base di un disturbo dei rapporti fra contenitori della psiche e loro contenuto; nei casi di grave disturbo è possibile che un contenitore pervasivo e invasivo sul soggetto abbia evitato quel grado omeostatico fra soggetto e gruppo che appare così importante per la salute mentale. Per evitare tutto ciò si prova a realizzare una buona orizzontalità di questi processi, un'integrazione dei fatti psichici, e una loro rappresentazione.

Ciò è importante anche su un piano sociale: ad esempio alcuni giovani orientali vengono nutriti in contesti già invasi da tematiche di guerra o, nel caso dei giovani occidentali, allontanati da un rapporto con il negativo, con la morte e con il dolore non rappresentabile. In molti adolescenti sia orientali che occidentali si è verificata una corsa verso la morte che ha bisogno di un pensiero clinico.

Così il verificarsi di un totalitarismo emotivo di elementi non ancora affrontabili, può diventare una pluralità non integrabile nell'uno e diventare quindi un fattore disgregante la persona, mentre una pluralità integrabile con il sé diventa una espressione di ciò che Socrate definiva dell'uomo come polis. Le pluralità non integrabili darebbero luogo ad abusi di potere interni dove la fragilità non avrebbe un'espressione costruttiva e di sviluppo del soggetto, avviando a livello sociale fenomeni di distruttività esplicita latente come la

corruzione. Il recupero delle fragilità e delle emozioni ad essa connesse, come la vergogna (Amati Sas), diventa parte del nostro lavoro.

Le patologie del potere, proprio a livello intrapsichico o del gruppo familiare sostituirebbero delle possibili buone separazioni e separatezze, come delle buone esperienze genitoriali o fraterne.

Un esempio di intersoggettività fra gruppi (materiale preso a campione nella settimana dal 14\3\16 al 21\3\16)

Sul piano metodologico va detto che i gruppi non terapeutici, pur avendo un compito anche operativo, procedono con ordine associativo come i gruppi terapeutici.

Nel *gruppo scrittura* (9 persone) viene discusso la realizzazione di un tabloid, con compiti vari, ciò si trasforma in una discussione il cui tema è quello della differenza fra il contributo di un dottore come tecnico e di quello dello stesso dottore come persona. Le esperienze del dottore sono come dr. Francesco Comelli o come le opinioni sul tabloid di Francesco Comelli? Si parla del caso di un uomo che lavora contro ogni conformismo e si parla di quanto in quel caso la separazione della madre avesse consentito una sua buona espressione critica civile.

Si parla dell'editoriale che dovrà esprimere una leadership. Si pensa alla necessità di esprimere chiaramente cosa si pensa come persone e sulla comunicabilità del proprio stato d'animo.

Contemporaneamente al gruppo scrittura in un'altra sala era in svolgimento un *gruppo multifamiliare* dove il tema era stato quello della necessità di conoscere il genitore come persona anche da parte dei figli.

Nel *gruppo blog* del giorno dopo, martedì pomeriggio ci sono 12 persone (presenti solo due persone che c'erano la sera prima, uno un ex alcoolista che ha smesso di bere proprio in corrispondenza della sua attivazione nell'associazione e un paziente psicotico con recuperato funzionamento sociale); gli argomenti sono quelli del rapporto con la morte, i kamikaze occidentali, con una possibile intervista con l'ultimo kamikaze vivente giapponese. Il discorso si sposta sui contesti dell'associazione, delle piccole comunità dove ci sarebbe una maggior gestione delle angosce, vi sono paesi con molto spazio agli associazionismi, ma anche qui emerge che la leadership non è del più avanzato come istruzione, ma di chi ha più valenza associativa e capacità gruppale. Penso e dico che parliamo molto di modelli di leadership e di come è pensabile la funzione che tiene assieme e chi ha questo stile e modo fra noi.

Nel *gruppo di terapia del martedì sera* (9 persone, nessuna delle quali afferente ai gruppi descritti sopra) il gruppo svolge una funzione di regolatore delle frustrazioni per un paziente che pare sempre troppo narcisista per difendere proprie aree di fragilità sentite come improponibili o male giudicate. Il gruppo è molto efficace in questo lavoro, con soddisfazione di tutti.

Nel *gruppo progetti del giovedì mattina* (alcuni erano presenti o al gruppo scrittura o al gruppo blog) il tema è quello del periodo di difficoltà del gruppo teatrale che ha prodotto uno spettacolo bellissimo, ma che ora, con la dimissione della responsabile, non riesce a trovare una conduttrice. Il gruppo riesce a capire che forse il gruppo teatro è difficile da condurre, sono 20 persone e che ci vorrà forse una figura capace di supportare la regista, che appare troppo direttiva; ancora una volta si parla di leadership, in questo caso di una leadership troppo direttiva, che necessita di qualcuno che la supporti nel comprendere il gruppo, ossia un terapeuta di gruppo che la affianchi per aiutarla. Viene preferito anche qui un ruolo non troppo direttivo o professionalizzato del regista quanto una figura che sia di supporto e di aiuto a rappresentare i temi emotivi del gruppo, mentre la regista appare un po' troppo impegnata nel suo ruolo al di là delle persone. La questione è la non definizione dell'autorità, oppure se professionalizzare o lasciare più liberi i gruppi, etc.

Al *gruppo di terapia del giovedì sera* (vi sono due pazienti che partecipano ad altri gruppi) il gruppo va sul tema dell'agonismo nei gruppi e della possibilità di poter avere sani individualismi, aver spazi individuali, come ad esprimere le angosce legate al gruppo, ma trovando alla fine della seduta un buon modo per oscillare fra esperienze soggettive e gruppali, come i pendolari, con la relazione che può aiutare sia nell'essere da soli che nello stare insieme. L'elemento non consapevole del gruppo potrebbe essere l'angoscia dello stare assieme e la difficoltà nel pensare alle risorse del gruppo stesso. In settimana non vi sono stati altri gruppi.

I gruppi presenti:

Dopo un adeguato periodo clinico o preclinico può essere che:

- a) il paziente richieda di partecipare a momenti di gruppo
- b) il paziente conosca le attività culturali e chieda di partecipare
- c) l'équipe o un operatore immagini una presenza del paziente in una attività.

In seguito, sebbene non vi siano percorsi obbligati, è presumibile che il soggetto svolga una terapia classica e partecipi a momenti di gruppo o di large group generale in una "fisarmonica", un'oscillazione fra clinica e momenti a scopo più socio-culturale.

Gli spazi di gruppo culturale sono:

Il *gruppo Borderblog*: una redazione di pazienti e operatori che associano liberamente sui temi culturali importanti nell'attualità (es. lettura di articoli di giornale che ci hanno colpito). Lo scopo è un'attività di giornalismo emotivo come forma di reintroduzione dei pazienti, a seguito di una loro esclusione, in un ambito culturale e sociale; ossia persone che con gli occhi di chi ha vissuto gravi traumi o difficoltà interne può leggere la realtà in modo più completo di chi la legge con gli ormai conformistici occhi dell'indifferenza.

Gli argomenti discussi vengono poi proposti come argomenti per il gruppo cultura. Frequenza ogni 15 giorni

Il gruppo cultura: un large group aperto alla società in cui gli argomenti decisi o discussi in redazione vengono poi elaborati in un large group che ha una frequenza di una volta la mese. Possono intervenire pazienti, parenti, operatori e persone semplicemente interessate. Vengono invitate persone, relatori e molti pazienti si preparano per il tipo di argomento, studiando e producendo una competenza.

Gruppo attoriale, musica video: si tratta di un gruppo che prepara dei format, utilizzando testi che emergono dalla redazione o dalle serate o da singoli che scrivono, per rappresentare come testo attoriale o musicale o video ciò che emerge da questi contesti. Partecipa a realizzazioni pubbliche o progetti di istituzioni specializzate. Ogni 15 giorni.

Gruppo scrittura finalizzato Tabloid: si tratta di un gruppo che riflette sullo scrivere e che sta producendo un testo. Vi è un livello esperienziale dove si parla del modo in cui scriviamo, e un livello di vera e propria scrittura che avviene per conto proprio, la frequenza è quindicinale.

Gruppo maglia: è un gruppo che si occupa di tessuti, di lavoro della maglia, di riparazioni e di orli.

Iniziativa di uscita serale: (cena, ballo, altro)

Vela: (uscite amatoriali con implicito passaggio di nozioni o abilità velistiche)

Gruppo progetti: è un gruppo di studio di possibili progetti condiviso da pazienti e operatori.

Spazio aperto: pomeriggio senza operatività ma con possibilità di usufruire della sede liberamente per svariati motivi

Sostegno individuale pedagogico sul talento soggettivo e scolastico

Sul piano clinico invece abbiamo:

L'équipe. Esistono quattro spazi - equipe a significato differente:

-una è un'équipe composta da terapeuti e da operatori culturali (che possono essere anche ex pazienti).

-l'altra è il gruppo del "Transgenerazionale", dove vi sono solo psichiatri o psicoanalisti che analizzano le famiglie sulla base di elementi non integrati o elaborati nel corso di tre generazioni: alcuni colleghi seguono i genitori, a volte anche, oltre naturalmente al paziente stesso.

-la terza è la supervisione di gruppo per conduttori di gruppo

-la quarta è il gruppo progetti, dove afferiscono sia operatori che pazienti.

Questi spazi possono essere o di soli operatori oppure di pazienti ed operatori accomunati da un lavoro che prevede una lettura delle dinamiche di gruppo.

Tre gruppi psicoterapici

Sedute individuali

Un gruppo multifamiliare (familiari con figli)

Conclusioni

I problemi clinici che ci troviamo ad affrontare partono spesso da difficoltà nelle cure (fallimenti istituzionali; difficoltà a trovare una cura sufficientemente continuativa; pazienti resistenti ad ogni tipo di cura, spesso traumatizzati, come descritti da Shapiro). I pazienti vengono valutati e viene formulato un progetto che comprende spesso il trattamento dei familiari o la scelta della terapia più idonea, usualmente una psicoterapia, ma spesso viene attivato, nei casi che rifiutino una psicoterapia o che abbiano già molte psicoterapie alle spalle, un ascolto individuale con una pedagoga che faccia un progetto in linea con una tematica esistenziale del paziente che chiamiamo preclinico. Esso consiste in un aiuto nella realizzazione di un progetto creativo caro al paziente o nell'esprimere una progettualità su un'area problematica da sempre (es. la scuola) per lui.

La partenza è dunque clinica, essenzialmente clinica sia per il paziente che per il familiare: setting individuali o di gruppo, non prima di una attenta diagnosi psicodinamica familiare, quando disponibili i genitori, che comprende la posizione del soggetto rispetto al proprio gruppo familiare di riferimento, per rappresentare nel curante un intervento a partire dalle specificità o dai problemi dei gruppi cui appartiene il soggetto. Diremmo una cura in base alla malattia di gruppo che il soggetto presenta e non solo in base alla malattia individuale (es. la malattia del gruppo familiare è preponderante sulla malattia del singolo soggetto? In questi casi come trattare il paziente?).

Ecco quindi che prenderci un tempo anche lungo di disamina che non è già definito da un'etichetta, né diagnostica (es. questo paziente è psicotico) né terapeutica (stiamo facendo la psicoterapia analitica, sono di scuola XY, questo paziente deve fare un gruppo etc. etc.), corrisponde allo sviluppo di un processo che andrà definito ma che implica uno studio della domanda del soggetto, delle sue malattie di gruppo familiare o sociale e delle eventuali possibili risposte terapeutiche.

Il tipo di cura che verrà proposta, nella speranza che possa essere accettata, emerge da un pensiero clinico che lo trasforma a seconda di alcuni pensieri: il paziente è adatto o meno ad una terapia individuale, è in grado di simbolizzare? Di cosa ha bisogno? La sua situazione individuale è contenuta in contenitori o legami familiari troppo malati perché lui possa lavorare con se stesso e un altro? In altre parole la malattia del gruppo eccede quella del soggetto? La frammentazione o lo smantellamento familiare, così frequenti oggi, sono una realtà che impedisce al soggetto di tollerare le solitudini di un lavoro analitico?

Domande di questo tipo vengono integrate nello studio dei contenitori e del campo dei gruppi importanti attorno al soggetto stesso. Cioè a dire che vi è una parte del lavoro di tipo clinico, ma poi vi è anche la parte diciamo più culturale che trasforma le esperienze cliniche soggettive in narrazioni culturali e in ambiti di gruppo allargato nei quali viene data la precedenza a temi culturali che emersi implicitamente dalla clinica.

In sostanza, la metodologia nasce dal valorizzare l'introiezione nella psiche individuale delle esperienze di gruppo: si lavora cioè su esperienze di “gruppo interno” o comunitarie o ancora su trasformazioni di elementi del gruppo familiare in modo integrato con la propria personalità e si favorisce il ritrovamento della propria posizione nel mondo, alternativa all'indifferenza sociale e alla mancanza di amore per la verità (Harendt 2016).

Volendo semplificare, sul piano clinico vi sono terapie analitiche classiche di base (individuali o di gruppo), poi vi è un contenitore per i gruppi familiari e alcuni contenitori per gruppi culturali che gradualmente diventano un linguaggio di rappresentazione culturale e gruppale allargata. Nel tempo questa esperienza nel suo complesso ha dato vita ad una associazione (Basti-Menti). Il percorso dei pazienti, dopo una terapia classica individuale o di gruppo (che può prevedere anche la cura dei familiari anch'essi individualmente o in gruppo) o durante la terapia stessa, può comprendere anche partecipazioni a momenti di cura mediante la cultura.

In bibliografia sono presenti riferimenti teorici e metodologici riguardo ad esperienze che partono dagli stessi presupposti ma va detto che questa esperienza pare per ora difficile da replicare per alcune unicità e peculiarità, sebbene possa trovare iniziative vicine per qualità dei partecipanti e per metodologia (vedi ad esempio il Recovery College, Boyle and Harris).

L'iniziativa è pertanto nuova e innovativa ma necessita sia di un follow-up, sia di individuazione di criteri di valutazione dell'efficacia, sia di un percorso formativo per operatori che possano sviluppare eventuali prospettive di prosecuzione o utilizzo in altri contesti, valutando sul campo se questo sistema sia replicabile al di fuori dello specifico dispositivo che peraltro va implementato.

Bibliografia

Aulagnier P. (1994), *La violenza dell'interpretazione*. Borla, Roma

Benasayag M., Schmit G. (2009), *L'Epoca delle passioni tristi*. Universale Economica Feltrinelli ed Milano 2009

Bion W.R. (1963), *Elementi della psicoanalisi*. Armando, Roma

Bion W.R. (1996), *Cogitations*. Armando, Roma 1996

Borgogno F. et al. (2016), *Cura del Campo Familiare e Transgenerazionale: gruppi verticali a tre generazioni in una famiglia*. In *Psicoterapia di gruppo ed aree di confine della psichiatria contemporanea, a cura di F. Comelli*, nr 34 www.funzione gamma .it

Comelli F. (a cura di), *Psicoterapia di gruppo ed aree di confine della psichiatria contemporanea*. Numero monografico 31. Funzione Gamma (www.funzionegamma.it), rivista telematica bilingue, Sapienza Università di Roma 2015

Comelli F. (2015), *I Disturbi psichici nella globalizzazione*. Franco Angeli, Milano

Fowler J. C., Plakun E. M., Shapiro E. R. (2016), *La resistenza al trattamento*. In Resistenza al trattamento e Autorità del Paziente. Ananke e il Porto, Torino

Gramsci A., Gerratana V. (1990), *Quadreni del carcere*. Einaudi, Torino

Harendt H. (2016), *Socrate*. Raffaello Cortina, Milano

Yalom I.D. (1995), *Teoria e pratica della Psicoterapia di gruppo*. Bollati Boringhieri

Kaes R. (1999), *Il gruppo e il lavoro del preconscious*. In Gaburri e Contardi (a cura di), Enigmi della cultura e disagi nella civiltà. Bollati Boringhieri, Torino

Margherita G. (2012), *L'insieme multistrato. Gruppi, masse, istituzioni fra caos e psicoanalisi*. Armando, Roma

Neri C. (2000), *Gruppo*. Borla, Roma

Pellizzaro (2016), *Dai contenitori rotti ad esperienze nuove e vitali in terapia: dalla comunicazione perversa alla scoperta dell'individuazione e del mondo degli affetti*. In Psicoterapia di gruppo ed aree di confine della psichiatria contemporanea, a cura di F. Comelli, nr 34 www.funzionegamma.it

Plakun (2011), *Resistenza la trattamento e autorità del paziente: il trattamento psicomodinamico dell'Austen Riggs Center*. In Terapia di Comunità, Rivista bimestrale di psicologia Anno 11

Sarno M. Ambrosiano L. (2015), *Corruttori e corrotti, ipotesi psicoanalitiche*. Mimesis, Milano

Shapiro E. R. (2011), *Resistenza la trattamento e autorità del paziente: il trattamento psicomodinamico dell'Austen Riggs Center*. In Terapia di Comunità, Rivista bimestrale di psicologia Anno 11, n. 48, Settembre 2011

Sassolas M. (2001), *Terapia delle psicosi*. Borla, Roma

Verheul, R.Kranzler, H.R., Poling, J et al (2000), *Axis 1 and Axis 11 disorders in alcoholics and drug addicts: fact or artifact? J. Stud Alcohol*, 61

Sitografia

Amati Sas S. <http://www.centropsicoanalisiromano.it/archivio-lavori-scientifici/dal-1976-al-2000/viewdownload/1-a/56-amati-sas-1995-etica-e-vergogna-nel-controtransfert.html>

Boyle, D. and Harris, M. (2009). *The Challenge of Co-production: How equal partnerships between professionals and the public are crucial to improving public services*. Nesta (online).

http://b.3cdn.net/nefoundation/312ac8ce93a00d5973_3im6i6toe.pdf

Francesco Comelli Psichiatra - Psicoanalista SPI (Società Psicoanalitica Italiana) Dir. Scientifico ABA (Associazione st. Membro didatta IIPG (Istituto Italiano Psicoanalisi di Gruppo). Direttore Istituto Italiano Psicoanalisi di Gruppo di Milano. Professore di Etnopsicopatologia, Univ. di Urbino. Coord. Sc. Basti-Menti (psiche benessere società).
St.: Corso Porta Nuova 3, Milano. Tel. 393 9793932

Il gruppo terapeutico e l'istituzione: relazioni reciproche e funzioni terapeutiche

Lilli Romeo

Abstract

Le riflessioni che seguono si riferiscono alla conduzione, in un ambito istituzionale, di un gruppo di pazienti affetti da importanti patologie psichiche. Obiettivo di questo lavoro è tentare di illustrare empiricamente, attraverso la presentazione di alcune vignette cliniche, le complesse dinamiche di interazione e di influenza reciproca tra il gruppo e l'istituzione nella quale lo stesso è nato e ha trovato il suo spazio (ri-)fondativo ed evolutivo. Cercheremo di vedere se e in che modo, tali dinamiche e reciproche influenze abbiano orientato la vita e la storia del gruppo, i suoi processi evolutivi e trasformativi.

Parole chiave: gruppo, istituzione, formazioni psichiche intermedie, setting, relazione contenitore-contenuto (♀♂)

Funzione strutturante e terapeutica del gruppo/istituzione

Prima di addentrarci nella empiricità dell'esperienza penso sia utile considerare l'importante funzione strutturante e terapeutica dell'istituzione. Questa funzione è stata già riconosciuta da Bion (1976), che – come è noto – ha ideato e condotto uno dei primi esempi di comunità terapeutica (esperimento di Northfield) e ha introdotto la pratica psicoanalitica di gruppo. Ma è stata più recentemente affermata da numerosi psicoanalisti quali, per esempio, R. Kaës, R. Hinshelwood, A. Correale, i quali, pur nella specificità delle rispettive teoresi psicoanalitiche e dei rispettivi ambiti di ricerca, descrivono ampiamente le indiscutibili funzioni contenitive, oltre alle potenziali funzioni trasformative ed evolutive del gruppo inteso nelle sue molteplici possibili configurazioni (gruppo di pazienti, gruppo di curanti, gruppo istituzione, ecc.), ed anche le modalità e gli effetti delle reciproche interazioni.

Queste posizioni teoriche trovano la loro origine e il loro fondamento nella natura relazionale della mente. Che la mente umana abbia una natura relazionale è una conoscenza implicita già nel concetto di *transfert*, attraverso il quale Freud ha riconosciuto ed evidenziato l'importanza che la relazione con l'“altro” e gli affetti hanno per l'evoluzione psichica e come questi intervengano nel processo di malattia e di cura dell'individuo.

Wilfred Bion (1962), nella sua teoria del pensiero, propone un affascinante modello relativo al funzionamento normale e patologico della mente, con il quale dimostra ancora una volta l'origine relazionale di quest'ultima così come della capacità di pensare. Egli indica nell'attività di due importanti meccanismi – la relazione dinamica tra qualcosa che si proietta, un

contenuto, ♂, e qualcosa che è in grado di contenerlo, contenitore, ♀ (♂↔♀) (relazione bambino↔madre, ma anche paziente↔gruppo, gruppo↔istituzione), e la relazione dinamica tra posizioni schizo-paranoide e depressiva (PS↔D) – l'elemento necessario al differenziarsi all'interno dello psichismo dell'apparato per pensare, il quale si rivela peraltro indispensabile alla corretta trasformazione dei dati sensoriali e grezzi dell'esperienza (elementi β) in elementi utili alla formazione dei pensieri (elementi α).

Poiché la vita psichica, sia inconscia sia cosciente, è regolata da *processi intersoggettivi* che riguardano gli scambi tra soggetti, la “presenza – scrive R. Kaës (1981) – sia essa materiale o anche solo fantasmatica, di un “*assetto istituzionale*”, soprattutto nel trattamento dei pazienti gravi, assume un'importanza primaria.

L'istituzione, in quanto realtà conoscitiva, è capace di mobilitare i livelli più primitivi della vita psichica, ma soprattutto di offrire all'individuo che ne partecipa, grazie alla “struttura poliadica” (Corrao 1981) del gruppo inteso come la totalità organizzata delle interrelazioni tra gli elementi o membri che lo costituiscono, opportunità integrative di particolare rilevanza. E' proprio tale struttura a consentire la creazione di sistemi di relazioni interpersonali, di combinazioni e connessioni tra funzioni mentali ed elementi tra loro eterogenei.

L'esperienza del “molteplice” (Neri 1985) o, come preferisce chiamarla Kaës (1993), del “plurale”, connaturata all'istituzione, rende quest'ultima particolarmente qualificata alla cura di pazienti la cui patologia è caratterizzata, nella sua eziologia, dall'interazione di fattori di natura sia intrapsichica sia ambientale (famiglia, rete sociale, istituzioni di appartenenza), e che spesso sono inaccessibili agli strumenti del setting classico (Vigorelli 2005).

La capacità di mobilitare l'utilizzazione dell'“apparato psichico gruppale” (spazio psichico comune) (Kaës 1999), che è un apparato di legame, di trasmissione o di trasformazione, e la presenza delle formazioni intermedie (gruppo, setting, leader) – a loro volta espressione della complessità istituzionale e il cui tratto caratterizzante è la reciprocità che inducono tra gli elementi che legano – rendono l'istituzione particolarmente idonea svolgere queste specifiche funzioni.

La relazione gruppo ↔ istituzione

Veniamo adesso più specificamente al gruppo e alla relazione tra gruppo e istituzione. I gruppi che si svolgono nelle istituzioni avvengono a loro volta all'interno di gruppi allargati. Il setting nel quale il gruppo si svolge assume allora una natura istituzionale dalla particolare rilevanza, poiché gli conferisce una sorta di cornice che ne influenza notevolmente l'andamento.

Il *setting del gruppo terapeutico* è in un rapporto d'incastro e di reciprocità con il setting dell'istituzione stessa (gruppo ↔ centro di salute mentale ↔

circoscrizione territoriale ↔ dipartimento), oltre che con il *setting interno* (compreso quello teorico) del terapeuta.

Il clima affettivo che governa il funzionamento dell'istituzione può facilitare o ostacolare il lavoro dei gruppi a seconda, per esempio, che vi sia o meno una libera circolazione di pensieri e affetti tra gli operatori, che vi sia condivisione e sostegno al progetto che ne è alla base, che vi sia un sufficiente grado di inter-relazione¹⁾, in senso blegeriano, tra gruppo e istituzione, cioè che vi sia un'adeguata differenziazione delle rispettive identità, dei rispettivi funzionamenti nonché dei processi organizzativi ed evolutivi. E ancora che si mobilitino all'interno dell'istituzione idonei processi psichici e apparati di legame, di trasmissione e trasformazione atti a favorire i rapporti tra il soggetto e l'insieme intersoggettivo di cui è parte, così come tra il gruppo e il contenitore istituzionale nel quale lo stesso è inserito.

Il gruppo in quanto “formazione psichica intermedia, - scrive ancora René Kaës – è ciò che lega i soggetti tra loro in una realizzazione di tipo onirico e attraverso la comunanza dei sintomi, dei fantasmi e delle identificazioni, in modo che possano investirvi i loro desideri rimossi e trovare i mezzi deformati, deviati, travestiti, di realizzarli o difendersene” (Kaës 1991, p. 37). Costituisce uno strumento terapeutico efficace poiché facilita l'attivazione di alcune importanti funzioni della mente individuale, quali l'attenzione, la memoria e la funzione poetica (intesa quale capacità della mente di aggregare elementi contraddittori per formare nuovi simboli, idee e pensieri), che spesso nei pazienti gravi appaiono significativamente compromesse.

L'istituzione, in quanto spazio di vita alternativo a quello consueto percepito come troppo persecutorio, e la relazione con un “terzo” significativo – l'altro in genere e, ancor più, il gruppo, l'operatore, l'analista, (Correale 2006) – costituiscono condizioni necessarie perché questa attività psichica possa dispiegarsi. Non possiamo dimenticare che la vita organizzativa e psichica dell'istituzione può essere governata da una serie di aspetti, regolamenti, accordi consci e inconsci (cfr., Kaës 1991), modalità di lavoro e funzionamento che la stessa si dà, i quali, se non ben integrati e ove necessario funzionalmente significati anche all'interno del piccolo gruppo, possono attaccare e/o compromettere il processo terapeutico dello stesso.

In altri casi, invece, l'istituzione stessa, con le sue norme, i suoi assetti, i suoi modelli di funzionamenti e strategie risolutive, è in grado di svolgere molteplici funzioni necessarie e strutturanti della organizzazione, delle dinamiche e dell'economia psichica individuale e gruppale, facilitando - come vedremo esemplificativamente più avanti in questo lavoro -, attraverso specifici processi e significazioni che potremmo definire “normalizzanti” o, per utilizzare un linguaggio blegeriano, “sincretizzanti”, l'elaborazione e l'integrazione anche delle manifestazioni e degli eventi potenzialmente più catastrofici e destrutturanti.

L'esperienza clinica

Il materiale clinico che mi accingo a presentare è, come anticipato, relativo ad un gruppo di pazienti con grave disagio psichico (le diagnosi più frequenti erano di *schizofrenia*, e *disturbo borderline* di personalità) ad esordio prevalentemente adolescenziale, tutti afferenti ad un centro di Riabilitazione Psichiatrica (Centro Diurno), struttura semiresidenziale interna ad un Dipartimento di Salute Mentale di una Asl di Roma.

Ho tenuto questo gruppo in qualità di terapeuta allora ancora in formazione, per circa due anni e mezzo. L'esperienza era stata pensata nell'ambito di un progetto di riabilitazione e inserimento lavorativo di ciascuno dei pazienti e si è svolta presso la sede di una Cooperativa Sociale integrata (le cui attività erano volte alla formazione e all'inserimento lavorativo delle persone con disagio psichico) convenzionata con il Centro Diurno.

L'obiettivo era quello di offrire ai partecipanti uno spazio mentale condiviso di elaborazione e trasformazione di pensiero, indipendente dall'istituzione psichiatrica nel quale fosse possibile favorire il raggiungimento di una più positiva, realistica auto-rappresentazione e l'evolvere di un processo di consapevolezza anche rispetto alle proprie risorse e potenzialità; si tratta peraltro di un percorso indispensabile ai fini di un positivo inserimento lavorativo di pazienti affetti da gravi forme di disagio psichico.

Alcuni dei ragazzi coinvolti in questo percorso terapeutico avevano già fatto una o più esperienze di gruppo con altri analisti o psicoterapeuti. Non avevo "selezionato" io stessa i pazienti, né avevo potuto svolgere dei colloqui preliminari con ognuno di loro, bensì mi furono presentati nel corso di una riunione d'équipe. In quella stessa occasione mi furono descritte, a grandi linee naturalmente, le loro storie, familiari e istituzionali, e gli aspetti psicologici e psicopatologici, unitamente ad una definizione del quadro psicodiagnostico di ciascuno.

Con il mio arrivo il gruppo si (ri-)fondava (grazie anche all'ingresso di nuovi membri) da uno già esistente, che fino a poco tempo prima era stato condotto dalla responsabile del Centro. Quello che mi apprestavo a tenere era dunque un gruppo istituzionalmente "*pre-concepito*" (Bion 1970), che sentivo appartenere più alla struttura nella quale era nato, nella quale era immerso e che lo conteneva (cfr., Marinelli 2008) che a se stesso, o a me, in quanto conduttrice.

Sapevo che avrei potuto cercare di svolgere al meglio il mio compito tenendo conto dell'"insieme" emotivo, affettivo, mentale, relazionale interno al campo mentale dell'istituzione" (Marinelli 2008 p.60), oltre che delle norme comportamentali e degli insiemi relazionali che governano il contesto nel quale mi trovavo. E questo anche quando, al prevalere del funzionamento istituzionale su un piano organizzativo (cfr., Belger 1991), accadeva che gli operatori dimenticassero di comunicarmi importanti informazioni quali, per esempio, l'arrivo di un nuovo membro, e addirittura il grave incidente avuto

da un altro; o, ancora, quando la stabilità del setting e lo “spazio analitico” (Corrao 1977; 1982) del gruppo, venivano o rischiavano di essere compromessi, per il presentarsi di “urgenze” e situazioni nuove all’interno della Cooperativa. In tali circostanze, mi confrontavo io stessa con l’emergere di una serie di turbolenze emotive che avvertivo, a volte, come destabilizzanti il mio assetto mentale, e quindi la funzione analitica che ero chiamata a svolgere.

Si rendeva allora necessario il costante esercizio di quella “mobilità operativa” (Corrente 1996) che consente al terapeuta di cogliere le richieste e i bisogni dei pazienti, produrre le trasformazioni e amplificazioni semantiche in grado di rendere il materiale clinico più fruibile e meglio utilizzabile nel lavoro con il gruppo, l’elaborazione, anche fuori dal setting, dei depositi emotivi inelaborati (soprattutto di quelli che non erano potuti entrare nel processo analitico delle sedute), ma anche “di affrontare gli effetti delle trasformazioni che l’esperienza stessa va generando nella persona del conduttore, di raccogliercle e metterle a disposizione del gruppo” (ibidem)

I pazienti

Inizialmente i partecipanti erano 11, 9 ragazzi e 2 ragazze (**Sa, A, GD, MF, FF, Se, FA, St, D, Ma, MS**) di età compresa tra i 26 e i 45 anni. **A** e **D** sono le uniche due donne del gruppo. Tutti afferivano al Centro Diurno e/o alla Cooperativa da più anni (cinque, sei anni). Sei di loro, **MS, Sa, GD, MF, FF** e **St**, avevano già partecipavano ad un gruppo; gli altri (**D, Ma, A, Se, FA, A**) erano i nuovi arrivati, e il loro ingresso ha consentito la nascita del gruppo di cui stiamo parlando. **A** lascerà il gruppo prima della pausa estiva, mentre in ottobre arriverà un altro ragazzo, **GC**. Tutti, ad eccezione di **A**, al momento in cui è iniziato il gruppo, seguivano una terapia farmacologica. Accanto all’analisi di gruppo, alcuni (**GC, Se, D, FF**) erano seguiti individualmente da un infermiere o un operatore, con colloqui che prevedevano una frequenza settimanale.

Setting istituzionale e setting di gruppo nella relazione ♀♂: Bion e Hinshelwood

Dopo la breve introduzione teorica, la descrizione degli obiettivi del percorso terapeutico e dei suoi partecipanti, tenterò una rappresentazione più puntuale dello specifico contesto nel quale il gruppo, ormai costituito, si incontrava e svolgeva il proprio lavoro. Riporterò poi qualcuno degli episodi che hanno accompagnato l’evolversi della relazione tra questi due campi emozionali e di pensiero, distinti ma inevitabilmente in interazione. Proverò a farlo attraverso un breve resoconto della storia del gruppo in rapporto al setting istituzionale che lo conteneva, avvalendomi in tal senso della raffigurazione bioniana della relazione ♀♂ e, più particolarmente, in questo specifico caso, della successiva elaborazione proposta da R. D. Hinshelwood (1998), circa le sue possibili fenomenologie.

Inizierò dalla descrizione del setting e di una serie di fatti prodotti dallo scambio sinergico tra gli oggetti in interazione, il gruppo e l'ambiente istituzionale. Questi avvenimenti determinando una influenza reciproca e scambievole, impongono inesorabilmente anche reciproci adattamenti.

Il setting del gruppo e l'intrecciarsi delle relazioni tra gruppo e istituzione

Il gruppo si incontrava nella Cooperativa convenzionata con il Centro Diurno. Era stata destinata al gruppo una stanza nella quale nel corso della settimana venivano svolte le attività lavorative. Si è trattato di una stanza da lavoro, dunque, con un arredamento semplice e adatto allo scopo per il quale era stata concepita: un tavolo – scrivania con delle sedie, nella parete destra un orologio da muro e un mobile libreria; la porta finestra del balcone con sotto un altro mobile e alla parete sinistra dei tavoli con i computer da lavoro e un telefono; accanto una poltrona. Il gruppo aveva iniziato a riunirsi una volta alla settimana, per un'ora e mezza, il sabato mattina.

Il mantenimento un "vero" setting psicoanalitico si è rivelata fin da subito un'impresa ardua e, spesso, impossibile.

La particolare patologia dei pazienti richiedeva da parte mia una certa apertura ed elasticità: spesso infatti l'uno o l'altro dei ragazzi, soprattutto nei momenti di maggior angoscia, quando i temi affrontati nella seduta erano particolarmente dolorosi e/o deliranti, al prevalere degli elementi β , dunque, manifestava atteggiamenti ansiosi, inquieti, e metteva in atto comportamenti a chiara valenza evacuativa: richieste di poter lasciare la seduta prima della conclusione, di uscire dalla stanza per andare in bagno, o per prendere l'acqua, rispondere al telefono, ecc., erano gli "agiti" più frequenti.

Esigenze istituzionali, di ordine burocratico – amministrativo e lavorativo (scadenze, riunioni, ecc.) hanno comportato a volte la necessità di saltare la seduta per mancanza di spazio e l'esigenza di un continuo confronto, una elaborazione e un contenimento delle "turbolenze emotive" a cui vedevo esposti i pazienti – e ai quali io stessa mi sentivo esposta –, e l'opportunità di continue ricostruzioni della storia del gruppo.

Ma possiamo ad esaminare più da vicino l'accadere di questi avvenimenti.

L'assunzione di uno dei pazienti, **Se**, al bar della Cooperativa, dopo la prima vacanza estiva, per esempio, ha reso necessario, su esplicita richiesta istituzionale, cambiare il giorno e l'ora delle sedute: il gruppo non si poteva più incontrare il sabato mattina, poiché in quel giorno la presenza di **Se** era necessaria al bar. Si decise di fissare al mercoledì pomeriggio il nostro nuovo appuntamento settimanale. Tale cambiamento non mancò di produrre stati carichi di forte emotività.

L'ingresso non annunciato del nuovo membro **G**, attivò intensi vissuti di persecuzione, che si aggiungevano ai sentimenti depressivi, peraltro negati,

per l'abbandono da parte di **A** (una delle due ragazze) e di **St**, a cui si associava una condizione di "regressione" rispetto al grado di coesione fino a quel momento raggiunto, evidente dal prevalere dei meccanismi di scissione e frammentazione. Senza contare che, da allora, il sempre più frequente permanere anche oltre i normali orari lavorativi, degli operatori, ci ha più volte "costretti" a cambiare di stanza. Non era facile fronteggiare tale realtà, che nel tempo si era fatta sempre più frequente, neppure riportando in seduta quanto accadeva negli "interstizi" (Roussillon 1988), al fine di dare significato e contenimento agli agiti messi in atto sia dall'istituzione che dal gruppo

Tutti questi avvenimenti e situazioni, gli stessi gruppi istituzionali con i quali eravamo in relazione (il Centro Diurno e la Cooperativa), si configuravano nella mia mente come aggregati distinti dalla situazione analitica, ma per la stessa significativi, poiché si costituivano quale "controcampo" (Marinelli 2004) rispetto al campo del gruppo. Emergeva una dinamicità relazionale i cui effetti divenivano palesi con la comparsa, in quest'ultimo, sì di elementi di disturbo che producevano temporanei blocchi del pensiero ma anche, in forma scissa, esperienze e parti del Sé dei pazienti troppo informi per essere poter riconosciute e verbalizzate (cfr. Correale 2007). Questo tuttavia spesso ha potuto favorire il lavoro organizzante e trasformativo del gruppo nel suo insieme e dei singoli individui.

Trascurerò in questa sede di approfondire gli effetti di questi eventi, che, quando più traumatizzanti, richiedevano un lungo lavoro di contenimento e trasformativo. Mi soffermerò invece ad osservare più da vicino l'accadere frequente e contingente di altre piccole situazioni e urgenze, allo scopo di illustrare, con l'ausilio di qualche esempio, l'esprimersi di una fenomenologia relazionale tra gruppo di pazienti e operatori (gruppo istituzionale) che mi sembravano corrispondere ai modelli di relazione contenitore-contenuto rielaborati e proposti da Hinshelwood.

A tal fine si rende necessaria una preliminare descrizione dei tre possibili tipi di relazione che questo psicoanalista ha descritto, a partire dalle teorizzazioni di Bion successive ad *Esperienze nei gruppi*.

Hinshelwood sostiene che la relazione ♀♂ sia la più adatta delle formulazioni bioniane a rendere ragione di apparati e funzionamenti sia della mente individuale sia di gruppo, poiché capace di rappresentare molteplici livelli di relazione: tra pensiero e pensatore, tra parola e significato, tra corpo e mente, tra individuo e gruppo. E nella sua formulazione, anche quelle tra i membri del gruppo. Egli definisce tali possibili tipi di relazione come: "frammentata, rigida, flessibile (crescita minuta)" (Hinshelwood 1998 p. 117). Nel primo caso, "i contenuti sono così vibranti ed esplosivi che l'intero contenitore esplode, quindi reso inattivo, con il risultato finale di non contenimento". Nel secondo caso, "il contenitore è così rigido da non permettere nessuna reale espressione dei contenuti, che vengono quindi adattati al contenitore". Nel terzo, "tanto il contenuto che il contenitore si adattano e modellano

reciprocamente, in modo che tutti e due possano svilupparsi e crescere” (ibidem).

Contenitore frammentato, rigido, flessibile nel rapporto gruppo-istituzione, individuo-gruppo

Il verificarsi incidentale, e più spesso in tempi diversi da quelli dell’incontro, di alcuni danni alle strutture della sede (rottura degli impianti idraulici del bagno; rottura delle sedie, ecc.) dei quali il gruppo veniva ritenuto responsabile, produceva in tutti vissuti di instabilità, precarietà, non riconoscimento, incertezza, colpa. Questi fatti accadevano anche dopo molto tempo dall’inizio e divennero più frequenti negli ultimi mesi.

Nei due anni trascorsi si era lavorato molto anche sulla natura dei legami aggressivi e ambivalenti che si manifestavano sia tra i partecipanti sia nei rapporti con l’istituzione e mi sembrava che il gruppo – nonostante il continuo prepotente imporsi degli assunti di base – avesse maturato un cambiamento evolutivo sempre più palese: vi era una buona consapevolezza e una migliore comprensione del modo in cui, sia il gruppo sia gli individui, usavano questi legami per contenere e affrontare vissuti catastrofici e emotivamente intollerabili; il riconoscimento dei legami positivi che si erano sviluppati (quelli che Bion chiama L e K) e della loro importanza; il mantenimento di una continuità di pensiero tra una seduta e la successiva, una maggiore coesione, strutturazione e organizzazione dello stesso; l’attenzione rivolta anche agli aspetti strutturali del setting (sedie, costituzione del cerchio), che, spesso, al mio arrivo, trovavo già pronto. Eppure, sembrava che al livello dell’istituzione non fosse possibile riconoscere, almeno in quel momento, che forse il gruppo stava cambiando e cominciava a stare meglio. Gli episodi di cui racconterò hanno cominciato a verificarsi dopo circa un anno e mezzo: il primo in ottobre e il secondo, successivamente, in primavera, quando mancavano solo pochi mesi alla conclusione.

Non riporterò un resoconto completo delle sedute, ma solo i fatti necessari a illustrare questi modelli di relazioni.

Contenitore rigido

*Alla prima seduta del mese di ottobre, la presidente della Cooperativa era in sede con altri operatori per una riunione. Mi disse che “doveva redarguire i ragazzi per il loro comportamento in occasione degli incontri del mercoledì”. Mi chiese se preferivo lo facesse all’inizio o alla fine. Le risposi di scegliere liberamente. Disse che l’avrebbe fatto alla fine, quando ci sarebbero stati tutti. La notizia attivò una serie di ansie: tra i ragazzi (tutti presenti ad eccezione di **S**) si diffuse un preoccupato vociare: “E. ci deve fare un rimprovero!”, ripetevano.[...]. La seduta fu aperta da **GD** che informava della scelta di **S** di lasciare il gruppo [...] “Io ho tentato di fargli capire l’importanza della terapia – ha precisato **GD** – ma non è servito”. Seguirono i commenti negativi di molti, poiché questa scelta veniva vissuta come un abbandono, un tradimento e anche come un’offesa (**St** sosteneva,*

tra l'altro, di non voler venire perché lui sentiva di non essere malato come gli altri). **D** (unica ragazza del gruppo) [...] disse che aveva cominciato a fare dei colloqui individuali con una operatrice del Centro, perché non stava molto bene. **G.** ha cominciato a parlare dei conflitti che si erano creati nell'ultima settimana con un collega di lavoro: questo negli ultimi giorni era mancato e lui era stato costretto a prendere il suo posto alla macchinetta del caffè. Il collega, inoltre, aveva detto che sarebbe andato via ma aveva anche minacciato di aggredirlo fisicamente. Tutto questo gli suscitava molta rabbia. Gli interventi di **Se** e **Ma**, che lavorano anche loro al bar, erano sintonici e solidali con **G.** [...]

Il tema centrale della seduta divenne presto la presenza/assenza e le emozioni di rabbia che questa produce. Io ho pensato che la mia conduzione non doveva essere stata molto utile al gruppo nell'ultimo periodo. Ho ripensato però anche all'inizio della seduta e al fatto che la decisione di **St** di non venire più veniva riportata da **G** e **FF** ad ogni incontro, fin dalla ripresa dalle vacanze estive, quando per la prima volta fu possibile parlare in modo esplicito della conclusione del gruppo. [...] Intervenni dicendo che si stava parlando di persone fisicamente assenti dal gruppo eppure sembrava che il gruppo, nominandole, volesse farle presenti; ma anche probabilmente di altre (come **D**) che sembrava non riuscissero a trovare spazi: la presenza veniva subito annullata, perché non si aveva la possibilità di parlare, di "esserci".

D sembrava sollevata da questo intervento e confermava con cenni di assenso, aggiungendo che a volte per lei è difficile parlare. **Fa** ha sottolineato la necessità di una maggiore attenzione durante gli interventi di ognuno e di un maggiore ascolto. Aggiunsi che la presenza/assenza di **St**, per esempio, (che lasciava il gruppo per la seconda volta) creava forse rumore e disturbo. Il gruppo mi sembrava però come indifferente rispetto a questo pensiero, sebbene in un successivo intervento di **Fa** valutava assurda la motivazione addotta da **S**, perché anche lui non abita a Roma, eppure c'era. Interpretai, infine, che questa presenza/assenza, così faticosa e difficile da sentire, poteva forse riguardare anche la conclusione del nostro lavoro insieme: anche la conduttrice avrebbe lasciato il gruppo. Questa interpretazione fu accolta positivamente.

MS, difensivamente, considerava il momento della separazione ancora molto lontano. **G**, che aveva espresso a lungo un ostentato disinteresse nei confronti del gruppo, esclamò con rassegnazione: Tanto ce lo aspettavamo che sarebbe stato così! Concluso l'incontro, chiamai **E**. la quale fece un lungo rimprovero ed elencò i danni che – a parer loro – solo il mercoledì potevano essere stati causati: sedie e tavolo sporchi, cucine in disordine, sedie rotte, bagno otturato, ecc. Redargui il gruppo in maniera piuttosto severa, invitandolo ad una maggiore cura e attenzione. Pur avendo fatto notare che nulla di quanto detto era accaduto in mia presenza e che il comportamento dei ragazzi era sempre corretto, **E**. ha ribadito la necessità di attenersi a quanto scritto nella lettera che avrebbe lasciato affissa alla parete.

In questa seduta lo spazio mentale istituzionale (rappresentato dalla presenza della presidente della cooperativa) era entrato chiaramente e concretamente in interazione con quello del piccolo gruppo, e all'interno di quest'ultimo è avvenuta l'evacuazione di una serie di emozioni e processi primitivi (rabbie e

angosce persecutorie), che non mi risultava facile comprendere. Forse era stata l'intrusione istituzionale a provocare una regressione del gruppo, provocando la rottura dei legami sia emotivi sia cognitivi che si erano andati sviluppando in tanti mesi tra i membri, e la ri-attivazione di una ideazione primitiva di tipo schizo-paranoide. Ma mi rendevo conto che, ancora più probabilmente, il gruppo mi stava comunicando qualcosa sull'utilità che per la sua vita mentale aveva avuto negli ultimi tempi la mia funzione. Avevo, inoltre, l'impressione che il dilagare di stati emotivi così primitivi, carichi di rabbia e aggressività, avesse lo scopo di mantenere sommerse, alienandole, altre forze emotive inconse, altri vissuti e contenuti, più difficili da riconoscere, ascoltare e fronteggiare. Per esempio, i sentimenti di svalutazione e l'ansia di disintegrazione/separazione a causa degli abbandoni già avvenuti.

Rivolgendo attenzione ai processi tra i membri del gruppo, ancora una volta in chiave di interazione ♀♂ e di oscillazione individuo↔gruppo, questa tendenza può essere rinvenuta, per esempio, nell'interruzione dell'interventi di **D** e della sua conseguente collusione con questa prevalente mentalità di gruppo. Ma, in maniera analoga, era rinvenibile tutte le volte che il gruppo, volendo collocarmi in uno stato mentale -K, interrompeva i miei stessi interventi. Tuttavia, in questo caso, lo sforzo di creare connessioni di significato tra i contenuti portati dai pazienti aveva forse favorito l'emergere di qualcuna di queste forze emotive e il (ri-)crearsi di un campo capace di accoglierle, oltre che di uno spazio mentale di gruppo e intrapsichico individuale più capace di pensarle e contenerle.

Il tema della *presenza/assenza* sembrava esprimere qualcosa di mancante in ciò che i pazienti andavano dicendo: aveva consentito l'attivarsi di una pensabilità su un lutto che il gruppo faceva fatica a riconoscere e al quale era senza dubbio correlato un insieme molto più complesso di emozioni e questioni che appartenevano alle preistorie individuali e gruppali (altri lutti, frustrazioni, abusi, ecc.).

Lo sviluppo di un pensiero sulla *presenza/assenza* dei partecipanti diveniva così una pre-concezione che poneva la mente del gruppo in contatto con la "realizzazione" del (gruppo)-seno-assente. Il clima emotivo che emergeva nel campo e attraversava la relazione era quello della tristezza, "del sentimento di perdita, del lutto separativo dall'oggetto di appagamento" (Sarno 1997, p. 82) e del lutto connesso all'assenza originaria del gruppo.

Il severo rimprovero istituzionale, annunciato all'inizio della seduta e attuato alla fine, sembra quasi possa rappresentare la funzione di "contenitore rigido" che, in quel momento, il primo svolgeva nei confronti del gruppo, la stessa, del resto, che il gruppo sembrava esercitare sui nuclei affettivi più dolorosi: i contenuti venivano adattati al contenitore (cfr. Hinshelwood 1998), schiacciati da questo. Il confronto con il lutto, invece, soprattutto con quello con l'"assenza delle origini" (Sarno 1997) consentì, nel tempo, l'ulteriore

emergere di vicende ed esperienze luttuose più antiche, delle quali, da quel momento, fu possibile avviare un'elaborazione.

Relazione frammentata e rigida

Siamo alla seduta primaverile. Prima di questa, fui raggiunta al telefono da un'altra operatrice, M., la quale mi diceva che continuavano a rinvenire in cooperativa disordine, confusione, materiali da lavoro danneggiati, ecc. Mi invitava pertanto ad essere vigile sui ragazzi, e a chiedere loro di essere attenti a non guastare nulla. Credo che neppure questa volta le mie parole siano valse a far capire che in mia presenza problemi o danni così gravi non erano mai stati procurati. Tuttavia, mi mostrai disponibile e le assicurai che la settimana seguente ne avrei parlato.

*Il mercoledì successivo (presenti sei persone **FF. Fa. Sa. Ma. D. MS**), prima di iniziare la seduta, ho dato questa comunicazione, invitando tutti ad una maggiore attenzione e ad una maggior cura nel lasciare tutto in ordine. **FF** è intervenuto dicendo che, stando tutti i giorni in Cooperativa, aveva dovuto affrontare lui il severo rimprovero di M., la quale aveva trovato un importante foglio piegato e aveva dovuto rifarlo. “Ho cercato di mediare, tra loro e il gruppo – ha detto **FF** – perché mi rendo conto delle ragioni di tutti, ma non è stato semplice”. **Fa** ha precisato che, a sua parere, la responsabilità era anche loro, perché non dovevano lasciare in giro documenti importanti. [...] **FF** ha ricominciato a parlare. Il contenuto del suo intervento è divenuto presto un delirio, ma, rispetto ai precedenti, questo mi sembrava più “contenuto”, meno “allucinato”, connotato quasi da una maggiore “consapevolezza”. Ha detto di voler fare un resoconto della sua situazione relativa agli ultimi vent'anni, da quando ha cominciato a stare male e ha iniziato i suoi racconti dicendo, tra l'altro che [...] solo dopo le cure di tutti questi anni, ha ricominciato a stare meglio e a partecipare a diversi spettacoli. Ha cominciato a frequentare dei gruppi che stavano in una comunità religiosa. [...] A Natale aveva parlato anche con il Papa, ma il Papa era contrariato con lui, così ha capito che “venivano a sapere come ti muovevi”. Ha iniziato anche a suonare la chitarra. **MS** ha chiesto come si chiamasse questa comunità. **FF**: “Era la comunità dei portatori di fede.. si occupano di barboni, di comunicazione attraverso gli strumenti musicali... C'erano cantanti molto grossi. Io li vedevo, che stavano sul palco, ed era anche difficile parlarci. C'era come una distanza...”. **MS** ha chiesto se esistono farmaci che fanno uscire la vera personalità dalla malattia. A vent'anni lui non avrebbe mai immaginato di chiedere aiuto alla psichiatria. Adesso sapere di esserci dentro gli dà un po' fastidio. “Chi sa cosa pensano i suoi vecchi amici di me! Prima stavo bene...se non fosse stato per quell'amico che mi prendeva in giro perché non avevo ragazze!”. Mentre il resto del gruppo stava in silenzio ad ascoltare, ho continuato a fargli qualche domanda, per tentare di fare emergere ancora i vissuti emotivi connessi a quegli avvenimenti e soprattutto ai vissuti presenti. **MS** diceva di sentirsi soddisfatto perché sta meglio, lavora tutti i giorni e fa cose che un tempo non avrebbe fatto: “Speriamo di guarire! – ha aggiunto – Vorrei stare con voi, però vorrei avere una famiglia, dei figli, un lavoro, gli amici... anche perché tra qualche giorno compio 44 anni...”. **FF** osservava che per tutto questo è necessario avere una ragazza. **MS** si è detto d'accordo, ma ha detto anche di avere paura. Se incontrasse A. (la sua ex ragazza),*

*non saprebbe cosa dirle. Probabilmente si limiterebbe a distogliere lo sguardo, o a salutarla. Ho sottolineato il desiderio di **MS** di guarire e come, con le sue parole, esprimesse il desiderio di tutto il gruppo: guarire e stare bene anche fuori dal Centro Diurno. Ma ho fatto notare anche che mi sembrava che il gruppo stesse vivendo un'emozione di paura rispetto a questa possibilità. Ho aggiunto: **MS** si chiede cosa potrebbe fare se incontrasse A. Cosa potrebbe fare se lasciasse il Centro Diurno e la Cooperativa? E lui ha risposto: Sì, è vero, hai centrato. E' proprio questo! [...] Pensai anche a quanto avvenuto con M., l'operatrice. Era stato questo l'argomento di apertura. Inoltre, i riferimenti, anche se inconsci, mi sembravano palesi. Tentai dunque di creare un legame tra i due precedenti interventi. Dissi che mi sembrava che si stesse parlando anche dell'importanza della relazione con la Cooperativa e con il gruppo. Anche **FF** ci aveva raccontato della distanza dai cantanti che avvertiva nella comunità religiosa. Ho aggiunto che il gruppo aveva ricevuto un nuovo rimprovero da un'operatrice, che è possibile sentire ansia in questi casi, e anche sentire distanza dagli operatori, che rimproverano, ma sembra non ascoltino. Ci si può sentire di troppo, in questi casi, guardati dall'alto, disprezzati, o non graditi. Fanno cenni di assenso, ma non dicono nulla....*

Il contatto con l'“assenza originaria” che il gruppo poté esperire nella seduta autunnale, si configurò, nelle fasi successive, come un “cambiamento catastrofico” (Bion 1966), che si esprimeva con il raggiungimento di una maggiore differenziazione tra il contenitore e il contenuto (cfr. Kauffman 1998, p. 193). Questa trasformazione sembrava consentisse, nell'evoluzione delle dinamiche e dei processi di gruppo, anche il confronto con contenuti emotivamente più turbolenti. In questo secondo caso l'intervento dell'istituzione che ospitava il gruppo si era fatto più perentorio e sembrava esprimere una perturbante “intolleranza” nei confronti di quest'ultimo, forse incapace di riconoscere il cambiamento che nello stesso sembrava si stesse verificando. Io avevo l'impressione che il gruppo fosse in quel momento il ricettacolo di processi proiettivi da parte del suo contenitore, diventando trasferalmente il “segno” di altre possibili situazioni che probabilmente rimanevano sommerse. O, ancora, che forse l'“incandescenza” dei contenuti affrontati nel campo del piccolo gruppo avesse prodotto una disintegrazione del contenitore (cfr., Bion 1970 p. 146) e una rottura dei legami comunicativi tra i due: “*relazione frammentata*” (Hinshelwood 1998). Tutto ciò, naturalmente, non poté non avere effetti sulla relazione ♀♂ all'interno del gruppo, effetti che si palesarono immediatamente nel corso della seduta in oggetto.

Il rimprovero di M. aveva provocato un'esplosione anche all'interno del gruppo. Da un'analisi del materiale clinico proposto, mi sembra sia evidente l'affiorare di nuclei e turbolenze emotive intense. I racconti di **MS** relativi al periodo dell'insorgenza dei suoi disturbi e dei suoi primi “*contatti con la psichiatria*”, per utilizzare le sue parole, ma ancor più la regressione delirante di **FF**, mi sembra consentano di individuare intanto l'espressione di intensi

sentimenti di colpa per una possibile punizione/perdita della onnipotente madre-istituzione-gruppo, la quale avrebbe potuto espellere i singoli o il gruppo, in quanto irriducibile, ripugnante e indegno di tutto quanto di buono la stessa é in grado di offrire, compresa la cura e la guarigione (**MS**: “*Speriamo di guarire! Vorrei stare con voi, però vorrei avere una famiglia, dei figli, un lavoro, gli amici... anche perché tra qualche giorno compio 44 anni...*”). Ma il delirio narcisistico di **FF** mi sembra esprima ancor più il dolore per la “ferita” inferta dal contenitore con un “attacco” che aveva rotto i legami comunicativi (“*Era la comunità dei portatori di fede... si occupano di barboni, di comunicazione attraverso gli strumenti musicali... C'erano cantanti molto grossi. Io li vedevo, che stavano sul palco, ed era anche difficile parlarci. C'era come una distanza...*”), oltre al tentativo di difendere la natura sacra del contenuto, cioè dell'identità grupale (e delle singole identità individuali) (cfr., Bion 1970).

Il racconto relativo alle sue esperienze nella “comunità dei portatori di fede” può, con Bion, essere considerata, una raffigurazione pittorica e mitologica (Categoria C della Griglia) (Bion, 1977) della relazione ♀♂ Istituzione↔Centro Diurno↔Cooperativa↔Gruppo.

Con le sue trasformazioni il gruppo era diventato “sacro”, aveva assunto un'identità divina, era “altro”, dunque, rispetto al mondo (Galimberti 2000 in Olidon de Mello, 2008) e all'istituzione, e i suoi membri erano tutti figli di Dio. Attaccarlo, pertanto, poteva essere pericoloso: l'esito era la frammentazione delirante, ma avrebbe potuto essere ancora di più la distruzione del gruppo e l'ulteriore frammentazione delle identità. Naturalmente il gruppo doveva confrontarsi ancora con la difficoltà della crescita e del cambiamento: la sua equiparazione così come quella della famiglia, da parte di **FF**, a identità sacre e religiose indicavano, per esempio, quanto questi contenuti frammentati fossero “rigidi” al pari del contenitore, e quanto l'evoluzione fosse difficile.

Nel gruppo c'erano i legami comunicativi: **MS** è intervenuto legandosi al delirio di **FF**, mentre, nello stesso tempo, ha lui stesso esplicitamente riconosciuto i legami che si erano creati tra i membri tra loro e dei singoli con il gruppo e ne aveva sottolineato l'importanza. D'altra parte mi sembrava che la mente del gruppo fosse in grado svolgere sempre più la funzione di “apparato per pensare i pensieri”, per utilizzare ancora una concettualizzazione bioniana. Questa si esprimeva appunto con le accresciute capacità dei singoli partecipanti di combinare (legare) la comunicazione ma anche di realizzare nuovi atti intuitivi (es. pensiero conclusivo di **D**), i quali, grazie all'elaborazione prodotta dalla funzione γ del gruppo (Corrao 1981) e all'immissione nel campo di nuove esperienze, potevano gradualmente evolvere nella produzione di nuovi pensieri e trasformazioni (K→O).

Contenitore flessibile

Per illustrare la terza relazione ♀♂ (crescita mutua), istituzione ↔ gruppo, descriverò in che modo siamo arrivati alla conclusione dell'esperienza. Avevo

deciso di far coincidere il termine del gruppo con la pausa estiva, pertanto già in autunno avevo comunicato che ci saremmo salutati alla fine di luglio. Solo in aprile, ho saputo invece, dalla responsabile del Centro che la Cooperativa quasi sicuramente avrebbe dovuto cambiare sede e avrebbe dovuto lasciare quella in cui ci trovavamo alla fine di giugno. Pertanto, anch'io avrei dovuto concludere per quella data. Mi esortava però a non comunicarlo ancora al gruppo e a non parlarne con nessuno, perché non ne erano stati informati neppure gli operatori. Mi chiedeva di telefonarle dopo qualche giorno, perché potesse darmi una notizia e una data più certa. Questa novità mi procurò un senso di dispiacere, ma anche di frustrazione: ancora una volta apprendevo una cosa tanto importante per caso (avevo sentito la responsabile in occasione della pausa pasquale). Ancora una volta, inoltre, mi sembrava che le dinamiche istituzionali prevalessero sul riconoscimento dei bisogni dei pazienti, che non venivano informati di un avvenimento così importante: la perdita di una sede era un avvenimento luttuoso, che necessitava di una elaborazione! Tuttavia, mi sono attenuta a quanto mi era stato richiesto. Avuta conferma della data in cui la Cooperativa doveva lasciare quella sede, nel secondo incontro di maggio, ho potuto dire al gruppo che l'istituzione mi chiedeva di anticipare la conclusione del nostro lavoro e che, pertanto, saremmo stati insieme solo fino alla fine di giugno. E – come mi era stato richiesto – che la responsabile del Centro sarebbe venuta in uno dei successivi incontri a parlare con il gruppo. La notizia fu accolta con un'apparente normalità, che mistificava però in maniera palese una negazione difensiva, ed emersero sogni a forte contenuto angosciante e persecutorio. Racconti relativi al servizio militare, con episodi di abuso e sopraffazione, scenari di stati "allerta" e bellici, così come di lutti associati a sentimenti di colpa per la perdita e la paura dell'abbandono.

Il lavoro del gruppo è proseguito con regolarità negli incontri successivi. Io continuavo a sorprendermi e a preoccuparmi del fatto che non fosse possibile parlare di quanto stava avvenendo, mentre il mercoledì tutto in Cooperativa sembrava proseguire in condizioni di assoluta normalità. Nel nostro penultimo incontro, appena arrivata, **Fa** mi ha detto che E. stava facendo una riunione con i ragazzi che lavoravano al bar. Ho atteso che finissero. Dopo circa un quarto d'ora. E. è uscita chiedendo di me. Si è scusata per il ritardo, ma mi ha detto che dovevano parlare con i ragazzi di alcune cose importanti riguardanti il bar. Guardando il calendario, mi ha detto: "*Lo sai che la Cooperativa cambia sede, si?*" E ha aggiunto che il mercoledì successivo avrebbe dovuto essere il nostro ultimo incontro, visto che poi sarebbero stati impegnati con il trasloco. Ho risposto che lo sapevo e che ci eravamo comunicati questa data conclusiva anche con il gruppo. Ero estremamente sorpresa dalla modalità tanto "normalizzante" con la quale E. mi diceva queste cose, in presenza tra l'altro di **Fa** e **D**, che apprendevano di questo cambiamento come se si trattasse di una cosa di poco conto. Anche loro esprimevano sorpresa e perplessità, senza tuttavia dire alcunché. **Fa**, ha

chiesto solo come mai questo trasferimento. **E.** ha risposto che semplicemente non potevano più permettersi quella sede che costava troppo. *“Comunque – ha aggiunto – anche quella è una bella sede. Faremo una inaugurazione con un rinfresco...”*.

Raggiunti gli altri ragazzi per iniziare la seduta, il clima emotivo, anche se intenso e partecipato, mi è sembrato del tutto sereno, come se la notizia del trasferimento della cooperativa non avesse prodotto alcun effetto. Nessun riferimento è stato fatto alla riunione con **E.**, mentre si avvertiva un forte senso di coesione, condivisione, appartenenza e quasi “elezione”, tra i pochi ragazzi che vi avevano partecipato.

Durante la seduta **G** se ne stava comodamente sdraiato, quasi, sulla poltrona, come se fosse su un’amaca, con le gambe appoggiate su un bracciolo e la testa sull’altro, e gli occhi socchiusi. Si è parlato di sfratti e di case ritrovate. **Se**, che aveva dovuto lasciare la casa popolare nella quale abitava con la sua famiglia, aveva trovato una nuova casa. E anche al mio sottolineare l’importanza di un cambiamento di sede, e quanto un avvenimento di questo tipo possa suscitare ansie e preoccupazioni, non ho avvertito da parte loro alcun turbamento. Sembrava che fossi io a dare eccessiva enfasi a questa notizia. Loro ormai sapevano, ed erano pronti. Io cercavo di far emergere dei vissuti emotivi, loro mi guardavano quasi increduli. Sembrava che vivessero il tutto così come gli era stato prospettato: una semplice questione organizzativa. Eppure emerse dalle esperienze di **Se** la paura che ai trasferimenti potessero conseguire esperienze più dolorose, come la perdita di persone alle quali si vuol bene. Ha ricordato, infatti, della separazione dei suoi genitori, dopo il loro trasferimento in casa della nonna; del difficile periodo trascorso in Germania; del fatto che la necessità di trovare questa nuova casa era conseguita alla morte del compagno della madre. Sembrava che quella “normalizzazione” portata da **E.** avesse avuto l’effetto di controllare tutte le angosce catastrofiche associate a simili esperienze. La scissione, il conflitto tra negazione difensiva e “normalizzazione” mi sembravano evidenti. Eppure mi sembrava altrettanto evidente che questa stessa “normalizzazione” dell’evento operata dall’istituzione avesse reso vivibile un ulteriore evento traumatico.

In quest’ultimo caso, la relazione ♀♂ (istituzione↔gruppo) era andata incontro, dunque, ad una ulteriore trasformazione. Il cambiamento catastrofico investiva adesso, per altre vie, il gruppo istituzionale che si trovava a fronteggiarlo. Riassumeva pertanto la sua funzione contenitiva, “ri-appropriandosi” anche di quella funzione di cura che solo per un tempo determinato mi era stata affidata. In questo momento contenuto e contenitore si adattavano reciprocamente, in una relazione “flessibile”, che riallacciava i legami comunicativi, facilitava la condivisione dell’esperienza, offriva ai singoli la sicurezza che derivava dal senso di elezione e appartenenza, avrebbe anche favorito la loro “crescita minuta” (Hinshelwood 1998) a fronte dell’evento catastrofico, ma restituiva all’istituzione, prima dei tempi previsti, quel gruppo del quale in due anni io stesso avevo cominciato a sentirmi parte.

Conclusioni

Nella prima parte di questo lavoro ho centrato l'attenzione sull'importanza che l'assetto istituzionale assume nella cura dei pazienti affetti da grave disagio psichico e sul rapporto di incastro e reciprocità tra gruppo e istituzione; tali rapporti sempre accompagnano la vita e le dinamiche gruppali e istituzionali, orientandone l'evoluzione.

Successivamente - attraverso la presentazione di alcune vignette cliniche e usando quali modelli teorici di riferimento la raffigurazione della relazione ♀♂ proposta da Bion e la successiva elaborazione che della stessa ha offerto R. D. Hinshelwood - ho prospettato un'analisi e una riflessione sulle complesse dinamiche che possono accompagnare tali tipi di relazioni

Abbiamo così potuto assistere agli effetti disorganizzanti prodotti dall'interazione diretta gruppo↔istituzione nel caso in cui lo spazio mentale istituzionale sia entrato "rigidamente" in interazione con quello del gruppo (presenza della presidente della cooperativa nella seduta autunnale), così come agli effetti frammentanti ed esplosivi (il cui apice fenomenologico può essere rinvenuto nel delirio di **FF**) che il persistere di questo tipo di interazione, unitamente alla rottura dei legami comunicativi, ha avuto sugli elementi più fragili e incandescenti delle personalità individuali e gruppali (seduta primaverile).

Allo stesso modo, abbiamo assistito, nella fase conclusiva dell'esperienza terapeutica, qui solo parzialmente narrata, e in concomitanza ad un nuovo evento che si prospettava come potenzialmente "catastrofico" per i pazienti e per la stessa istituzione (il cambiamento di sede della struttura intermedia che aveva ospitato il gruppo, cioè la Cooperativa), alla ri-appropriazione da parte di quest'ultima della sua fondamentale funzione di cura. L'intervento di E., che annunciava con modalità e toni del tutto "normalizzanti" il cambiamento di sede, ha reso "innocuo" tale avvenimento e ha svolto un'importante funzione contenitiva, ri-attivando nei pazienti la sicurezza che può derivare dal sentimento di elezione e di appartenenza all'istituzione. Ha inoltre favorito il reciproco adattamento tra ♀♂, il ristabilirsi tra i due di una relazione più "flessibile" e il riallacciarsi dei legami comunicativi perduti, facilitando la condivisione dell'esperienza e la possibile "crescita minuta" di entrambi (Hinshelwood 1998).

A conclusione di questo resoconto non posso trascurare di considerare la mia funzione e la sua utilità nello specifico contesto, soprattutto al presentarsi dei citati avvenimenti, i quali implicavano continue trasformazioni del campo dell'esperienza e producevano anche in me perturbanti turbolenze emotive, spesso frustranti e disorientanti. Frequenti sono stati i blocchi del pensiero prodotti, a volte, dal proliferare di elementi bizzarri movimentati in misura prevalente dalle vicende personali dei pazienti e dalle dinamiche del gruppo, altre volte dai frequenti interventi istituzionali. Altrettanto frequenti sono stati, soprattutto in quest'ultimo caso, i dubbi su quale senso avesse la mia funzione per i pazienti e per l'istituzione, su quanto cioè si rivelasse utile al

presentarsi delle diverse evenienze, così come frequenti erano i sentimenti di inadeguatezza al compito.

Tuttavia il costante, seppur non semplice esercizio, di un ri-pensamento degli accadimenti, dei processi e dei contenuti delle sedute, e, in particolare delle mie risposte contro-transferali, mi consentivano di liberare la mente da pensieri e stati emotivi destabilizzanti il mio assetto mentale e la mia funzione analitica. In questo modo, diveniva possibile produrre degli interventi interpretativi capaci di attivare – sempre nell’ottica dell’interazione ♀♂ e individuo↔gruppo – le funzioni γ gruppale ed α individuale, le sole in grado di favorire quei processi elaborativi e trasformativi resi possibili dal gruppo di lavoro inteso in senso bioniano.

Da un’analisi del materiale clinico proposto, mi sembra che i miei interventi, di volta in volta finalizzati alla produzione di significati, alla creazione e/o ristabilimento di un campo capace di accogliere e trasformare ideazioni ed emozioni di tipo primitivo prodotte dai pazienti, e ancora, al ristabilimento dei legami emotivi e comunicativi spezzati, facilitavano la capacità trasformativa della mente gruppale e restituivano alle personalità individuali, così come al gruppo, possibilità di soggettivazione e più funzionali capacità di inter-relazione, accompagnando, seppur non intenzionalmente (le vicende istituzionali si succedevano indipendentemente e all’insaputa della terapeuta), entrambi verso nuove trasformazioni relazionali e reciproci adattamenti che, all’incalzare del duplice evento catastrofico – la perdita della sede abituale e la concomitante conclusione del gruppo – si erano rivelate di fondamentale importanza integrativa.

Bibliografia

- Bion W. R. (1976), *Evidenze*. In Seminari Clinici. Raffaello Cortina, Milano, 1989
- Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma 1972
- Bion W. R. (1970), *Attenzione e Interpetazione*. Armando, Roma, 2002
- Bion W. R. (1977), *La Griglia*. In Il cambiamento catastrofico. Loescher, Torino, 1981
- Bleger J. (1991), *Il gruppo come istituzione e il gruppo nelle istituzioni*. In AA. VV, *L’istituzione e le istituzioni*. Borla, Roma
- Corrao F. (1981), *Struttura poliadica e funzione gamma*. In Orme, vol. II. Raffaello Cortina, 1998
- Corrao F. (1977), *Per una topologia analitica*. In Orme vol. I. Raffaello Cortina, Milano, 1998
- Corrao F. (1982), *Psicoanalisi e ricerca di gruppo*. In Orme, vol. II. Raffaello Cortina, Milano, 1998
- Corrente G. (1996), *Trasformazioni del campo↔Identità. Trasformazioni e mobilità operativa del conduttore* (Nota 2). In Koinos. Gruppo e Funzione Analitica, II. Borla, Roma

- Correale A. (2006), *Area traumatica e campo istituzionale*. Borla, Roma
- Correlale A. (2007), *Il campo istituzionale*. Borla, Roma
- Hinshelwood R. D. (1998), *Attacchi allo spazio riflessivo. Il contenimento degli stati emotivi primitivi*. In Schermer V.L., Pines M, (a cura di), *Il cerchio di fuoco. Affetti primitivi e relazioni oggettuali nella psicoterapia di gruppo*. Raffaello Cortina, Milano, 1994
- Neri C. (1985), *Il campo dell'esperienza di gruppo*. In *Koinos. Gruppo e funzione analitica*, VI, 1. Borla, Roma
- Kaës R. (1981), *Realtà psichica e sofferenza nelle istituzioni*. In AA. VV, *L'istituzione e le istituzioni*. Borla, Roma, 1991
- Kaës R. (1993), *Il gruppo e il soggetto del gruppo*. Borla, Roma, 1994
- Kaës R. (1999), *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*. Borla, Roma
- Marinelli S. (2004), *Funzione dell'omogeneità nel gruppo*. In Corbella S., Girelli F., Marinelli S. (a cura di), *Gruppi Omogenei*. Borla, Roma
- Marinelli S. (2008), *Contributi della psicoanalisi allo studio del gruppo*. Borla, Roma
- Kauffman J. (1998), *Tanatropia e gruppi*. In Schermer V.L., Pines M, (a cura di), *Il cerchio di fuoco. Affetti primitivi e relazioni oggettuali nella psicoterapia di gruppo*. Raffaello Cortina, Milano, 1994
- Roussillon R. (1988), *Spazi e pratiche istituzionali. Il ripostiglio e l'interstizio*. In AA.VV. *L'istituzione e le istituzioni*. Borla, Roma 1991, [182-205].
- Sarno L. (1999), *Il transfert e la relazione: evoluzioni teoriche e trasformazioni cliniche del campo psicoanalitico*. In Gaburri E. (a cura di), *Emozione e Interpetazione. Psicoanalisi del campo emotivo*. Boringhieri, Torino, 1997
- Vigorelli M. (2005), *Il lavoro della cura nelle istituzioni*. Franco Angeli, Milano

Lilli Romeo Psicoterapeuta Psicoanalista di Gruppo (IIPG) Socia Argo e già
 Presidente di Argo
 E-mail: lilli.lilli@libero.it

Note

1) J. Bleger (1991) distingue due tipi di relazione presenti in ambito istituzionale: una che chiama *socialità sincretica* intendendo riferirsi a quel tipo di relazione o, meglio, “non-relazione” nel senso di “non-individuazione”, la quale “si impone come matrice o come struttura di base di qualsiasi gruppo e permane, con andamento variabile per tutta la durata della sua esistenza (p. 64), costituendo il legame più potente del gruppo; l'altra che si contrappone alla prima e definisce invece *socialità per interazione*, che si appoggia invece su un'interazione o regole di livello evolutivo (cfr., pp.65-72)

Il Gruppo Psicoanalitico come Sistema Umano Complesso Gruppo Analitico Istituzionale – Istituto. C. F. di Sabaudia

*Giuseppe de Vita
Giulio de Felice*

Abstract

Il gruppo psicoanalitico per numero di variabili e complessità delle loro interazioni può a pieno diritto essere considerato come “*Complex System*”. Un sistema complesso con proprie modalità di funzionamento che vanno al di là dell’apporto dei singoli individui. In questo articolo gli autori chiariscono i punti di contatto tra i Sistemi Complessi ed il pensiero psicoanalitico gruppale. Un percorso di mutua contaminazione a partire dai due pionieri Wilfred R. Bion e J. Henry Poincaré.

Parole-Chiave: psicoanalisi di gruppo, sistemi complessi, W.R. Bion, J.H. Poincaré, clinica della complessità.

Il gruppo psicoanalitico e i sistemi complessi

Il gruppo psicoanalitico è il luogo dove i membri parlano di ciò che li riguarda per dare loro la possibilità di essere curati.

Nel gruppo ci sono alcune persone che mai parlerebbero o confiderebbero i loro segreti. Altri, invece, mettono in comune i sentimenti che li fanno star male e le loro “turbolenze emotive”. Queste ultime a volte danno un’idea di costituire un’unità funzionale, mentre in altre situazioni possono frammentare il gruppo stesso. Accade anche che il gruppo si carica di un “inquieto silenzio” come se non avesse più parole a disposizione: si scompone in sottogruppi, perde forza in rivalità fra membri o si fa catturare da un *leader* che rivendica la verità. Perché accade tutto ciò?

Riprendendo F. Corrao (1998): “Il gruppo è una struttura che amplia e collega le funzioni polilogiche e polisemiche dell’individuo”(p. 34).

Il gruppo perciò è un sistema complesso formato da esseri umani. I sistemi complessi tentano di spiegare ciò che sfugge al paradigma scientifico ed essendo presenti nei singoli elementi costitutivi di un gruppo, mettono in mostra proprietà (relazioni) che sono determinate dalla interazione fra gli elementi (nodi).

Dal punto di vista psicoanalitico un sistema complesso è:

Variabile: è modificato dall’interazione (presenza, assenza, silenzioso, partecipativo, etc.) di un qualsiasi membro.

Imprevedibile: le modificazioni delle variabili fisiche e psichiche sono improvvise ed inaspettate.

Non-lineare: l'effetto delle modificazioni delle variabili non sono proporzionali alle cause (una frase infelice, un'ingiuria, un atteggiamento banale può produrre una catastrofe).

Irreversibile: la configurazione del gruppo varia ad ogni seduta e non ritorna alla configurazione iniziale.

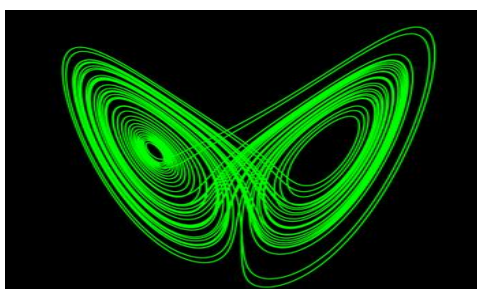
Caotico: valgono le leggi del caos.

Aperto: è in contatto con altri sistemi complessi.

Autorganizzato: i vari membri o pazienti tendono a stabilire vari livelli di comunicazione per ogni configurazione. In altre parole le proprietà interne del gruppo si organizzano in determinate configurazioni che W. Bion ha chiamato assunti di base.

Autoregolato: meccanismi omeostatici di flusso delle informazioni riescono a recuperarne l'identità.

Il campo analitico, inoltre, può conoscere alternativamente periodi di frammentarietà (alta variabilità del sistema, "fluttuazioni critiche") e configurazioni stabili (bassa variabilità del sistema, "attrattori"). Queste oscillazioni che nella teoria bioniana vanno sotto il nome di oscillazioni $PS \leftrightarrow D$ possono essere rappresentate matematicamente da un attrattore di Lorenz nel quale due tipi di funzionamenti gruppali si alternano con tempistiche da approfondire.



L'attrattore di Lorenz fu il primo esempio di un sistema di equazioni differenziali a bassa dimensionalità in grado di generare un comportamento complesso. Venne scoperto da Edward N. Lorenz, del *Massachusetts Institute of Technology*, nel 1963.

Per quanto concerne l'interpretazione sottolineiamo che il piccolo gruppo psicoanalitico si autointerpreta e lo psicoanalista di gruppo è un membro del gruppo¹. L'assetto funzionale del "sistema complesso psicoanalitico-gruppale" ha cinque possibili organizzazioni: a) *Resting*: l'attività di base (l'interazione verbale e non standard senza l'interpretazione, sogni, analogie, metafore). b) *Un'attività aumentata*: quando prevalgono stimoli, fatti nuovi portati dai membri. c) *Un'attività diminuita*: un funzionamento gruppale stagnante metaforicamente assimilabile al mare calmo senza vento. d) *Priming*: un'iperstimolazione accompagnata da un'ipersensibilità del gruppo. e) *Desensibilizzazione*: una desensibilizzazione accompagnata da ipostimolazione. La particolare situazione funzionale dipenderà dalla posizione che ciascun membro assumerà in funzione degli stimoli che riceverà

dal gruppo, ecco perché il “sistema complesso psicoanalitico-gruppale” è forse l'esempio più palese di autorganizzazione. Quest'ultimo si modifica e modifica le sue configurazioni spontaneamente, attraverso cambiamenti nei modi di interazioni (*pattern*) tra le sue proprietà interne.

Dal punto di vista matematico un sistema complesso gode delle seguenti proprietà:

Self-organisation: una forma generale di ordine o coordinazione emerge dalle interazioni tra componenti locali di un iniziale stato del sistema disordinato o caotico².

Sensibilità alle condizioni iniziali: piccoli cambiamenti nelle condizioni iniziali di un sistema (equazioni), possono determinare dinamiche completamente divergenti.

Principio di *enslaving* (H. Haken '70): durante il passaggio di un sistema tra un configurazione stabile ed un'altra esso si riorganizza sulla base di elementi-fulcro (parametri d'ordine) che fanno diminuire i gradi di libertà del sistema stesso donandogli una nuova struttura stabile³.

Biforcazioni (J. H. Poincaré 1885): vi è un punto di biforcazione quando durante una stabile evoluzione del comportamento di una funzione si osserva un improvviso “salto” qualitativo o topologico nel suo comportamento.

Attrattori: stati stabili del sistema.

Non-linearità e non-stazionarietà: il sistema deve fronteggiare periodi turbolenti di cambiamento e improvvise riconfigurazioni (non-stazionarietà). Le relazioni tra le componenti del sistema vanno al di là dei concetti di direttamente/inversamente proporzionale (non-linearità)⁴.

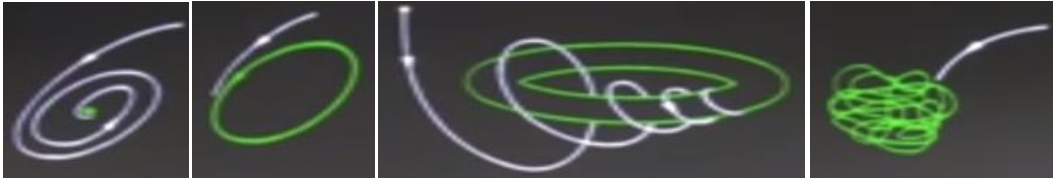
Isteresi: gli stati precedenti influenzano uno stato presente. La dinamica di evoluzione del sistema dipende dal tempo.

Nidificato (Nested): i componenti di un sistema complesso possono anch'essi essere sistemi complessi a loro volta. Per esempio il sistema complesso della scienza passa dalla fisica, chimica, biologia, medicina, per arrivare alla psicologia.

Principio della validità locale: anche in stati altamente imprevedibili del sistema è possibile trovare qualche pattern locale significativo e ricorrente.

I quattro classici regimi asintotici dei sistemi dinamici divengono perciò importanti descrizioni e strumenti clinici così come le loro principali proprietà. Pensiamo quindi alla matematizzazione di alcuni concetti come strumento funzionale all'ampliamento della propria capacità di sostare nella situazione clinica estendendone i potenziali sviluppi. Strumento perciò al servizio dell'ascolto del paziente, affinché la relazione psicoanalitica si possa arricchire maggiormente proprio grazie a quei periodi di alta imprevedibilità del campo analitico stesso. Inoltre proponiamo al lettore psicoterapeuta digiuno di nozioni matematiche un iniziale ma proficuo sforzo di associare le configurazioni e le proprietà nel testo riportate ad alcune evoluzioni della

propria relazione con i pazienti. Non solo crediamo si noteranno già intuitivamente alcune forti analogie ma siamo certi che ciò favorirà la pensabilità stessa di quel caratteristico, privato, legato alla soggettività umana, ma comunicabile *setting* di intervento qual è quello della relazione psicoanalitica.



Primo regime
asintotico:
Attrattore
"Stazionario"

Attrattore
"Periodico"

Attrattore "Quasi-
Periodico" o
"Toroidale"

Quarto regime
asintotico: Attrattore
"Strano"

Ogni essere umano è in realtà un sistema complesso ed ogni sua funzione biologica, fisiologica, psicologica si configura come sistema complesso. Dobbiamo perciò ipotizzare che ogni perturbazione (esterna o interna) provoca specifiche modificazioni funzionali che, se non ritrovano un equilibrio, tendono ad un "disturbo", ad una "malattia" che mette in crisi tutto il gruppo, non solo un membro. Un evento "doloroso" di una certa intensità, ad esempio, mette in circolazione una memoria emotiva che può provocare modelli di comportamento standardizzato. Si tenderà in questo caso, nella difficoltà emotiva, a ripercorrere sempre con la stessa modalità gli accadimenti. Ma se il piccolo gruppo ha una connotazione di tipo psicoanalitico, può permettere, nel suo procedere, la rottura di questa ripetitività ed attivare una cura: "nel nostro lavoro sono significativi i piccoli avanzamenti" (Bion 1992, pag.126).

Nel piccolo gruppo analitico una qualsiasi informazione, un piccolo scambio verbale, può dare origine a vaste conseguenze (sensibilità alle condizioni iniziali). Sono molti i sistemi naturali in cui si manifestano transazioni critiche: trasformazioni in cui le condizioni tra due stati (psicologico, fisico) cambiano in modo estremo e repentino. Nei gruppi questo accade regolarmente. Valutare i dati clinici che descrivono la situazione precedente e non trovare traccia di segnali premonitori di trasformazione a volte inquieta. Eppure gli indizi sono sempre imprevedibili.

Analizzare quindi le modalità d'interazione tra i componenti del gruppo permette all'analista di fare un'interpretazione, di usare una metafora, di far affiorare un'analogia, di trovare una correlazione con un mito. Questo ci permette di seguire le orme di ciò che non vediamo direttamente, dell'imprevedibile, nella consapevolezza che possiamo commettere errori da cui imparare e, se è il caso, cambiare idea, interpretazione. Tentare di conoscere può rispecchiare il mondo e non deve essere in "contraddizione"

con noi stessi. Anche il mondo è un sistema complesso e noi dobbiamo cercare di comprenderlo usando linguaggi diversi che si devono intrecciare, intersecare arricchendosi l'un l'altro. Così come nella realtà individuale: pianto, riso, gratitudine, altruismo, fedeltà, passato, serenità. Nasciamo e moriamo sia come individui che come collettività: “l'appetito della vita è vorace e la sete di conoscere insaziabile. [...] Siamo tutti nati dal seme celeste [...] e siamo nutriti dalla stessa madre Terra” (Lucrezio).

Wilfred R. Bion e J. Henry Poincaré

In “Attenzione e Interpretazione” (1970), W. Bion afferma: “la formulazione è il prodotto finale di una trasformazione, lo psicoanalista si trova di fronte all'inadeguatezza di tutti i vertici attualmente riconosciuti [...] criticare un lavoro psicoanalitico dicendo che non è scientifico, religioso o artistico è assurdo. La formulazione critica insostituibile è che esso non è psicoanalitico! La psicoanalisi lega una congiunzione costante ma passeranno anni prima che si possa capire quali sono gli elementi congiunti e che significa congiunzione. La psicoanalisi è una scienza che deve avere una matematica dell'essere all'unisono e non centrata sull'identificazione [...], che evolve ed è significata dal numero [...] Pa. Mette a disposizione dell'indagine analitica l'equivalente della variabile in matematica. [...] La $f(\alpha)$: cosa [...], non cosa [...], no! cosa. Per analogia voglio attirare l'attenzione su: punti reali e coincidenti; punti reali e distinti; punti complessi coniugati” (pag. 86).

Queste considerazioni W. R. Bion le evince dallo studio appassionato delle opere di un grandissimo matematico che lo aveva sempre affascinato: Jules Henry Poincaré.

J. H. Poincaré nacque a Nancy nel 1855, il padre Leon era un medico ed insegnava presso la facoltà di medicina nell'università di Nancy. I suoi cugini, figli dello zio Antony, erano Raymond Poincaré, che divenne presidente della Francia e Lucien Poincaré, che divenne vice-Rettore della Sorbonne. La mamma impartì ad Henry e alla sorella Aline una educazione severa. Tutta la famiglia andava in gita due volte a settimana. Henry Poincaré, con la sua testa “fra le nuvole” e la sua gentilezza, era una continua fonte di stupore per i suoi insegnanti e compagni di classe. Egli era ambidestro, miope e con una coordinazione occhio-mano molto problematica. A cinque anni fu colpito da difterite. Per nove mesi non fu in grado di camminare. Tuttavia questa brutta esperienza non lo fiaccò. Eccelleva in ogni materia ma era un prodigio in matematica e, come raccontava la sorella Aline, spesso era sepolto fra i libri. Nel passaggio da scuola a casa completava mentalmente i compiti. Era calmo e di indole mite. Non mostrava mai sentimenti di rabbia. Nei suoi giudizi evitava di dire che qualcuno fosse molto buono o cattivo: non credeva negli assoluti. Nancy, situata a 80 km dalla Germania, venne occupata dai tedeschi dal 1870 al 1873.

Henry Poincaré reagì alla guerra con orrore ma fu nello stesso periodo che imparò il tedesco. La città di Nancy venne a trovarsi sulla frontiera e divenne una cittadina piena di artisti e scienziati. L'industria, le arti e la cultura contribuirono a dar vita al movimento dell'“*art-nouveau*”. Henry Poincaré si laureò all'École Polytechnique nel 1875 sotto la guida di Charles Hermite. Gli esaminatori della sua tesi non furono entusiasti del suo scritto. Le sue dimostrazioni contenevano dei salti. Nel dicembre 1879 conseguì il dottorato all'Università di Caen, a 15 km dalle spiagge della Normandia. Nel 1880 si mise a studiare le funzioni fuchsiane e dopo una notte insonne racconta: “partii da Caen per un'escursione geologica. Giunti a Coutances prendemmo un omnibus e nel momento stesso in cui misi il piede sul predellino mi venne in mente un'idea non collegata ai pensieri precedenti: le funzioni fuchsiane erano identiche a quelle della geometria non euclidea” (Poincaré 1958, pag.93). E ancora: “un giorno, stanco dei miei insuccessi, mentre passeggiavo sulle spiagge della Normandia mi venne improvvisamente l'idea che le trasformazioni aritmetiche delle forme quadratiche ternarie erano identiche a quelle della geometria non euclidea” (p. 118).

Henry Poincaré si era imbattuto nel paese delle meraviglie matematiche. Da allora non ebbe più paura di fare domande e di mettere in discussione il gergo tecnico. Dal 1881 si confrontò con il matematico tedesco Felix Klein, sapiente studioso e marito della nipote di Hegel. Le relazioni tra Francia e Germania erano tese e F. Klein era stato un soldato nell'esercito durante la guerra con la Francia. La loro rivalità matematica portò nel 1882 una grave depressione a F. Klein mentre ad H. Poincaré venne prescritto un mese di riposo. Nel 1885 ricevette la cattedra di fisica all'Università di Parigi e nel 1887 venne eletto membro dell'Accademia delle Scienze a soli 32 anni, una cosa mai accaduta prima. Sempre nel 1887 il re di Svezia e Norvegia indisse un concorso sulla matematica del sistema solare. Henry vinse il concorso ma si accorse di aver commesso un errore: non era possibile descrivere il moto di tre corpi in relazione contemporaneamente. Egli aveva così scoperto il comportamento caotico gettando le basi per la *teoria del caos* che descrive comportamenti complessi anche per leggi semplici e regole applicate ripetutamente. Capì anche che la topologia era indispensabile. I suoi contributi alla topologia sono stati sorprendenti e nella topologia geometrica aprì un collegamento con la teoria dei gruppi di trasformazioni che inventò praticamente da solo. Formulò diverse definizioni di varietà e di invarianza.

Era il più famoso matematico della sua epoca. Tutte le conquiste scientifiche passavano per le sue mani. Fu candidato al Nobel 42 volte, più di qualunque scienziato prima e dopo di lui. La sua fama si diffuse presto anche fra i profani. Il suo primo libro datato 1902, “La Scienza e l'Ipotesi” fu un successo. I suoi articoli e la sua fama ebbero origine da un errore commesso e da lui stesso riconosciuto, egli scrisse: “lo scopo della nostra attività dovrebbe essere la ricerca della verità che è il solo fine meritevole di tali sforzi [...] a volte, la

verità ci spaventa. [...] Noi sappiamo inoltre quanto essa sia spesso crudele e ci chiediamo se l'illusione non sia soltanto più consolante ma anche più fortificante dato che è l'illusione a darci fiducia. E' questa la ragione per cui molti di noi temono la verità; la considerano come un motivo di debolezza. Tuttavia la verità non andrebbe temuta, perché essa sola è bella. Mi riferisco alla verità scientifica e all'etica di cui ciò che chiamiamo giustizia è solo un singolo aspetto [...] chi ama l'una non può non amare anche l'altra affrancandosi dai pregiudizi. Questi due tipi di verità una volta scoperti ci procurano la medesima gioia. Entrambe ci attraggono e ci sfuggono, non sono immobili. Quando crediamo di averle raggiunte scopriamo di dover scoprire ancora e ancora. Colui che le insegue è condannato a non conoscere riposo” (p.42).

Non solo la topologia del xx secolo nacque con Henry Poincaré. Egli usò la torre Eiffel per inviare segnali orari sincronizzati (l'attuale GPS) e dedusse da esperimenti che le distanze si sarebbero contratte e/o allungate a seconda del moto. Eppure A. Einstein vedeva Henry Poincaré come un “vecchio reazionario” mentre quest'ultimo aveva un altissima stima del primo. Alcuni attribuiscono a Henry Poincaré la scoperta della relatività speciale citando il suo lavoro sulla dinamica dell'elettrone.

Peter Galison (1914) scrive: “fu davvero Einstein a scoprire la relatività o Poincaré [...] domande tediose e sterili. Sono due grandi visioni del mondo. Henry era costruttivo mirando a sviluppare la complessità che avrebbe catturato le relazioni strutturali del mondo. Albert era più disposto a mettere da parte la complessità. Topologia, relatività e complessità erano diventati patrimoni dell'epoca. Il principio chiave di queste teorie è: materia ed energia sono due manifestazioni dello stesso fenomeno il che implica che spazio e tempo sono totalmente interconnessi, interdipendenti e si dilatano a velocità elevate. Esistono oggetti che sottoposti a trasformazioni rimangono invariati? Paul Gordan⁵ rispose: sì” (p.10).

Henry Poincaré nell'aprile del 1908, a Roma, si ammalò gravemente. Lavorò solo alla topologia simplettica e nel luglio del 1912 morì.

La sua vita e le opere ebbero un impatto straordinario nella costruzione teorica di W. R. Bion. Quest'ultimo, nel capitolo 10 di “Trasformazioni” (1965), afferma: “in un vassoio ci sono biglie di vari colori con dimensioni di mezzo pollice, 3/4 e un pollice. Colori e grandezze sono dimensioni. Nel secondo vassoio: porre tante biglie di un pollice quante sono le verdi del primo vassoio. Le biglie del primo vassoio sono lo spazio che ho denotato “O”. La norma di come le biglie sono disposte sul secondo vassoio rappresenta l'attività mentale $T\alpha$ ⁶. Le biglie del secondo vassoio $T\beta$ ⁷. Se uso le biglie del secondo vassoio come “O” (nuovo spazio) posso stabilire un nuovo ciclo di trasformazioni $T\alpha$ e $T\beta$. Se stabilisco la regola che su un altro vassoio debbano essere poste tante palline di un pollice quante le blu del primo vassoio questa

regola è la Tac e così di seguito. [...] Fare pratica di revisione analitica: fare il gioco solo in seduta di supportare le possibili interpretazioni e le strade da imboccare se si variano le categorie. Il lavoro svolto in seduta e le interpretazioni fatte vanno riformulate perché ci dobbiamo occupare di un campo di dimensioni diverse. I pazienti che vengono spontaneamente in analisi mirano a fare associazioni ai legami H, L, K. Supponiamo che: un paziente faccia un'asserzione (*statement*) complessa. L'asserzione è così complessa che può essere rappresentata solo da una categoria della griglia. La categoria è anch'essa una dimensione. Gli analisti sanno bene quanto è difficile stabilire del materiale significativo in seduta. Niente deve interferire nell'assorbire la prova (*evidence*). La fedeltà a K è che si sopravvive alla perdita degli involucri protettivi di menzogna, sotterfugio, evasione, allucinazione. Anzi perdere gli involucri significa fortificarsi! Chi invece non vuole rinunciare all'involucro? Probabilmente i meccanismi psicotici gruppali usati al fine di mantenere la coesione ed il presupposto benessere" (p. 177).

La clinica della complessità

Esemplificazione clinica di un gruppo istituzionale al terzo anno di vita (aprile 2014):

M.(ha l'influenza con sintomi intestinali): mi auguro di non contagiarvi.

S.: anche io sto male con lo stomaco, penso ad un virus.

Analista: la regolare amministrazione del quotidiano a causa di un virus diventa indigesta.

Il campo analitico si auto-organizza (Self-Organisation) su pattern emotivo-cognitivi-affettivi (attrattore): il malessere deriva dall'aggiunta di una o più variabile perturbatrici del sistema.

S.: mi stimola molto ciò che faccio manualmente, devia l'attenzione dai miei malesseri, *M.* come sta?

Compare un nuovo attrattore (Biforcazione) che fa riferimento ai modi di evitare il malessere, il primo elemento all'interno di esso è costituito dallo svolgere lavori manuali.

M.: benino, avevo un amico con cui facevamo lavori manuali. Poi pian piano il mio malessere mi ha portato a stare sempre più solo ed a uscire meno da casa.

Il campo gruppale riesce a pensare contemporaneamente ai due attrattori menzionati e prova a comprenderne le modalità di interazione.

E.: facciamo tanta fatica nel vivere quotidiano, ma la cosa che più mi ferisce ora è la cornice, quelli che ci stanno intorno.

Analista: vedi come contorno un insieme di persone inermi? Penso che questi vissuti esprimono la difficoltà di collaborare.

E.(sorridente e spiazzando il gruppo): veramente pensavo ai miei fratelli, alle persone con cui lavoro. Mi fanno sentire di più la fatica.

B.: i genitori mi hanno condizionato, altro che i fratelli. Comunque è un periodo che ho difficoltà con un'altra persona in casa.

Il campo analitico “complessifica” le modalità di interazione tra “malessere” e “modalità di evitare il malessere” inserendo una nuova variabile, la collaborazione che può diventare condizionamento.

A.: ho sognato di essere in campagna sotto un albero con frutti maturi, gelsi? Non so. Le voci lontane mi facevano capire che ero sola ma in compagnia.

S.: prima del gruppo vivevo momenti di ansia libera, depressione e aggressività. I gelsi bianchi, rossi e neri.

M.: un quadro bucolico strano...

Analista: Il gelso è l'albero usato dal baco da seta su cui produce i bozzoli con la larva, una relazione complessa fra pianta e animali..

Si esplorano le relazioni che intercorrono tra collaborazione e condizionamento. (W. R. Bion: simbiosi mutualistica ♀♂)

S.: a me piacciono i gelsi neri. Mi ricordano l'infanzia, la campagna, la libertà.

A.: e le camicie, i vestiti di seta? bellissimi!

Analista: se la convivenza funziona si avranno gelsi e seta. Ma bisogna sempre occuparsi di entrambi per il futuro e augurarsi intemperie non catastrofiche.

M.: l'anno prossimo...e nel frattempo?

S.: che ne puoi sapere? Magari stasera andando a far la spesa incroci una persona simpatica...

Il gruppo chiude la seduta rimanendo in quest'ultimo attrattore che fa riferimento alle modalità di cooperazione ed i suoi prodotti. L'oscillazione del gruppo in quest'ultima fase tra collaborazione e condizionamento potrebbe essere riassunta visivamente con l'evoluzione temporale dell'attrattore di Lorenz. Viene introdotto il tema della reciprocità (scambio, tipico dei sistemi aperti) e delle possibili variabili esterne che potrebbero generare catastrofi (transizioni di fase) da cui scaturiscono i cambiamenti.

Ogni contenuto depositato modifica il futuro ed il passato del gruppo e si situa nello stesso momento in forme diverse all'interno di ogni membro legandosi al tema centrale di ognuno di essi. Il deposito a sua volta torna, arricchito da quest'ultima congiunzione, nel campo analitico sotto forma di una nuova comunicazione e con essa di un nuovo deposito. Lo studio delle congiunzioni costanti fra questi elementi rappresenta un fertile spazio di incontro tra psicoanalisi e scienza della complessità.

“Come esistono proprietà geometriche invarianti in proiezione, e altre che non lo sono, così in psicoanalisi vi sono proprietà invarianti e altre che non lo sono. Il nostro compito è trovare quali sono le invarianti in psicoanalisi e quale è la natura delle loro relazioni reciproche” (W. R. Bion 1965, pag. 11).

Bibliografia

Anderson P. W. (1972), *More Is Different*. In Science. Vol. 177, n. 4047, Aug. 4
Bion, W. R. (1962), *A theory of thinking*. In International Journal of Psycho-Analysis, vol. 43. Reprinted in Second Thoughts (1967).

Bion W. R. (1965), *Transformations: Change from Learning to Growth*. Heinemann Medical Books Limited, Londra

Bion W. R. (1970), *Attention and Interpretation*. Tavistock Publications, London. [Reprinted: Karnac Books, London 1984]

Corrao, F. (1998), *Orme: contributi alla psicoanalisi di gruppo*. Raffaello Cortina, Milano

De Felice G., Andreassi S. (2015), *How is the shape of change in the psychotherapeutic complex system?*. In Orsucci, F. F. "Human Dynamics: A Complexity Science Open Handobook" (2015)

De Vita G. (1987), I modelli e la funzione psicoanalitica dei gruppi: l'asterisco. In *Gruppo e Funzione Analitica*, VIII, n. 1, Gennaio-Aprile

Grossman I, Magnus W. (1969). *I gruppi e i loro grafì*. Zanichelli, Bologna

Poincaré H. (1958), *The value of science*. Dover Publications, New York

Poincaré, H., *Sur l'équilibre d'une masse fluide animée d'un mouvement de rotation*. In Bulletin Astronomique, Serie I, **2** 109-18 (1885) and **2**, 405-413 (1885)

René T. (1980), *Stabilità strutturale e morfogenesi. Saggio di una teoria generale dei modelli*. Einaudi, 3^a ed. 1985, Milano

Prof. Giuseppe De Vita Psichiatra, Psicoanalista, membro didatta dell'I.I.P.G. (Istituto Italiano Psicoanalisi di Gruppo).

E-mail: devipi@libero.it

Dr. Giulio de Felice Sapienza Università di Roma, Psicoterapeuta, Psicoanalista di gruppo (I.I.P.G.)

E-mail: giulio.defelice@uniroma1.it

Note

1) L'autoriflessività è una peculiarità degli esseri umani e funge da riorganizzatore del campo analitico. Nel linguaggio matematico dei sistemi complessi tale elemento riorganizzatore va sotto il nome di "parametro di controllo".

2) Si deve specificare qui la differenza tra i concetti spesso confusi di caos (in inglese *chaos*) e caso (in inglese *randomness*). In termini matematici, nel caso ci trovassimo di fronte una serie di eventi completamente *random*, la loro prevedibilità sarebbe nulla. Nel caso invece ci trovassimo di fronte a tre eventi di cui sappiamo benissimo l'origine e le cause (le loro equazioni) e li facessimo interagire fra loro (equazioni differenziali), probabilmente osserveremmo ad un certo punto dinamiche di evoluzione caotica. Per questo in matematica si parla di caos deterministico, sottolineando il fatto che conosciamo le equazioni iniziali. In questo ultimo caso, in breve, la prevedibilità non è nulla, bensì possibile in un certo grado. Per completare il quadro nel caso in cui ci trovassimo di fronte ad una serie di eventi completamente prevedibili e controllabili li chiameremmo "deterministici": qui la prevedibilità è totale.

- 3) In psicoanalisi le angosce che permeano il campo analitico costituiscono un esempio di tale concetto. Esse fungono da organizzatori dei significati, diminuendone la polisemia.
- 4) Per intuire immediatamente il concetto basta inserire in qualsiasi ragionamento un quarto elemento. Ad esempio, citando il rinomato "*Jules e Jim*" di François Truffaut, osserviamo che possiamo tenere a mente le relazioni tra i tre personaggi principali Catherine, Jules e Jim se li interpretiamo in termini di amore
- 5) Paul Albert Gordan (Breslavia, 1837 – Erlangen, 1912) è stato un matematico tedesco. Da lui e da Alfred Clebsch prendono nome i coefficienti di Clebsch-Gordan. Docente all'università di Erlangen dal 1875, nel 1868 formulò quello che sarebbe in seguito divenuto il Teorema della base di Hilbert.
- 6) Il processo mentale di trasformazione.
- 7) Il prodotto finale della trasformazione (la comunicazione effettiva all'analista nel caso la trasformazione fosse del paziente).

Il Gruppo Multifamiliare tra *funzione migrante* ed apprendimento

Giorgio Villa

Abstract

I gruppi multifamiliari ispirati al modello proposto da Jorge Garcia Badaracco hanno fornito uno strumento clinico e didattico veramente innovativo. L'autore propone l'esperienza condotta a partire dalla Comunità Terapeutica Montesanto a Roma che ha introdotto molti anni fa questo tipo di gruppi con il fine di esplorare la funzione di separazione del paziente dalla famiglia di origine. Nel corso del tempo, i protagonisti delle esperienze terapeutiche gruppali di seguito narrate hanno potuto conoscere lo straordinario ruolo di apprendimento collettivo favorito dalla "funzione migratoria" del gruppo presso le case dei famigliari o degli ex ospiti.

Parole chiave: comunità terapeutica, separazione, gruppo multifamiliare, apprendimento, migratorietà

La Comunità Terapeutica per pazienti psichiatrici "gravi", nella sua storia più che cinquantennale, ha attraversato molti significati che vanno da quello libertario e contestativo degli anni '60 a quello più normativo degli anni '80 (Hinshelwood 1998), fino alle rappresentazioni legate al modello psicoeducativo (Pietropolli Chamet 1998).

Non è un caso, poi, che il contesto legislativo e politico ne abbia fortemente condizionato lo sviluppo. In Italia, ad esempio, i finanziamenti pubblici destinati alla costruzione di nuove Comunità Terapeutiche sono stati attivati parallelamente alla chiusura definitiva dei vecchi manicomi.

Si è assistito, così, alla produzione di una doppia popolazione di ricoverati: da una parte vi era un nucleo di vecchi degenti manicomiali che non erano più in grado di ritornare in famiglia, a causa delle loro scarse capacità residue e per la dissoluzione delle loro stesse famiglie di origine, dall'altra vi erano i pazienti più giovani che erano proposti da un'équipe territoriale che aveva lavorato intensamente in situazioni complesse, ma che avvertiva, a un certo punto, il senso della propria limitatezza.

A ben vedere siamo di fronte a diversi livelli di separazione da un fantasma che, nel primo caso, riguardava il contenimento fornito dal manicomio, nel secondo atteneva più all'onnipotenza terapeutica dell'équipe.

All'inizio della nostra esperienza in Comunità Terapeutica - si era verso la fine degli anni '90 del secolo scorso - comprendemmo quanti fattori inconsci potessero agire all'interno di uno *staff* appena formato grazie ad un seminario residenziale di una settimana compiuto sotto la supervisione di Bob Hinshelwood e della sua équipe presso il convento di Sant'Andrea a Colvecchio.

Divisi in tre gruppi di dodici persone l'uno sperimentammo l'enorme coinvolgimento che si veniva a costituire in poche ore all'interno di una

Comunità e quanto intricati potessero essere i percorsi dei processi decisionali.

In altre parole scoprimmo, come si suole dire “sulla nostra pelle”, quanto sia esile la distanza fra gruppo degli operatori e gruppo dei pazienti e quanto ciascuno sia inconsapevolmente portatore del proprio fantasma familiare.

Tutto ciò era ancora più sorprendente dal momento che quasi tutti i partecipanti provenivano da lunghe formazioni analitiche e molti, fra questi, erano anche impegnati nella formazione di giovani terapeuti.

Ci accorgemmo, insomma, quanto fosse necessario, per lavorare in Comunità Terapeutica, saper lavorare nei gruppi e con i gruppi e quanto sia indissolubilmente legato, in questa attività, lo scopo del curare e dell’insegnare, pur nella consapevolezza – come rammenta Platone nello *Ione* – che si tratta di due compiti ineludibili, ma impossibili.

Comunità Terapeutica e separazione

L’ingresso in Comunità Terapeutica rappresenta, inevitabilmente, una separazione dall’ambiente familiare e si colloca, necessariamente, in una prospettiva temporale.

Questo significa che bisogna stabilire un momento che permetta di valutare quanto della storia della famiglia, di quella del singolo paziente e dello *staff* della Comunità può agire in sinergia o, al contrario, rappresentare un ostacolo per la formulazione del progetto terapeutico-riabilitativo.

Questo momento è rappresentato dal contratto terapeutico che è concordato mese dopo mese con tutti gli attori in gioco. La forte valenza simbolica del contratto non deve trarre in inganno: in effetti, nel momento del contratto si trovano a interagire anche i registri del reale e dell’immaginario con una sorprendente a varia fenomenologia.

Gli stessi pazienti più regrediti o “gravi” mostrano presto di avere in grande considerazione il momento in cui ci si confronta sui singoli punti che erano stati stilati il mese prima. Si tratta, ovviamente, di punti molto semplici (rispetto delle corvée, partecipazione ai gruppi, permessi per uscite, norme di accesso alla comunità dei familiari e così via). Ma si tratta, anche di punti molto personali: ad esempio: comunicare all’operatore in turno le proprie fantasie suicidali o allucinatorie, non accumulare riviste e giornali nella camera, lavarsi con regolarità stabilita, andare dal podologo, rispettare il “timing” negli interventi etc.

Il tipo di Comunità che abbiamo attivato si occupa d’interventi medio-brevi che si estendono per un anno di attività, al massimo prorogabile a due.

Il coinvolgimento della famiglia al progetto terapeutico è, quindi, essenziale proprio perché in molti casi il ritorno a casa è l’unica possibilità esperibile, salvo, poi, compiere un breve percorso successivo, anche a distanza di anni.

Il gruppo multifamiliare a cadenza bimensile, sul modello di Garcia Badaracco (1997) ci è sembrato lo strumento più adeguato a stabilire un contatto fra i tempi delle singole famiglie, i tempi degli ospiti e quello dello

staff con un confronto veramente stupefacente sia per la ricchezza dell'esperienza umana, sia per la qualità dell'apprendimento reciproco che si viene sperimentando.

Questo strumento ci permette, inoltre, di affrontare il problema dell'inconscio non come fenomeno individuale, ma come fenomeno intersoggettivo.

Avviene, infatti, che nel gruppo multifamiliare un membro faccia un sogno che fotografa lo stato psichico del gruppo o di un ospite che non è in grado di accedere alla rappresentazione onirica. Oppure accade che un genitore, del tutto inefficace con il proprio figlio, possa dire parole toccanti e convincenti a un altro paziente ed essere da questo riconosciuto nella sua funzione genitoriale.

La partecipazione al gruppo multifamiliare accompagna tutto il percorso in Comunità e, talora, si prolunga per alcuni mesi dopo la dimissione. Questo spiega come mai il gruppo sia costituito sempre almeno da venti-trenta persone, superando, in qualche occasione, le quaranta unità.

Il grado di affezione al gruppo è mostrato dal fatto che in quindici anni di attività la cadenza sia sempre stata rispettata salvo in occasione del giovedì nel corso del quale furono celebrati i solenni funerali di Giovanni Paolo II.

In quella occasione tutta la zona circostante la Comunità, situata nelle vicinanze del Vaticano, era inaccessibile e, quindi, scherzosamente si dice che il gruppo multifamiliare si tiene sempre ogni due settimane salvo che "Ad ogni morte di Papa".

Ma vediamo un caso clinico che illustra alcuni aspetti di queste complesse interazioni.

Fabrizio, oggi 44enne, è un uomo di gradevole aspetto affetto da un disturbo schizo-affettivo grave che lo ha portato a compiere, in passato, numerosi ricoveri nei suoi periodi di crisi. Fu inserito nella nostra Comunità per soli sei mesi nel 2000, dopo una precedente esperienza negativa durata un anno presso un'altra Comunità dalla quale era fuggito con un'altra ospite. La fuga si concluse rapidamente con una loro separazione e con il suicidio della ragazza, qualche mese dopo. Fabrizio cercava sempre di tornare nel suo piccolo appartamento a Monte Mario dove, tuttavia, agiva regolarmente comportamenti pantoclastici, interrompeva l'assunzione della terapia e si dava all'alcool diventando paurosamente aggressivo. Ricordo ancora un drammatico ricovero compiuto d'inverno, ad un crocicchio che aveva bloccato per un paio di ore senza che le due pattuglie dei carabinieri, quella della Polizia e quella della Polizia Municipale, riuscissero a smuoverlo dal centro della strada. In soli sei mesi Fabrizio recuperò una stupefacente stabilità emotiva al punto da riprendere la sua attività preferita, fare "musica da strada" nelle immediate vicinanze di Piazza Navona. Ciò che rendeva molto problematica questa attività era la ferma opposizione del padre, professore presso il Conservatorio di Santa Cecilia. Il buon rapporto che i genitori avevano stabilito con il gruppo multifamiliare fece sì che un paio di crisi venissero evitate tramite un "passaggio diurno" presso la Comunità per un paio di mesi, al fine di garantire la regolarità della assunzione della terapia. Un secondo ricovero

avvenne nel 2008, dopo la morte della madre per un tumore cerebrale. Nel periodo critico precedente il ricovero Fabrizio aveva accumulato un ingente carico di multe per utilizzo dei mezzi pubblici (autobus e treni) senza biglietto e denunce per comportamenti stravaganti e “di pubblico scandalo”. In quella occasione riuscimmo a trovare un accordo con il padre che accettò, finalmente di buon grado, che il figlio suonasse per strada. Nel corso di questo secondo ricovero Fabrizio partecipò al gruppo multifamiliare in condizioni molto alterate, ma nel corso di un’ora i genitori riuscirono a calmarlo e a convincerlo ad assumere la terapia. Il terzo ed ultimo ricovero è avvenuto nel corso del 2015 ed ha ripreso le fila del discorso riabilitativo di Fabrizio che ha acquisito, nel frattempo, un “patentino” per poter suonare la “sua” musica per strada in ore e luoghi stabiliti ed ha migliorato gli accordi di convivenza con la compagna che ha ormai da quattro anni, una pittrice rumena che vende i suoi piccoli quadri a Piazza Navona.

Ogni contratto autentico possiede un elevato coefficiente di creatività e di imprevedibilità dal momento che il tempo della separazione si articola in tempi diversi per la vita delle singole persone rispetto a quelli della Comunità. Può accadere che alcuni processi maturativi vengano dilazionati per problemi soprattutto relativi alla gestione dello *staff* e ai tempi della elaborazione delle sue dinamiche inconscie o di quelle della *équipe* inviante.

È interessante osservare come i contratti terapeutici diventino sempre più circostanziati e puntuali quando ci si avvicina alla fase delle dimissioni “protette” o della semi-residenzialità.

Si cominciano ad affrontare, anche in chiave educativa, i ritmi della vita e il rapporto con le varie agenzie che costituiscono la rete sociale.

Incentivi, sanzioni, ritmo delle attività dedicate alla cura del sé o al tempo libero o a qualche occupazione diventano i campi sui quali si dipana un intenso patteggiamento.

Si lavora su quella “invenzione del possibile” (Kaës 1994) che costituisce la base di ogni lavoro di gruppo e che porta a una crescita progressiva di reti sociali sempre più estese, elastiche e adattative.

Il patteggiamento del “permesso riabilitativo”

Uno dei principali elementi che consentono di conseguire un felice esito di un inserimento comunitario è la presenza di un “permesso riabilitativo” da parte della famiglia del nuovo ospite.

Abbiamo imparato, nel tempo, che questo permesso non è mai scontato e che è sempre da patteggiare anche utilizzando le tecniche suggerite dalla pratica dialogica nel dialogo aperto (Olson, Seikkula, Ziedonis 2014).

Nella fase di elaborazione e stesura del contratto terapeutico si possono individuare due momenti: il primo concerne la legge di fedeltà implicita di ogni istituzione (condivisione di orari e di regole, ripartizione di corvée, tempi di assunzione dei farmaci, orari di apertura e chiusura...), il secondo riguarda l’individuazione, spesso solo accennata, della specifica disabilità che viene ad essere curata.

La disabilità è intesa come un difetto di funzionamento che si realizza in un contesto relazionale e quindi, in quanto tale, comprende aspetti non necessariamente da attribuire alla malattia, ma piuttosto da connettere alle competenze di base: tali competenze sono necessarie ad assumere ruoli sociali abituali e possono essere precedenti alla insorgenza della malattia. Sorprendentemente il lavoro comunitario va a incidere in questo campo con ottimi risultati, ma solo se si è ottenuto un minimo grado di “permesso riabilitativo”.

Talvolta patologie relativamente lievi sono difficilmente affrontabili a causa di un’invincibile difficoltà ad avere un “permesso” da famiglie molto chiuse e resistenti al cambiamento.

Carolina, 26enne affetta da una leggera forma di oligofrenia, è accolta in Comunità a causa di una seria impasse nella sua terapia: è molto ingrassata ed ha subito un ricovero in SPDC dopo un periodo trascorso presso la nonna paterna in una località del litorale laziale. Nonostante la giovane età ha ottenuto la pensione d’invalidità; questo fatto farebbe pensare che l’équipe territoriale non si fa soverchie aspettative circa le doti di autonomia della giovane. Carolina frequenta il locale Centro Diurno con una discreta capacità di confezionare monili di bigiotteria, ha un rapporto affettivo fortemente dipendente nei confronti di un 38enne che è da qualche tempo ricoverato presso un’altra Comunità Terapeutica. Sin dal primo contratto emerge l’estrema diffidenza della madre, l’unico membro della famiglia che ha risposto al nostro invito. La sorella minore di un anno “è troppo occupata dalla cura del loro cane” anche se è disoccupata. Il padre, barista presso il bar di un grande ospedale romano “è sempre occupato dai turni di lavoro” e non può neppure passare a salutare la figlia. L’inserimento nel gruppo multifamigliare pare giovare alla crescita di un progetto terapeutico per Carolina che appare nettamente meno inibita e più disposta a interrogarsi circa il suo progetto futuro. Dopo alcuni incontri la madre si eclissa e tutto appare vago. Gli stessi colleghi del Centro di Salute Mentale non riescono a convocarla per i consueti colloqui. Nonostante i notevoli miglioramenti di Carolina, che sembra acquisire un’inedita capacità riflessiva si giunge alla dimissione dopo sei mesi di permanenza in Comunità. La dimissione avviene con l’opposizione da parte dei colleghi del territorio che confessano di avere pensato di prolungare il ricovero di Carolina per almeno quattro anni.

Il caso che segue rappresenta, al contrario, un esempio opposto di come una grave psicopatologia può incontrare inediti sviluppi positivi in chiave terapeutico-riabilitativa qualora vi sia un permesso riabilitativo da cui scaturisce una potente alleanza terapeutica.

Carlo, gravissimo paranoico 43enne, viene da noi dopo tre anni trascorsi presso una Comunità Terapeutica situata nel sud del Lazio. Da casa sua, dieci anni prima, Carlo si era defenestrato perseguitato dalle voci di Rosanna Vaudetti e di Nicoletta Orsomando che lo assediavano incessantemente dall’epoca della morte della madre. Carlo viene inserito in una serie di gruppi terapeutici che riesce a

seguire con discreto successo anche grazie alla impostazione di una terapia efficace a base di 600 mg al dì di Clozapina. L'unica parente di Carlo è una vecchia zia, sorella maggiore della madre che ne è anche tutrice. Ci rendiamo ben presto conto che gli operatori dello staff e quelli della équipe inviante costituiscono una sorta di neo-famiglia per alcuni ospiti riproducendo, in parte, i conflitti famigliari della famiglia d'origine di quell'ospite, complicati da quelli della loro stessa famiglia. Abbiamo, così, il permesso ufficiale da parte della zia di utilizzare le chiavi dell'appartamento di Carlo che, con nostra sorpresa, erano nel cassetto dell'assistente sociale del Centro di Salute Mentale. Dopo un anno di ospitalità presso la Comunità Carlo cominciò a compiere delle visite settimanali a casa sua, accompagnato dagli operatori. La zia s'impegnò a fare tinteggiare almeno il bagno e la cucina, tuttavia da tutto l'appartamento trasudava un sentore di follia stantia. Si pensò di affiancare, per le prime notti a Carlo la presenza di Simone, il primo obiettore di coscienza che era venuto a prestare il suo servizio in Comunità. Non ci fu immediatamente evidente un fatto significativo: Simone stava trasponendo nella casa di Carlo il suo svincolo dalla casa dei genitori, così come Carlo stava compiendo il suo processo di autonomia dalla Comunità. La zia di Carlo appoggiò pienamente il progetto successivo di ospitare in casa una coppia di giovani rumeni che costituissero un iniziale nucleo affettivo per Carlo, dimesso dalla Comunità, ma ancora in carico al Centro, come semi-residenziale. Nel corso degli anni la coppia è tornata in Romania, ma Carlo è stato in grado di accogliere a casa due ex ospiti della Comunità con i quali ha stabilito un efficace sistema di convivenza sempre meno sostenuto dall'assistenza domiciliare programmata.

La casa di Carlo ha costituito per più di un decennio una vera "palestra" per psicologi ed educatori tirocinanti e volontari che hanno frequentato la nostra Comunità.

L'apprendere dall'esperienza ci ha portato ad acquisire strumenti di osservazione che non sono solo di tipo medico e psicologico, ma attengono anche al dominio della sociologia e dell'antropologia.

A dire il vero i nostri migliori docenti sono stati i nostri pazienti che, con pazienza infinita, ci hanno mostrato come si intessono le reti sociali, i rapporti di sostegno, i "deboli accoppiamenti" che permettono di ridare fiducia nella vita e che ne fanno apprezzare il colore e il sapore.

Viaggio e apprendimento nel Gruppo Multifamiliare

Una curiosa esperienza è alla portata di mano di ogni essere umano: cominciamo a imparare veramente proprio quando ci distraiamo. Del resto la nostra capacità di attenzione è così delicatamente instabile! Nel Gruppo Multifamiliare in particolare non è importante ricordare chi abbia fatto una osservazione o un racconto che ha colpito molte persone. La cosa singolare è che ciascuno sente quel pensiero come proprio.

L'impressione comune è anche quella di essere in viaggio e di dividerne i momenti con più famiglie.

Vi è, infatti, il viaggio delle singole famiglie degli ospiti che si avvertono profondamente trasformate dopo un percorso comunitario significativo.

Vi è il viaggio della grande famiglia degli ospiti che sperimenta tanti momenti intensi e coinvolgenti fra fratelli maggiori che se ne vanno, nuovi ingressi, crisi e risoluzioni, alti e bassi, pianti e risate con la possibilità di incontrare dei propri simili con i quali condividere altri momenti, successivi, della propria vita.

Vi è il viaggio della famiglia degli operatori che è sottoposta al suo ciclo vitale e al tema di che fare di ciò che si sperimenta e si scopre insieme.

Ma vi è anche il viaggio nella storia del luogo che ha ospitato la nascita del gruppo con tutte le sue vicissitudini politiche ed istituzionali (difficoltà di accettazione nel quartiere, all'inizio, minacce di sfratto per appetiti politici ed economici, interventi dei Vigili del Fuoco, petizioni, proteste, manifestazioni, articoli di giornali e così via)

Vi è il viaggio per andare verso il centro (della Comunità e della città) e quello che riporta alla periferia.

Vi è, ancora, il viaggio di esplorazione della propria e della altrui sofferenza con la sorprendente scoperta di non essere più soli.

Vi è il viaggio attraverso il tema dell'eredità: siamo fortunati perché molto abbiamo ricevuto da genitori, maestri e amici, ma tutto questo non è veramente nostro se non lo riscopriamo per conto nostro.

Vi è anche il viaggio di rifiuto della eredità, intesa come destino di malattia.

Vi è il viaggio nei percorsi di malattia e attraverso le "storie che curano".

A furia di parlare di viaggi viene voglia di viaggiare sia con la fantasia che con i sensi: il Gruppo Multifamiliare ha attivato, inconsapevolmente, la curiosità per gli itinerari gastronomici che gli ospiti della Comunità compiono ogni mese andando alla scoperta della cucina vietnamita, libanese, mongola, norvegese, giapponese, cinese, greca, spagnola e così via.

Sorprendentemente qualche anno fa è emersa la proposta da parte di alcuni genitori di "rendere migrante" il gruppo stesso.

Mi pare che un genitore abbia detto più o meno questo:

"Ora che abbiamo esplorato in lungo e in largo questo posto è forse ora che usciamo di qui e ci riuniamo anche altrove... per esempio potrei invitarvi a casa nostra. E' una casa piccola e modesta, ma potremmo stringerci un po'. Che ne dite?"

La proposta ci colpì notevolmente anche perché il signore che l'aveva fatta aveva dolorosamente fatto presente, alcuni mesi prima, quanto si fosse ridotta la socialità della loro famiglia dal momento di esordio della patologia di Fausto, l'ultimogenito.

Con un discreto grado di temerarietà accettammo l'invito e un mese dopo ci recammo, in massa, a casa dei genitori di Fausto. Utilizzammo le sedie in modo da sfruttarne due per tre persone e cominciammo a raccontarci delle emozioni che avevamo provato nel raggiungere quel quartiere e quella casa sotto un tempo inclementemente piovoso.

Ripresi il tema del viaggio proponendo di parlarne in termini più generali ed allora fu proprio Fausto che raccontò della sua “fuga di malattia” verso la Sicilia, alla ricerca della sua identità smarrita.

Eravamo tutti profondamente commossi anche perché mai prima di allora Fausto aveva fatto cenno alla sua prima crisi, anzi nel corso dei primi tre mesi in Comunità era rimasto bloccato nel letto in una rigidità quasi di tipo catatonico e successivamente per interminabili settimane era rimasto in piedi quasi fosse una sentinella che scrutava verso il corridoio o come se fosse indeciso se uscire dalla stanza e avventurarsi in un mondo più vasto.

I genitori accennarono al loro timore che, rientrando in casa, Fausto non ne volesse uscire più. Insomma alla fine del gruppo, mentre consumavamo un delizioso rinfresco preparato dalla padrona di casa, ci trovammo a commentare l'intensità di quanto era accaduto.

La padrona di casa ci salutò esclamando: “*Non avevo mai visto una festa così!*”

Ciò che è detto nel corso di un Gruppo Multifamiliare diventa molto rapidamente patrimonio collettivo, anche se non si rammenta chi abbia espresso una particolare osservazione o idea.

Questo significa che la funzione di apprendimento del gruppo agisce a livelli subliminali lavorando su uno strato sottile ma roccioso della mente.

Molte volte accade che si esca da un incontro di gruppo con la corroborante sensazione di avere attinto una forza nuova o anche una maggiore fiducia nel futuro.

Da dove viene questa energia? Siamo convinti che non si tratti di un'illusione. In effetti, molte svolte esistenziali di nostri pazienti e dei loro familiari sono state celebrate e, direi “certificate” dal gruppo, ma sembra che questo fenomeno sia certamente più complesso.

Ad esempio è solito che vengano “celebrati” gli ingressi nel gruppo dei nuovi degenti e dei loro familiari e, allo stesso modo, che siano festeggiate le dimissioni di ospiti che spesso vanno ad abitare per conto proprio o con altri utenti.

Vediamo il caso di F., paziente chiuso in casa da più di sette anni, terrorizzato dal fatto che dei fantomatici “cecchini” possano sparargli dai tetti dei palazzi circostanti”. La madre partecipa da tempo al Gruppo Multifamiliare, anche se il “passaggio” di F. è stato effimero: dieci anni fa è “transitato” per soli due mesi in Comunità: per di più come “frequentante diurno”. Le richieste di aiuto della madre hanno attivato molti suggerimenti da parte dei genitori, molto partecipati di un problema che è stato da loro stessi condiviso. In un primo tempo alcuni genitori si sono offerti di fare visita a casa sua e così è avvenuto, ma questo non ha determinato grandi movimenti nella “chiusura” di F. e nella rigidità del suo delirio.

Si decide, così, di svolgere un Gruppo Multifamiliare a casa di F. e della madre. In questa occasione F. si affaccia sulla porta della sua stanza “per salutare”. Alcuni mesi dopo si replica questa iniziativa e F. saluta i familiari e gli operatori

suonando alcuni brani di musica al pianoforte (anche se erano anni che non lo apriva). L'anno dopo F. partecipa quasi per intero al terzo incontro e al rinfresco che ne segue.

Ricordo che il gruppo è composto almeno da venti-venticinque persone ed è un evento straordinario, comunque, che una casa privata ospiti un tale numero di persone. Sorprendentemente veniamo a sapere che due mesi dopo l'ultimo incontro F. ha cominciato a uscire da solo da casa per compiere alcuni acquisti presso il vicino supermercato.

Qualche tempo prima Nadia, la madre di un altro utente della Comunità, telefonando a F. e chiedendogli come stesse si è sentita rispondere: "Sto facendo le scale." "Ah – ha esclamato – stai suonando il pianoforte!". "No – ha detto F. – sto provando a uscire da casa".

Ci stiamo ancora interrogando su cosa sia accaduto nel corso di questi tre incontri che hanno segnato la possibilità della ripresa di una vita di relazione per F., anche se limitata. La "migratorietà" del gruppo ha consentito un apprendimento complesso che ha coinvolto livelli molto diversi che vanno dalla capacità di condividere un tempo e un luogo comune e che hanno superato in efficacia i molti interventi di psichiatri pubblici e privati intervenuti per anni senza apparenti risultati.

L'apprendimento del Gruppo Multifamiliare sembra funzionare in maniera circolare. Non parte da chi si suppone debba sapere (gli operatori), ma scaturisce da una comune esperienza emotiva ed umana.

Molti anni fa, si era nel 1999, quando attivammo il Gruppo ponemmo come epigrafe una citazione omerica che si è rivelata più pregnante di quanto potessimo immaginare. Quando Telemaco viene spinto a partire per ricercare il padre da Atena, che ha assunto l'aspetto del vecchio Mentore, lui si schernisce e adducendo la sua giovane età e inesperienza dice: "E' poi vergognoso che un giovane interroghi chi è più anziano di lui".

Allora Atena lo incoraggia dicendogli: "Qualcosa la dirai da te stesso, nel tuo animo, altre cose te le suggerirà anche un dio".

Effettivamente nell'esperienza condivisa del Gruppo Multifamiliare si è sorpresi dal fatto che s'impara insieme o meglio che un suggerimento "divino" sia portato dalla bocca dell'ultimo partecipante.

D'un tratto tutto è chiaro, l'energia scorre liberamente e il gruppo, sollevato, può passare ad organizzare eventi o imprese del tutto insospettabili. Il gruppo, diventato "migrante", può organizzare gite, supporti all'abitare, intervenire nell'agone politico inventandosi nuove forme organizzative.

L'esperienza solitaria e isolante della malattia diventa patrimonio comune, spunto di riflessione, capacità di condividere stati d'animo, di commuoversi insieme, di gioire, ridere, dolersi o rattristarsi insieme con una infinita gamma di vitalità cangianti.

Ma quale "divinità" possiamo evocare per facilitare il nostro e l'altrui apprendimento?

Credo che sempre la mitologia greca ci offra lo spunto per comprendere ciò che accade.

Esiodo, il primo poeta greco, parla della poesia come scaturita da Zeus e dalla dea della Memoria. Le Muse, le “Figlie splendenti” di Zeus e di Mnemosine, sarebbero le protettrici e attivatrici di tutte le arti.

Senza arte l’uomo non può vivere e del resto le scoperte delle grotte di Lascaux e di Altamira ci informano circa il fatto che già i cacciatori-raccoglitori del Paleolitico Superiore dal 20.000 a.C. avessero bisogno di rappresentare i bisonti che erano i loro animali totemici, oltre che fornitori della necessaria quota proteica alimentare.

In particolare nella Grotta di Altamira è raffigurata quella che è definita la Cappella Sistina del Paleolitico Superiore.

La capacità di raffigurare il proprio mondo e quella di ricordare sta alla base del potenziale creativo e terapeutico dell’Homo Sapiens Sapiens.

Nessuna istanza burocratica può mortificare la capacità dell’uomo di creare delle opere d’arte ed effettivamente quando svolgiamo un Gruppo Multifamiliare attraversato da un particolare stato di grazia siamo presi dall’entusiasmo dell’artista che partecipa della gestazione e del successo di un suo capolavoro.

Bibliografia

Garcia Badaracco J. (1997), *La Comunità Terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*. Franco Angeli, Milano.

Hinshelwood R. D. (1998), *Pressioni culturali sulla Comunità Terapeutica: fattori interni ed esterni*, in Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M. (a cura di), *La Comunità Terapeutica: tra mito e realtà*. Cortina, Milano.

Kaes R. (1994), *La parola e il legame: processi associativi nei gruppi*. Borla, Roma.

Olson M., Seikkuka J., Ziedonis D. (2014), *Gli elementi chiave della pratica dialogica nel dialogo aperto: criteri di fedeltà*, Università del Massachusetts (USA) Università di Jyvaskyla, Finlandia, <http://umassmed.edu/psycgiatry/globalinitiatives/opendialogue/>

Pietropolli Chamet G. (1998), *Riflessioni sull’esperienza delle Comunità Terapeutiche in Italia*. In Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M. (a cura di), *La Comunità Terapeutica: tra mito e realtà*. Cortina, Milano.

Giorgio Villa Responsabile Comunità Terapeutica Montesanto ASL RM E Roma.

E-mail: giorgiomariavilla@gmail.com

Matrice semiotica negativa: irrompere della catastrofe nella vita istituzionale e trasformazione grupppale

Manfredo Lauro Grotto

Abstract

In questo lavoro il concetto di *matrice semiotica*, viene messo in relazione alle riflessioni di Bion (1962) sull'*astrazione*, sulla *costruzione di modelli* e sul *fatto scelto*. L'istituzione funeraria viene individuata come modello contenitore delle angosce paranoide e depressive (Fornari 1976) che circolano all'interno delle istituzioni, e vengono evidenziate alcune condizioni nel cui ambito hanno luogo le trasformazioni grupppali di tali angosce. La teoria è illustrata con l'ausilio dell'esperienza clinica e, a conclusione del lavoro, si propone un confronto tra il concetto di matrice semiotica e quello di *semiosfera*.

Parole-chiave: matrice semiotica, astrazione, costruzione di modelli, fatto scelto, semiosfera.

Quasi tutte le mattine per raggiungere la sede dove lavoro privatamente come clinico, mi capita di "transitare" con l'auto, sotto le mura della città le quali staccano sulla carreggiata due archi che dividono il traffico in due flussi. Al di là degli archi si può girare a sinistra o a destra. Quello che si verifica molto spesso, e soprattutto nelle ore di punta, è il fatto che per questioni di circolazione stradale, chi dopo gli archi deve girare a sinistra, prima degli archi si trovi a destra e chi dopo gli archi deve girare a destra, prima degli archi si trovi a sinistra. Quando il traffico non è sostenuto la cosa scorre, ma non appena l'intensità del traffico aumenta, dopo gli archi ci sono tutte le condizioni affinché si crei "un bell'ingorgo"... Tutte le volte che mi trovo lì in mezzo, bloccato tra i due flussi che si incrociano, mi viene da pensare: "*ma non basterebbe mettere una segnaletica e uno spartitraffico cento metri prima degli archi per canalizzare il traffico?*".

La questione probabilmente ha a che fare con il fatto che la cosa andrebbe pensata...

Rifacendomi a F. Fornari di "Simbolo e codice" (1976, p. 15-17), introduco il concetto di matrice semiotica in questi termini: "l'insieme dei segnali comunicazionali in cui un'istituzione è immersa, da cui viene attraversata e che circolano al suo interno". In altri termini, il traffico dei segnali che circolano e transitano all'esterno e all'interno di un'istituzione.

E' facile paragonare questo concetto a quello (di derivazione biologica) di milieu elettro-chimico extracellulare o "sostrato" (G. Edelman 1987), all'interno del quale sono sospese le formazioni cellulari dei vari tessuti del corpo.

Risulta anche facilmente comprensibile che le formazioni cellulari che compongono i tessuti del corpo, pur avendo meccanismi di resilience (capacità di ritornare al proprio funzionamento regolare dopo aver subito uno stress), mantengono un rendimento ottimale quando il milieu extracellulare in cui sono inserite conserva entro certi limiti quote di stabilità e quote di variabilità nella sua composizione (costanti e variazioni in Bion); e che se per qualche motivo tale milieu si “specializza troppo”, saturandosi per esempio di un certo elemento a scapito di altri, le cellule che costituiscono i tessuti cellulari ne risentiranno nonostante le capacità di resilience.

Questi stessi concetti possono essere applicati alla matrice semiotica tenendo conto che per Fornari, i segnali che più riguardano le vicissitudini della vita istituzionale e dei gruppi sono messaggi affettivi e operativi, dove per operativi si intende segnali comunicazionali relativi alla dimensione “produttiva” dell’istituzione, ancorati cioè al compito di lavoro dell’istituzione e per quanto possibile alla realtà.

L’esperienza di vita vissuta nei vari contesti sociali mi fa convenire con Fornari, che i segnali affettivi abbiano una certa priorità rispetto a quelli operativi e che esista una reciproca articolazione ed un equilibrio dinamico fra i due tipi di comunicazioni.

Dopo queste premesse teoriche generali, reintrodurrò una funzione di contesto, calandomi in una dimensione storica: faccio riferimento infatti alla situazione catastrofica inattesa che è accaduta a Parigi la notte tra il 13 e il 14 novembre 2015, in occasione degli attentati dell’Isis, e al clima di terrore generalizzato che hanno innescato in quasi tutta Europa.

La matrice semiotica non solo a livello di mass media, ma anche a livello di comunicazione privata e istituzionale, si è saturata di messaggi emozionali polarizzati e terrorizzanti, producendo un clima di contagio emotivo e shock individuale (registrato dai singoli a livello più inconscio che conscio) e collettivo. Si è assistito ad un proliferare di tali messaggi, veicolanti condizioni di minaccia estrema, su tutti i fronti e canali di trasmissione.

E’ questo il contesto in cui è calata l’esperienza clinica relativa ad un gruppo esperienziale che conduco presso un’istituzione universitaria di Roma, con alcuni studenti dei primi anni e che non poteva non venire segnata da quello che è accaduto nel mondo esterno.

Prima di presentare il gruppo però, farò ancora alcune osservazioni e citazioni per individuare il “taglio” teorico, il vertice (Bion 1973) con cui vagliare l’esperienza clinica.

Bion in “Apprendere dall’esperienza” (1962) parlando della via che dalla realizzazione conduce all’astrazione, introduce a metà strada il concetto di modello: “Il processo dell’astrarre da una realizzazione può, partendo da quest’ultima, procedere direttamente fino a giungere al sistema scientifico deduttivo passando attraverso la fase intermedia di costruzione di un

modello; elementi di quest'ultimo vengono scelti ed utilizzati come elementi del sistema scientifico deduttivo" (pag. 141).

"Un modello può essere considerato o come astrazione da un'esperienza emotiva o come la concretizzazione di un'astrazione – qualcosa di affine alla trasformazione di un'ipotesi in dati verificabili empiricamente. In seno al gruppo sociale il mito può pretendere di essere considerato come qualcosa che svolge nella società lo stesso ruolo che il modello occupa nel lavoro scientifico del singolo....

[il modello] E' un artefatto composto di elementi scelti da me tra quelli messi a disposizione dalla mia esperienza; ma è un artefatto la cui formazione ha uno scopo preciso: la selezione e la combinazione di elementi che in esso risultano non sono state fatte fortuitamente bensì con lo scopo di "spiegare" o chiarire il problema dell'astrazione" (pag.139).

"Quando pongo a confronto modello e realizzazione può darsi che ne riceva la chiarificazione che cerco; ma il confronto può anche dimostrarsi così poco remunerativo da portarmi a decidere che il modello non ha valore e quindi a scartarlo. A differenza delle teorie i modelli hanno una durata effimera: io non ho alcuna esitazione a scartare un modello quando non mi serve più o se scopro che non è utile al mio scopo; e se poi un modello si dimostra utile in più occasioni, è venuto il momento di prendere in considerazione la eventualità di trasformarlo in una teoria" (pag. 140).

Una teoria psicoanalitica consolidata o parti di essa possono funzionare da modello per rappresentare, contribuire a chiarificare e comunicare una fase di un'esperienza clinica; un modello può funzionare da organizzatore del pensiero e dell'interpretazione psicoanalitica in un momento particolarmente turbolento della vita di un gruppo o di un'istituzione, contribuendo a sostenere la capacità di contenimento delle emozioni violente e travolgenti nel terapeuta e quindi nel gruppo (cfr., Fadda 1994) e nell'istituzione.

La mitologia è piena di figure che si appellano e si aggrappano a "un qualcosa" per attraversare un momento di crisi particolarmente intenso, uno "stretto" per usare una metafora musicale, che gli consenta di transitare al di là della crisi (confronta il concetto di "nèchia" nell'opera di C.G. Jung e la discesa agli inferi per consultare un'anima illustre accompagnata o meno da una guida, come metafora del processo di introversione della libido durante un processo terapeutico; il rapporto tra Dante, Virgilio e Beatrice, ne "La Divina Commedia"); così come di figure che in assenza di un appiglio vengono travolte e risucchiate dalla crisi senza riuscire a transitare "dall'altra parte": si pensi al mito Ulisse e le Sirene, in cui Ulisse riesce a transitare legandosi all'albero maestro della nave, mentre gli altri suoi compagni si fanno sedurre dal canto o al significato del passaggio mitologico tra Scilla e Cariddi.

D'altra parte, a proposito della maggiore o minore disponibilità a liberarsi di un determinato modello (in senso bioniano), quando non sia più funzionale

alle oscillazioni $O \leftrightarrow K$, consideriamo l'ostinazione di Palinuro, che diffidando persino degli dei, viene violentemente scaraventato dal timone della barca in mare - il dio Sonno gli si era presentato sotto le spoglie di Forba, inducendolo a riposarsi e a dormire, confidando nel fatto che lui stesso avrebbe preso il timone; ma Palinuro, indignato dalla proposta di Forba, risponde che con un mare così traditore egli non può rischiare la vita del suo comandante e non lascia la barra del timone, né muove gli occhi dalle stelle con le quali si orienta. Al che il dio lo scaglia in mare con tanta violenza che Palinuro si porta via una parte della murata (Bion 1977).

Tenendo conto di quanto appena detto, il modello si viene a configurare come vero e proprio fatto scelto (in termini bioniani) o come insieme di più fatti scelti correlati tra loro, emergenti dalla turbolenza emotiva, come risultato della disponibilità ad abbandonare la memoria e il desiderio.

Il modello a cui farò riferimento per mettervi a confronto l'esperienza clinica è emerso grazie al contributo del gruppo reale che fornisce la condizione necessaria affinché si possa astrarre qualcosa. Tale modello è quello dell'istituzione funeraria proposta come contenitore delle angosce relative alla minaccia di un oggetto cattivo (angoscia persecutoria) e alla perdita di un oggetto buono (angoscia depressiva), così come proposto da F. Fornari, in *Simbolo e codice* (1976). Ecco le parole dell'autore:

“...la legge come presenza della società davanti al lutto, implica la volontà della società di assicurarsi che l'uomo non sia stato ucciso da un uomo: ma l'uccisione di un uomo da parte di un uomo (omicidio-suicidio), implica appunto la mobilitazione di ansie depressive e persecutive, nel senso che l'uomo può diventare pericoloso “a sé e agli altri”. Si può dire allora che ogni società umana si fonda sulla assicurazione contro l'ansia che ogni uomo possa uccidere o essere ucciso da un altro uomo. Ciò vale naturalmente per l'aspetto negativo di accomunamento creato dalle istituzioni sociali, nel senso che queste si costituirebbero come difesa comune nei riguardi di evenienze negative, derivanti da un pericolo comune da cui tutti i membri del gruppo possono essere coinvolti. Esiste anche l'aspetto positivo del rapporto tra gli uomini, che Freud ha chiarito come legami libidici tra i membri di un gruppo, mediati dall'identificazione con un leader padre come unico e comune oggetto d'amore e di identificazione. Un tale legame positivo, proprio in quanto libidico, rimanda a una fondazione individuale. In questo senso l'identificazione dei membri di una comunità con il capo non ha solo l'aspetto di uno spostamento dell'immagine paterna dal padre al capo. Lo stabilirsi di una comunità implica anche l'area dello scambio dei doni. In quest'ultimo senso la fondazione del sociale in funzione dello scambio collega la proibizione dell'incesto con il dono delle donne, risparmiate dall'ingordigia sessuale familiare [proibizione dell'incesto che fonda secondo Lévi Strauss (1947), la prescrizione dello scambio delle donne].

Possiamo così constatare che il sociale come comunità di individui non è solo in funzione di cum-moenia (= avere mura in comune) nel senso di avere una “comune” difesa da un pericolo, ma anche in funzione di cum munus (= dono in comune) nel senso di un bene da scambiare reciprocamente.

Questa doppia costituzione della comunità attraverso il dono comune e la difesa comune crea tipi di ansie diverse. Si può dire così che il sociale è il luogo delle ansie persecutive e depressive, vissute dagli individui che ne fanno parte, nella misura in cui ogni sociale si costituisce come il luogo delle comuni difese contro oggetti cattivi minaccianti ogni individuo del gruppo (ansia persecutoria) e come il luogo delle comuni difese contro la perdita oggetti buoni necessari alla vita di ogni individuo del gruppo (ansie depressive)” (p. 188).

Fornari prosegue poi con l’analisi delle pratiche funerarie dell’inumazione e dell’incorporazione del cadavere, rispettivamente come contenitori istituzionali dei due tipi di ansie su esposti.

Con un ulteriore livello di astrazione possiamo notare che il bisogno di rassicurazione che l’uomo non sia stato ucciso da un altro uomo e il bisogno di proibizione dell’incesto, come condizione preliminare dell’inizio dello scambio dei doni nelle società primitive, corrispondono all’opposto (segno meno nel senso di inversione di una funzione, caro a Bion) delle colpe per cui si è accecato Edipo e nello stesso tempo si pongono (nel modello di Fornari a cui mi sto riferendo) come condizioni fondanti l’emergere del sociale inteso come vita comune aperta alla creatività, alla crescita e al rapporto con l’estraneità.

L’ipotesi su cui mi sto interrogando criticamente in questo lavoro e che vorrei porre, in senso bioniano, al vaglio della comunità scientifica, ha a che fare con la possibilità che la rassicurazione contro l’emergere di comportamenti emotivi estremamente violenti e la proibizione dell’incesto come premessa per lo scambio dei doni, siano condizioni necessarie tanto per l’emergere di quella che C. Neri chiama “buona socialità” (comunicazione orale), quanto al funzionamento trasformativo sia del piccolo gruppo, sia delle istituzioni; e che qualora tali condizioni venissero a mancare il gruppo e l’istituzione rischiano di trasformarsi in sistemi ideologici fortemente coesi e militarizzati contro un nemico esterno, come sta avvenendo al giorno d’oggi sotto ai nostri occhi con il fenomeno dell’Isis.

Per far questo mi servirò dell’esperienza clinica relativa a due sedute del gruppo esperienziale cui ho accennato in precedenza, composto da una decina di persone, che si tiene settimanalmente all’interno di un’istituzione universitaria, e che si trovava allora in una fase non molto avanzata della sua esistenza.

La prima seduta che riporto, si svolge a distanza di due settimane dagli attentati, dopo un altro incontro in cui i membri del gruppo, sull’onda

dell'effetto emotivo degli eventi e in preda alla paura del contagio, avevano intensamente oscillato all'unisono e in maniera simmetrica tra vissuti di estrema depersonalizzazione e soggettivazione, come se il gruppo stesse effettivamente funzionando come un tutto.

Questa volta, il clima spettrale dell'università vuota, sembra suggerire una sensazione generalizzata di diffidenza, alla quale il gruppo risponde con il "solito" rituale della discussione sulle tasse universitarie, sul calcolo dell'Isee e sui codici di accesso al sito istituzionale, soffermandosi sui numeri 5 e 7, ma soprattutto facendo circolare al proprio interno il tesserino universitario con la fotografia di ciascuno, in funzione di autoriconoscimento rassicurante.

Nel frattempo, arrivano altri quattro membri del gruppo ed M., uno di questi ultimi, palesemente molto preoccupata e noncurante di ciò di cui il gruppo stesse parlando, dice in maniera concitata:

M: vi ricordate di quando al liceo si marinava la scuola? i vostri genitori lo sapevano o no? Io certe volte non ci volevo proprio andare e mi inventavo di tutto; avevo i miei metodi per farmi salire la febbre, per esempio mi mettevo tante coperte addosso per sembrare più calda a mia madre, e poi scaldavo il termometro alla lampada.

P: a proposito, oggi ho la febbre, ma non preoccupatevi perché io funziono meglio quando ho la febbre, mi succede sempre così... e si tocca la fronte.

Il gruppo fa un giro di associazioni sulla temperatura, su come ci si sente quando è alta e quando è bassa e sul marinare la scuola, interrogandosi se la cosa fosse giusta o sbagliata; ed in seguito ad un mio brevissimo intervento concernente i numeri 5 e 7 che potevano far pensare al numero dei membri presenti o assenti la volta scorsa, ma anche al numero degli attentati di Parigi, irrompe brutalmente il clima di preoccupazione finora latente; le studentesse che la volta scorsa non c'erano state, sembra abbiano bisogno di riversare un fiume di angoscia nel gruppo, come per recuperare l'incontro cui erano mancate e sintonizzarsi su quello che era successo la volta scorsa e così il gruppo riprende il discorso sull'allarme, che aveva caratterizzato la seduta precedente: allarme ancora presente che poteva essere rappresentato dalla febbre di P. e dai riferimenti alle oscillazioni di temperatura...

P: (a proposito della febbre alta, rivolto a S) ma a te è capitato mai di svenire?

S: francamente no.

Interviene M: io sì, una volta quando ho fatto il prelievo del sangue per la donazione...ero con mia sorella all'ospedale; io ho donato per prima; sembrava che andasse tutto bene; poi ha donato mia sorella. Mentre le facevano il prelievo, chiacchierava con me, ma io all'improvviso sono svenuta...poi ho fatto un sogno: mi sono ritrovata distesa, all'aperto su un prato verde con tanta gente che mi stava intorno e che mi chiamava. Io non riuscivo a parlare...poi mi sono risvegliata dentro l'ospedale, in un'altra stanza però, rispetto a quella in cui mi

avevano fatto il prelievo. Per fortuna che ero già dentro l'ospedale e hanno potuto soccorrermi tempestivamente.

Il gruppo risponde con un giro di associazioni sulla eventuale preoccupazione dei genitori di M. e da qui passa alle angosce attuali, per l'incombere dello spettro dell'Isis e per il pericolo ancora in corso di attentati. Nonostante la realtà esterna dell'evento terroristico, io pensavo che il pericolo bomba oggi avesse anche a che fare anche con la sessualità e che la febbre di P. potesse rappresentare simbolicamente un'eccitazione sessuale in corso; ma come parlare di questo in un gruppo che si tiene all'interno di un'istituzione universitaria? Quindi resto in silenzio e il gruppo continua con le associazioni sulle preoccupazioni del momento; mi sembra però che l'emotività dilagante stia in qualche modo ostacolando l'attività del gruppo di lavoro e che la passione stia travolgendo la funzione semaforica.

In funzione di contenimento, mi sembrava potesse essere utile socializzare qualcosa che avesse a che fare con il concetto di manutenzione del gruppo e con la matrice semiotica, quindi riferendomi al sogno di M. dico:

An: in questo periodo ci arrivano da tutti i fronti talmente tanti messaggi di pericolo e allarme imminente, da farci correre il rischio che la capacità di pensare venga scalzata via (il sogno dell'ospedale come passaggio dal fuori al dentro, dal non contenimento alla cura; ospedale come ospitalità-istituzione con capacità di cura flessibile); a tal proposito allora, il nostro lavoro di oggi potrebbe avere a che fare con il tentativo di costruire un filtro a tutte queste comunicazioni affettivamente dense in maniera da poter ricominciare a pensare. Ma l'ansia, l'angoscia e il pericolo percepito sono tali e tanti che il gruppo continua a parlare di Isis (la preoccupazione per l'Isee dell'inizio, forse) e della militarizzazione della città, col significato ambiguo che veicola: assicurazione o paura? Amico o nemico?

E su questo chiudiamo.

Dentro di me penso che il gruppo non ha ancora maturato un'elaborazione depressiva della situazione, anche se attraverso il racconto del sogno di M. ha cominciato a farlo, e che in alcuni momenti si è cercato di sfuggire dalla demotivazione attraverso un discorrere maniacale.

La seduta successiva (in cui "ritornerà" R., una studentessa che dopo il primo incontro non era più venuta) sembra segnata da un senso di transito di elementi dall'esterno all'interno e viceversa; infatti gli studenti cominciano a parlarmi già da quando sono fuori della porta, segnalandomi che "forse non saremo tanti oggi". Comunque appena entrati comincia il "solito rituale" dello scambio dei tesserini, durante il quale P. propone il tema del giorno:

P: quando siete sotto pressione, voi scrivete? Usate la scrittura come valvola di sfogo?

C: (sorpresa e compiaciuta) veramente io quando sono un po' in tensione faccio i mandala.

P: *no, perché io ricorro alla scrittura quando ho un problema dentro, per evitare la confusione... cioè, quando le cose sono confuse dentro di me e mi serve esternalizzarle, per dargli una forma comprensibile.*

V: *io di recente ho partecipato ad un corso di scrittura creativa per lo stesso motivo, ma anche se sono riuscita a parlare di alcuni miei problemi personali, non mi sembra di essere andata tanto oltre...*

R: *ragazzi, io avrei bisogno di parlare di una mia problematica personale, solo che non so se qui ci riesco, se riesco a trovare le parole per comunicare a persone che non conosco o che conosco solo di vista, qualcosa che per me è molto importante.*

Il gruppo la incoraggia a parlare liberamente.

R: *va bè, praticamente nella mia famiglia c'è un clima di tensione fin da quando sono piccola e questo si è manifestato nel fatto che cambiavamo in continuazione casa e ancora oggi io ho l'abitudine di cambiare sempre appartamento; infatti tra poco dovrò fare un trasloco. Mi sento un po' confusa; però per ritornare al discorso di P. sullo scrivere quando siamo sotto stress, mi ricordo che da adolescente quando ero in tensione, uscivo di casa e andavo agli scout.*

Nel gruppo comincia a manifestarsi in maniera palese l'assunto di base di accoppiamento perché prendendo spunto dal discorso di R., ognuno a turno dialoga con lei su cosa faceva quando da adolescente si trovava in stato di crisi, mentre il resto del gruppo resta in silenzio ad ascoltare. Nonostante dentro di me pensassi che qualcosa stesse ostacolando la funzione del gruppo di lavoro, resto in silenzio e in attesa, sia perché registravo un clima di notevole sinergia in questo avvicinarsi delle coppie sia perché il gruppo spontaneamente stava risolvendo la questione, trovando un linguaggio atto ad integrare ed articolare le questioni individuali a quelle collettive, il narcisismo al socialismo, in maniera più dinamica e meno parossistica, rispetto alle volte precedenti.

C: *(rivolta a R) ma che cosa nelle case che hai cambiato ti dava particolarmente fastidio?*

R: *ma veramente non riuscivo a trovare la mia dimensione: a volte avevo la sensazione che ci fosse troppo poco spazio, altre che ce ne fosse troppo, a volte sentivo il mio spazio invaso dai coinquilini; nella nuova casa spero di trovarmi bene e che si riesca a creare un clima di piacevole condivisione.*

C: *(rivolgendosi a tutto il gruppo e non più solo a R) il riferimento a tutti questi spazi, mi fa venire in mente che forse in questo momento abbiamo bisogno di parlare di confine. Il cerchio del mandala, la casa, la scrittura creativa in fondo, sono come una sorta di... contenitori. Io personalmente mi ci trovo molto bene dentro.*

P: *beata te, io invece dentro i contenitori mi ci trovo veramente male, mi risultano stretti; ho paura della routine, di trovarmi a svegliarmi come da un incubo (mi viene da pensare alla fondazione della famiglia di Corinto e dell'istituzione sociale, al confine della famiglia inconscia di Tebe, così come alla costruzione della coscienza individuale al confine dell'incubo dal quale ci si risveglia avendo visto il*

proprio corpo morto, confine che segna in maniera imprevedibile il ritorno del rimosso, cfr. Fornari 1976) *e di rendermi conto di stare con una persona che non sopporto e che non mi piace più.*

Diventando improvvisamente tutto rosso e sorprendendo tutti, mima una telefonata alla sua fidanzata in cui le strilla nell'orecchio che non la sopporta più.

P: basta ti odio sei sempre la stessa, non ce la faccio più!!!

Il contenitore gruppale regge quest'esperienza perché tale emergenza persecutoria puntiforme avviene, oggi, in un clima di elaborazione e scambio depressivo ed attraverso le immagini del mandala, della casa, della scrittura creativa e del "gruppo scout" che accoglie quando si è in crisi, accennato da R. all'inizio. Mi sembrava che il gruppo stesse trovando il modo e la forma per far transitare contenuti personali particolarmente investiti da uno spazio privato ad uno spazio pubblico; e per sincerarsi sulla sicurezza di questa operazione, ricorre ad un discorso simbolico che ha come oggetto un diario segreto.

V: (a P) ma non ti è venuto mai in mente di scrivere un diario segreto? Io lo faccio spesso, mi serve sia per conservare una memoria storica, sia per esercitare quella mia di memoria; e poi come dicevi tu è utile quando ti senti confusa, per esternalizzare e differenziare contenuti poco chiari.

Nel gruppo si crea un rapido borbottio su chi tiene un diario e chi no, su cosa ci si potrebbe scrivere dentro e su come eventualmente nascondere in posti sicuri per rassicurarsi che non lo legga chi non dovrebbe; poi la discussione si smorza. Approfitando di un momento di silenzio riflessivo, posso fare un intervento riassuntivo e conclusivo.

*An: dirò solo due cose: la prima è che oggi il gruppo sta riuscendo a mettere in relazione il personale e il collettivo, attraverso il famoso linguaggio comune che cercavamo fin dai primi incontri. La seconda ha a che fare con le *condizioni* che hanno consentito questa trasformazione; mi riferisco al fatto che nonostante il clima catastrofico in cui siamo stati catapultati a partire dal 13 novembre, data degli attentati, il gruppo è riuscito a farsi da garante che in questa sede non si ricorra alla violenza estrema, come strategia per risolvere i conflitti ed i momenti di crisi; e che ognuno si senta libero di far circolare e di scambiare con gli altri membri del gruppo, i contenuti che ritiene più delicati e preziosi, anche se turbolenti. Le volte scorse il pericolo proveniente dall'esterno, (Isis e attentati del Bataclan), ci aveva fatto confrontare con un gruppo terroristico in cui questi *garanti metasociali* erano venuti meno, funzionando in maniera invertita; e questo ci aveva messo terrore, un terrore senza nome. Oggi invece, facendoci da garanti di queste due condizioni possiamo permetterci di essere soggetti in gruppo, avendo contenuto l'emozionalità travolgente ed avendo ripristinato le condizioni per il sostenimento di una buona socialità.*

Dopo questo intervento il gruppo riprende i racconti sulle proprie problematiche, con un atteggiamento molto disteso e sereno e si volge alla chiusura.

Forse i membri del gruppo volevano comunicare in maniera simbolica contenuti relativi alla masturbazione e alla sessualità genitale (diario segreto, spazio privato, spazio pubblico, trovare il linguaggio giusto per comunicare con estranei contenuti così personali); ma la situazione esterna aveva fatto venir meno le condizioni per socializzare contenuti privati così fortemente investiti, in un clima di fiducia. In ogni caso la trasformazione gruppale, manifestatasi attraverso le parole del conduttore, ma sviluppatasi nel gruppo e ad opera del gruppo, ha consentito di affrontare con maggiore scioltezza i contenuti inerenti il lutto per l'avvicinarsi della pausa natalizia, come se le ansie e le angosce persecutorie e depressive indicate da Fornari, esacerbate dagli eventi, fossero state contenute.

Conclusioni

Vorrei concludere questo lavoro, mettendo in relazione critica il concetto di semiosfera¹ di C. Neri e quello di matrice semiotica qui proposto, dal momento che hanno molti punti in comune, ma anche elementi differenziali: C. Neri propone il concetto di semiosfera come una dimensione emergente in un momento specifico della vita del gruppo, dopo lo stadio della comunità dei fratelli (Neri 2004), e in funzione della processualità del gruppo; laddove nell'esperienza clinica qui riportata la matrice semiotica viene alla ribalta per effetto di un drammatico cambiamento delle condizioni sociali "al contorno". Il punto d'incontro che mi sembra prospero potrebbe essere la possibilità di contare su un'articolazione dinamica dei due fenomeni lungo la vita del gruppo.

Bibliografia

- Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Armando. Roma.
- Bion W.R. (1973), *Seminari Brasiliani*, 1. In *Il cambiamento catastrofico*. Loescher. Torino.
- Bion W.R. (1977), *La griglia*. In *Il cambiamento catastrofico*. Loescher. Torino.
- Edelman G. (1987), *Darwinismo neurale*. Einaudi. Torino.
- Fadda F. (1994), *Evoluzione in O e turbolenza psicologica*. In *Lecture Bioniane*, Borla, Roma.
- Fornari F. (1976), *Simbolo e codice*. Feltrinelli. Milano.
- Lévy-Straus C. (1947), *Le strutture elementari della parentela*. Feltrinelli. Milano.

Lotman J.M. (1985), *La semiosfera. L'asimmetria e il dialogo delle strutture pensanti*. Marsilio. Venezia.

Neri C. (2004), *Gruppo*. Borla. Roma.

Neri C., Correale A., Fadda P. (1994), *Letture bioniane*. Borla. Roma.

Note

1) “La semiosfera è l’ambito della determinazione del senso di ciò che accade nel gruppo e comprende tutte le dimensioni che vi presiedono. Tali funzioni sono l’autorappresentazione, la funzione Υ , le catene associative gruppali, la mimèsi. Queste funzioni o sistemi non esistono nella realtà della vita del piccolo gruppo a finalità analitica in una condizione di isolamento. La loro divisione in parti è solo una necessità euristica. Nessuna di queste parti, presa separatamente, è in grado di funzionare realmente, lo fa soltanto se è inserita in un *continuum* semiotico pieno di formazioni di tipo diverso e collocato a vari livelli di organizzazione. Chiamerò semiosfera l’insieme di questi sistemi di elaborazione di senso e il continuum di cui fanno parte (cfr., J.M. Lotman, 1985, pag. 56)”; (cfr., Neri, 2004, pag. 96-97).

Manfredo Lauro Grotto, nato a Roma nel 1973, psicologo e psicoterapeuta, è membro ordinario dell'Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo IIPG, e vicepresidente del Centro Psicoanalitico Le Quattro Stagioni di Roma.

E-mail: manfredolaurogrotto@yahoo.it

Terapeuticità dei gruppi psicoanalitici nelle istituzioni

Flavio Piergentili

Abstract

In questo articolo propongo la possibilità di utilizzare l'analogia tra le cinematiche dei gruppi psicoanalitici e le frequenze delle radiazioni dello spettro elettromagnetico per la lettura dei fenomeni e dei vissuti emotivi esperiti. Dopo la presentazione teorica, segue una breve descrizione del contesto istituzionale, dei pazienti che hanno preso parte al gruppo e alcuni stralci di sedute cliniche di gruppo. Alcune considerazioni di carattere teorico sono infine riprese nella parte conclusiva del lavoro.

Parole-chiave: incolore¹, protomentale², infrapsichico³, ultrapsichico⁴, cinematiche⁵

L'essere umano è proteso, per natura, alla conoscenza, usando la sensorialità; dei sensi quello che più adoperiamo è la vista perché è rapida e fa subito distinguere le differenze. Anche la scienza usa come struttura la vista: tenta di rendere visibile (alla mente) l'invisibile.

Ma per vedere è necessario che un raggio di luce (un fascio di fotoni-quantum di luce) raggiunga i nostri strumenti d'osservazione o i nostri occhi.

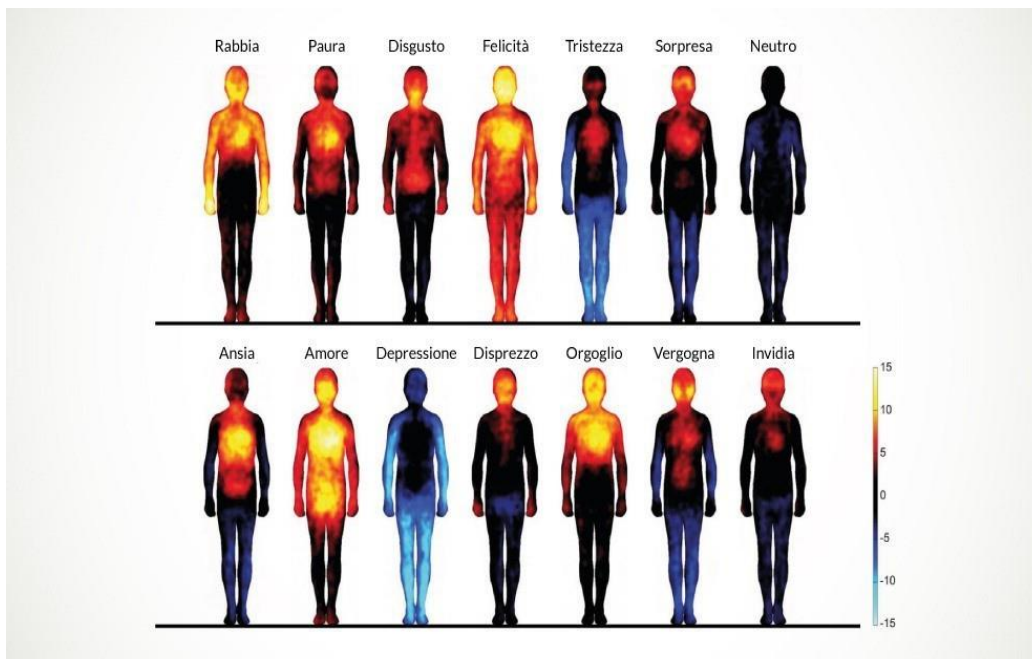
In tempi recenti studi riguardanti la luce hanno destato molto interesse nella comunità scientifica internazionale.

La luce è da sempre associata alla conoscenza ed è anche uno dei principali oggetti di indagine scientifica. L'ONU ha proclamato il 2015 "L'anno della luce"; nell'autunno del 2014, sono stati assegnati tre premi Nobel, uno per la fisica - attribuito a Isamu Aisasaki, Hiroschi Amano, Shuji Nakamura - tre scienziati che hanno realizzato i Led Blu. Uno per la chimica - dato a Eric Betzig, William Moerner, Stefan Hell - per la realizzazione di un microscopio ottico ad altissima risoluzione che permette di vedere il "nanomondo".

E l'ultimo nella medicina per uno studio sui neuroni in cui è stato scoperto che anche nell'oscurità questi permettono l'orientamento spaziale.

Sono numerosi i riferimenti storico-scientifici possibili, uno su tutti il primo Nobel ad Einstein per la scoperta sulla doppia natura dei fotoni, corpuscoli e quanti di energia ondulatoria.

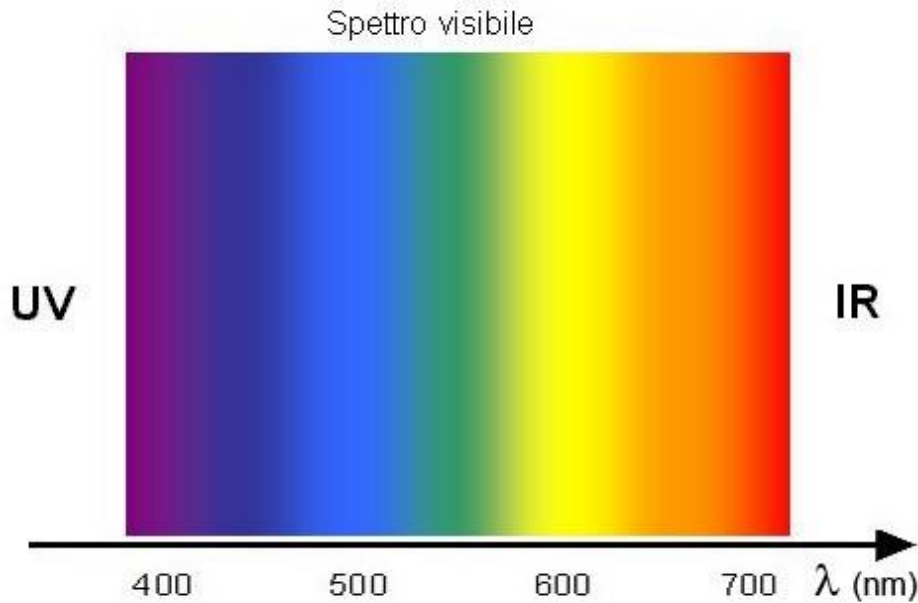
La luce non solo determina la fotosintesi - base della vita sulla terra - ma descrive tutta l'esistenza. Anche gli umani ne sono pervasi, come si vede da questa "mappa delle emozioni".



E' forse possibile leggere il gruppo, le sue dinamiche, le narrazioni, le trame che si formano tra i membri come le tonalità - frequenze delle radiazioni luminose e non ?

E' quello che mi sono chiesto nel percorso clinico-terapeutico nel lavoro istituzionale.

La luce corrisponde allo spettro elettromagnetico visibile. Si tratta di un intervallo compreso tra i 400 ed i 700 nanometri di lunghezza d'onda (angstrom, $1\text{\AA} = 10^{-10} \text{ m}$). Coincide con il centro della regione spettrale della luce emessa dal Sole. Al di fuori dei limiti di questo spettro ricadono lunghezze d'onda non percepibili ai nostri occhi. Oltre i 720 nanometri entriamo negli infrarossi, sotto i 380 negli ultravioletti. E' il cervello che interpreta i colori in funzione delle lunghezze d'onda, dalle maggiori (rosso) alle minori (violetto)⁶.



Ho pensato che si potesse abbinare la luce alle modalità di funzionamento del gruppo clinico dove il condividere con gli altri è un tema centrale nella vita privata, sociale, relazionale anche in questo periodo storico fondato sull'individualismo.

La cooperazione, la condivisione, l'intersoggettività si manifestano a tre livelli (Ammaniti 2015)⁷

Il primo è il contagio (il protomentale per Bion), l'immediatezza emotiva trasmessa senza la partecipazione della pensabilità (paura, terrore, risa si trasmettono rapidamente). Si verifica nei momenti di noia, silenzio, pausa, confusione: sono manifestazioni frequenti nelle sedute. L'ho definito *l'incolore* ispirato dalla lettura del libro di Murakami (2014), in cui il protagonista membro di un gruppo di amici, contiene dentro di sé un dolore non pensato ma sofferto. *L'incolore* come tempo senza controllo cosciente. In gruppo, probabilmente, è il momento della depersonalizzazione. *L'incolore* è, come il protomentale (Bion W.R. 1961), fisico e psichico fusi insieme. Potrebbe corrispondere *all'infrapsichico* (come l'infrarosso delle radiazioni invisibili - onde radio sino *all'infrarosso*) e *all'ultrapsichico* (onde radio corte invisibili, come *l'ultravioletto*)^{8 9}. Sono le esperienze che sembrano allinearsi alle sensazioni più primitive.

Il secondo è la capacità di risuonare, partecipare agli stati d'animo degli altri, quello che definisco il *monocolore*. Si palesa con l'associazione libera di racconti e tematiche accomunate da un aspetto emotivo (depressione, rabbia, gioia, speranza).

Il terzo è la condivisione di sentimenti, emozioni che non è solo percepire l'altro (gli individui, le singole narrazioni), ma comporta la mentalizzazione. Corrisponde ai momenti in cui dalle singole narrazioni, sogni, siano in grado, in gruppo, di attivare o di accrescere la nostra pensabilità attraverso trasformazioni. Lo definisco il *policromatico*, luce bianca del disco di Newton

quando è in movimento.



Ho scelto di proporre questo modello per descrivere il gruppo pensando ai sette colori che compongono il disco¹⁰; sette sono anche i membri che hanno preso parte al gruppo. Come per i colori nel disco, non è importante dove i partecipanti al gruppo scelgono di “sedersi”, non c'è un ordine predefinito.

Il disco di Newton è un'immagine che evidenzia la velocità dell'oscillazione, con movimenti di accelerazione e decelerazione.

Dall'individuo, *monocromatico*, al gruppo, *luce bianca*, che racchiude tutti gli altri colori, i singoli membri. Individuo ↔ Gruppo, Policromatico (luce bianca) ↔ Monocromatico.

Istituzione

Il luogo dove è attivo il gruppo a conduzione psicoanalitica è il CSM di una ASL di Roma. Si tratta della struttura di riferimento sanitario di uno dei quartieri più popolosi del tessuto urbano.

La proposta di attivare un gruppo per adulti è stata accolta da subito con approvazione. Rappresentava per il CSM la possibilità di offrire ad alcuni utenti con disagio psichico uno spazio psicoterapeutico.

Il lavoro integrato dell'équipe, prevede un incontro fisso a settimana in cui si gestiscono la ricezione e assegnazione delle richieste e collaborazioni tra figure differenti appartenenti all'area medica, psicologica e all'assistenza sociale.

Il gruppo si tiene nella stanza in cui si svolgono le riunioni settimanali dell'équipe: la più grande a disposizione.

Alcuni partecipanti, sono seguiti da psichiatri per una T.F.S. Si tratta di ansiolitici, stabilizzatori dell'umore, antidepressivi, antipsicotici.

Il gruppo è iniziato con sei persone me compreso, due donne e quattro uomini. Attualmente siamo in cinque, ci sono stati ingressi ed uscite. Tutti sono motivati ad iniziare questa esperienza: per due membri è un passaggio da una psicoterapia individuale, per gli altri è la psicoterapia una esperienza nuova, e c'è anche chi ha già partecipato a gruppi terapeutici.

Partecipanti

Rossella soffre di ciclotimia (disturbo bipolare) con episodi di bulimia.

Caterina ricorda un episodio depressivo successivo alla morte materna,

motivo dell'inizio delle cure psicoterapeutiche. L'angoscia di sentirsi abbandonata la rende insicura e dipendente nei rapporti. **Alessio**, obeso, soffre di disturbo bipolare al momento dell'inizio della terapia in fase depressiva. Ha disturbi del sonno e attacchi di panico. **Gennaro**, obeso, con disturbo alimentare compulsivo. Riporta episodi di "fuga delle idee" accompagnate da ansia in seguito alla morte della madre, motivo dell'inizio del consulto psicologico. **Gabriele** ha iniziato percorsi psicoterapeutici a causa di comportamenti aggressivi segnalati sul luogo di lavoro. Episodicamente soffre di depressione ed astenia a causa di vissuti fallimentari. **Claudia** ha un passato di privazioni e violenze familiari, partecipa al gruppo per il ripresentarsi di stati d'ansia ed attacchi di panico abbinati a stati di de-realizzazione. **Federica** chiede di partecipare al gruppo per i ricorrenti pensieri ossessivi e fobie che la immobilizzano. Ha fantasie ed istinti aggressivi verso sé e gli altri causati dalla rabbia per il senso di fallimento.

Gruppo al lavoro

Rossella: "la settimana scorsa non sono venuta perché sono stata male." Condivide le somatizzazioni allo stomaco e alla schiena successive alle discussioni con l'ex marito per delle proprietà.

Da Rossella a Gabriele, ed il suo senso di colpa per il fallimento familiare. Dalla coppia al gruppo, con la condivisione di storie conflittuali.

Lo chiameremo il *fil rouge* (il filo rosso), un tema che colleghiamo al senso di colpa e alla vergogna provata per i legami interrotti.

Gabriele: "il senso di colpa che provo è un filo rosso che vorrei tagliare."

Alessio a Rossella: "...puoi fidarti di uno che ti prendeva a botte?!"

Rossella: "hai ragione, ma non riesco a liberarmene, non riesco a tagliarlo del tutto.."

Gabriele: "il punto è che ancora oggi a distanza di anni non ce la faccio. Che poi di questi fili quanti ce ne sono?! Io ne vedo gialli, rossi, verdi, blu.."

Conduttore: "quello che stiamo dicendo mi ha fatto pensare alle matasse, un insieme di fili rossi, gialli, verdi, che può essere ognuno di noi, ma anche un gruppo come il nostro, se si intreccia. Potremmo chiederci cosa sono questi fili, i loro colori? Cosa rappresentano per noi? Penso che quello rosso lo stiamo chiamando senso di colpa e vergogna che non fa pensare e blocca, perché parte degli aspetti più arcaici della nostra vita proprio come l'infrarosso che pian piano arriva alla visibilità del colore: il rosso."

Alessio: "io non sento il filo rosso di cui si parla".

.....

Claudia entra in gruppo, c'è un clima di eccitazione e preoccupazione. *Conduttore*: "oggi come avevo detto, abbiamo un nuovo ingresso" *Claudia* si presenta: "salve a

tutti”

Caterina: “noi, la prima volta abbiamo fatto un giro di presentazioni”

Claudia: “oddio..così?”

Gabriele: “dai comincio io..”. Racconta le problematiche lavorative e il fallimento matrimoniale.

Gabriele: “vabbè mò basta altrimenti parlo solo io..vai tu?”

Rossella: “..uhm no mi devo ancora ambientare..”

Caterina: “vado io..”, racconta del suo matrimonio fallito ed del marito malato

Il gruppo si rivolge ad Alessio perché si racconti.

Alessio: “pfff, sono qua perché in passato mi sono comportato male con i miei genitori, li ho allontanati e ora che sono morti come capirai non mi è possibile riparare..Ma non è tutto”. Alessio parla del suo tentativo di suicidio quando viveva in Brasile “mi sono lanciato contro un rapinatore che era entrato nella mia agenzia..e quello? Mi ha colpito con tre proiettili. Come vedi e non è riuscito ad uccidermi..”

Il gruppo sorpreso commenta di non averlo mai sentito raccontare questa storia.

Alessio racconta un altro episodio in cui è uscito illeso da un'incidente automobilistico: “come Bruce Willis in Die Hard!”

Gabriele: “si anche a me è successo una volta, sulla via dei laghi, sono uscito fuori strada in uno dei tornanti, ma non mi è successo niente per fortuna” *Rossella* racconta del suo fallimento matrimoniale “per fortuna non abbiamo avuto figli, abbiamo provato con l'inseminazione artificiale ma non ha funzionato; meglio così per come è andata. A volte si pensa di salvare un rapporto con un figlio..”.

Claudia si presenta. Racconta in modo frenetico il panico che la immobilizza e i sintomi di depersonalizzazione e di derealizzazione da lei vissuti.

E' arrivato *Gennaro*. Si presenta e saluta la nuova arrivata.

I dialoghi sono a volte incomprensibili, sembra di essere in un luogo all'aperto, come in un parco o ad una festa in cui il sovrapporsi di voci ed il ritmo incalzante rende impossibile seguire gli interventi.

Il gruppo parla della fantasia di andare altrove, le voci si mischiano in un clima di eccitazione tra dialoghi diversi, un ritmo che non cala nonostante siamo alla conclusione del gruppo.

.....

Si alternano racconti di problemi fisici e consigli pratici per curarsi.

Federica: “è da un po' che mi sento meglio...vorrei partire da sola, è da tanto che non vado a trovare mia madre.”

Il gruppo si confronta sulla possibilità di affrontare le angosce ed il panico vissuto come impedimento. Prospettiamo l'idea di poter viaggiare assieme per aiutarci.

Claudia: “come è possibile avere queste paure?”

Federica: *“pensate faccio bene a provarci?”*

Conduttore *“ho pensato al bambino che poco alla volta si allontana dalla madre per esplorare uno spazio nuovo, come quando si entra la prima volta a scuola. È un processo graduale, che se tollerato, permette ad entrambi di fare questa esperienza con un'angoscia accettabile¹¹”*

L'intervento produce una serie di riflessioni personali.

Claudia *“allora il panico, il bisogno che ho di tenere tutti vicino è perché mia madre ci aveva messi al collegio...ricordo tutto, i miei pianti, quelli di mio fratello quando ci lasciava e non volevamo...ma lei proprio non poteva portarci con sé, questo ci diceva.”*

E' commossa ed il gruppo ascolta con partecipato silenzio.

Federica *“quello che dici mi fa pensare allora che non è necessario una madre ti stia troppo addosso! La mia opprimeva tutti, 'Non andare là! Fermati ti fai male!’”*
Conduttore *“come dire che il troppo o il troppo poco non ci aiutano più di tanto!”*

Penso al gruppo come il Mogol¹² che ha tante facce, tanti vertici, è incolore, trasparente quando è senza luce. Monocromatico quando è colpito da una sola narrazione, da una sola emozione che si diffonde. Policromatico quando è attraversato da un fascio di luce bianca, che racchiude tutti i colori in sé, le emozioni, i sentimenti, i pensieri.

Conclusioni

Vorrei, brevemente, sottolineare uno degli aspetti del lavoro clinico di gruppo. Le “dinamiche” (meglio ancora le “cinematiche”, così era solito chiamarle Francesco Corrao) di gruppo, come emerge dal materiale clinico presentato, manifestano un aspetto terapeutico importante legato al contenimento delle angosce e alla tolleranza delle frustrazioni.

Tale capacità contenitiva si configura quale fondamentale elemento trasformativo possibile esito del sommarsi di una specifica e particolare sensazione emotiva alle altre espressività monocromatiche sempre presenti nel gruppo, fino a produrre, non un arcobaleno emotivo, bensì luce bianca.

L'invito costante ad esplicitare in gruppo le problematiche di ognuno ha infatti orientato tutti verso una comunicazione più fluida, meno conflittuale.

Questo nuovo modello di legame comunicativo, più sintonico e orientato alla conoscenza (K→O) intesa in senso bioniano, ha consentito di cogliere l'incipit trasformativo in grado di favorire nei partecipanti quel cambiamento che permette di usufruire di altri punti di vista ed è in grado di favorire, tra l'altro, il passaggio da una struttura gruppale ed emozionale monocromatica ad una policromatica, più funzionale al pensiero individuale e di gruppo. In questo modo, il discorso all'interno del gruppo è potuto divenire un coro a più voci, capace di restituire ad ognuno paure, ansie, vissuti depressivi più tollerabili e controllabili e favorire la produzione di nuovi pensieri e nuovi processi evolutivi.

Bibliografia

- Ammaniti M. (2015), *Noi. Perché due sono meglio di uno*. Cortina Editore, Roma.
- Bion W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*. Armando Editore, Roma.
- Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Armando Editore, Roma.
- Bion W.R. (1967), *Analisi degli schizofrenici*. Armando Editore, 1970, Roma.
- Bion W.R. (1992), *Cogitations*. Armando Editore, Roma.
- Corrao F. (1998), *Il concetto di campo come modello teorico*. In Orme volume secondo. Raffaello Cortina Editore, Roma.
- Murakami H. (2014), *L'incolore Tazaki Tsukuru e i suoi anni di pellegrinaggio*. Einaudi, Torino.

Sitografia:http://it.wikipedia.org/wiki/Luce#Teoria_ondulatoria
[http://it.wikipedia.org/wiki/Gran_Mogol_\(diamante\)](http://it.wikipedia.org/wiki/Gran_Mogol_(diamante))
http://it.wikipedia.org/wiki/Spettro_visibile

Note:

- 1) Il termine *incolore* indica l'appiattimento emotivo che può verificarsi nel gruppo ma che, sollecitato da un'emozione, si vivifica e prende colore.
- 2) *Protomentale* è un termine bioniano, rappresenta l'estensione del concetto di pulsione freudiana.
- 3) *L'infrapsichico* è relativo agli elementi arcaici che tendono a manifestarsi come sensi di colpa, stati d'ansia, somatizzazioni ed altrisintomi.
- 4) *L'ultrapsichico* si riferisce alle fantasie che se non contenute nel gruppo portano alle psicosi.
- 5) Il termine *cinematiche* costituisce un'accezione della funzionalità mentale e corporea della psicoanalisi di gruppo. Estensione del concetto di Francesco Corrao (1986a in 1998)
- 6) http://it.wikipedia.org/wiki/Luce#Teoria_ondulatoria
- 7) Ammaniti, allievo di Corrao, correla il contagio, la risonanza degli stati d'animo, la mentalizzazione a strutture anatomo-fisiologiche del cervello ma afferma "rimane la grandissima importanza dell'ambiente dove si vive". Già nel percorso evolutivo "la conquista della terra" non può essersi realizzata come impresa individuale, ma solo grazie al gruppo alle sue azioni e al senso del noi. Ritiene inoltre che l'unico modo per uscire dall'impasse attuale, non solo dell'Europa, è rivalutare il gruppo e il noi. Cita in questo senso il premio nobel per l'economia del 2008 Paul Krugman "l'unico modo per uscire dalla crisi è sostenerci vicendevolmente". Oltre che nell'economia, nell'educazione aggiunge è necessario favorire il senso della cooperazione.
- 8) Bion si riferisce alle lunghezze d'onda nella gamma psicotica caratterizzata da onde corte, "quest'area è caratterizzata da 'onde' estremamente 'corte', da mancanza di gamma e quindi di mancanza di discriminazione; quello che un musicista potrebbe descrivere come un'incapacità di 'sentire' o di 'accordarsi' rispetto a quanto è detto.. lo stesso si può dire per quello che viene visto: c'è qualcosa nella gamma della percezione dei colori che è analogo all'orecchio assoluto in musica" (Bion 1992, pag 317)
- 9) "La luce potrebbe essere spiegata o come consistente di onde elettromagnetiche. oppure di quanta di luce, pacchetti di energia viaggianti nello spazio ad altissima velocità. Einstein non poté affrontare la contraddizione completa esistente fra la

concezione ondulatoria e l'idea dei quanta di luce” (Heisenberg W. 1958, in Bion 1992, pag. 79). “E' possibile che la spiegazione debba essere essenzialmente formulata in termini di fantasie primitive- cioè particelle elementari (schizoparanoide) o teoria ondulatoria (depressiva)- perché queste sono limitazioni della mente umana dalle quali non si può trascendere?” (Bion 1992, pag 79-80)

10) Si tratta dei sette colori che ricadono all'interno dello spettro visibile dall'occhio umano, in ordine dalla lunghezza d'onda maggiore alla minore sono: rosso, arancione, giallo, verde, ciano, blu, violetto. Lo spettro visibile è parte centrale dello spettro ottico, non visibili sono gli ultravioletti, i raggi X, i raggi gamma che sono radiazioni con lunghezze d'onda minore e gli infrarossi, le microonde, le onde radio che sono radiazioni con lunghezza d'onda maggiore. http://it.wikipedia.org/wiki/Spettro_visibile

11) Bion (1962; 1967) la capacità materna di Rêverie e il suo contenuto hanno un'influenza nella capacità del bambino di acquisire qualità psichiche. Il futuro di questo sviluppo dipende dalla natura delle qualità materne e dal modo in cui sono in contatto con quelle del bambino. L'incontro è l'esperienza emotiva che influenza la reciproca crescita nella coppia, e dei singoli che la costituiscono

12) Gran Mogol è un diamante dal peso di 280 karati scoperto in India nel XVII secolo e conservato a Londra nel tesoro reale d'Inghilterra. [http://it.wikipedia.org/wiki/Gran_Mogol_\(diamante\)](http://it.wikipedia.org/wiki/Gran_Mogol_(diamante))

Flavio Piergentili Psicologo, Psicoterapeuta, Psicoanalista di gruppo, titolo conseguito presso l'I.I.P.G.- Istituto Italiano Psicoanalisi di Gruppo.

E-mail: flavio.piergentili@gmail.com

“L’emozione gamma”: esperienza di un gruppo di famiglie

Marilù Cucinotta

*«la trasformazione non può avvenire
senza un’esperienza emotiva»
(Bion, W. R.)*

Abstract

Questo breve contributo vuole proporre alcune riflessioni sulle emozioni in gruppo. L’esperienza è nata con un gruppo di genitori che ho tenuto presso un centro medico. I bambini di questi genitori effettuano terapia riabilitativa presso lo stesso centro.

Nel caso specifico, viene rivolta particolare attenzione al ruolo fondamentale che le emozioni assumono nel regolare i processi interattivi che influenzano i legami tra individuo e famiglia, tra gruppo e istituzione e le loro possibili trasformazioni.

Parole chiave: matrice, funzione alfa, funzione gamma, legami emotivi, luogo ectopico

Dalla famiglia all’istituzione

“L’emozione è la matrice del pensiero”, dice Matte Blanco. Il termine “matrice” stimola a fare l’associazione con il significato che Foulkes ha impiegato al posto del termine “madre”: la madre è colei che genera un essere umano, la matrice è il terreno comune da cui è stato generato un gruppo. “La matrice è il termine comune a tutti i membri, da cui dipendono in definitiva il significato e l’importanza di tutto ciò che accade nel gruppo; ad essa “fanno riferimento tutte le comunicazioni e interpretazioni, verbali o meno. Questo concetto si collega a quello di comunicazione”.

Sin dalla nascita, il soggetto interiorizza, attraverso i processi d’identificazione, i “rapporti intersoggettivi e sociali” che contribuiscono all’organizzazione del suo mondo interno.

S. Freud ha sottolineato come non possiamo considerare l’individuo che in un contesto di relazioni, di tipo cosciente e di tipo inconscio. La dimensione sociale è lì fin dalla nascita del bambino, attraverso i due genitori protesi ad accoglierlo e che durante la crescita, trasmettendo i loro vissuti emotivi, gli rappresenteranno la cultura del gruppo

In “Esperienze nei gruppi” (1961), Bion individua per la prima volta, introducendo una ricca ricerca sulle dinamiche affettive presenti nei gruppi, alcune particolari situazioni emozionali attive in alcuni momenti particolarmente significativi della loro vita, che definisce “assunti di base”. Egli ritiene che gli assunti di base, rappresentino degli stati emotivi inconsci

che tendono ad evitare la frustrazione relativa all'apprendere attraverso l'esperienza, processo che di per sé comporta sforzo e dolore nel contatto con la realtà.

In "Apprendere dall'esperienza" (1962), fa inoltre riferimento ai legami emotivi fondamentali fra le persone e sostiene che le emozioni hanno la funzione di vincolare. Ha descritto tre tipi di vincolo: L (amore), H (odio) e K (conoscenza). Il mondo umano è un mondo di significati che sono in funzione dei vincoli emotivi con il se stesso: l'amore verso se stesso (L), l'odio verso se stesso (H) e la disposizione alla conoscenza di se stesso (K).

Rivolgendo attenzione al pensiero di gruppo, mette a fuoco la funzione alfa cioè la capacità di pensare dell'individuo, di elaborare gli stimoli che provengono dal suo interno e dal mondo esterno, dando loro qualità psichica; di elaborare in un individuo (per esempio la madre) le sensazioni e percezioni provenienti, tramite l'identificazione proiettiva, da un altro individuo (nell'esempio il neonato) che non riesce a contenerle ed elaborarle da solo, e gliele restituisce modificate, fornite di qualità psichica (cioè rese comprensibili e tollerabili). La funzione α ha dunque sia una funzione, per così dire, individuale, personale che una funzione evolutiva e sociale, nel senso che necessita all'origine di due persone per esplicitarsi e le pone in relazione, creando un legame emotivo.

Allo stesso modo Corrao (1981), parla di funzione gamma, una specifica funzione trasformazionale presente nel gruppo come tale e indipendente dal pensiero individuale, la quale consiste più specificamente nella capacità del gruppo di trasformare gli elementi sensoriali ed emotivi primitivi che i singoli partecipanti riversano nel campo e li rende idonei (elementi gamma) a formare i pensieri di gruppo. Egli definisce tale funzione come "l'analogo simmetrico, nella struttura di gruppo, di ciò che rappresenta la funzione alfa nella struttura personale" (p. 39).

Il campo di osservazione è il gruppo sociale in cui vive l'individuo; la comunità che si fonda su legami affettivi interni che la rappresentano rispetto all'esterno.

La comunità è costituita da singoli individui che hanno, su uno sfondo di norme codificate, variegate relazioni tra loro, tali relazioni si sviluppano in trame che rappresentano la funzione istituzionale della comunità.

Esperienza clinica: dal gruppo famiglia

Di seguito riporto un'esemplificazione relativa ai vissuti emozionali emersi nel corso di un gruppo terapeutico per genitori di giovani pazienti affetti da disabilità psichica o neuropsichica, che tengo da circa due anni presso un centro medico e terapeutico riabilitativo di Reggio Calabria. Ho potuto rilevare nel tempo come tale esperienza abbia consentito ad ogni familiare di accostarsi alla disabilità con un atteggiamento più "adeguato".

I pensieri circolanti sono derivati da un tempo storico; i pensatori sono genitori di bambini che vivono dei disagi relativi alle aree del comportamento, del neuro sviluppo, dell'emozione, degli apprendimenti.

Vengono trasmesse emozioni che risuonano di genitore in genitore. Condividere le singole esperienze in gruppo ha significato poter dare voce al proprio silenzio e ai pensieri altrimenti indicibili. Tale opportunità ha potuto assumere connotazioni diverse e significative.

Il Gruppo ha offerto la possibilità di esprimere i propri vissuti e di fare una sana elaborazione dell'esperienza emozionale, che ho definito "emozione gamma". La trasformazione del dolore, del disagio, delle incertezze avviene attraverso questa *emozione* con una funzione di contenitore.

L'obiettivo era offrire a questi genitori un'opportunità di incontro, confronto e condivisione - in uno spazio peraltro protetto - delle esperienze, dei pensieri, dei vissuti sia sul piano individuale, in quanto genitori, sia in merito alle vicende familiari e alle problematiche con cui devono confrontarsi quotidianamente, nella cura e assistenza dei loro bambini. L'intento era quello di favorire la conoscenza di sé e l'acquisizione di utili strumenti comunicativo-relazionali, attraverso principalmente la condivisione delle emozioni.

Il gruppo ha dunque offerto ad ognuno l'opportunità e uno spazio per pensare, riflettere e cercare soluzioni.

Il narrarsi individualmente non sempre esprime il vivere come individuo; ciò che avviene nel gruppo è poter essere: essere persona, marito o moglie, padre o madre.

I genitori nominano e collegano i fatti passando da una congiunzione costante inadeguata a una possibile evoluzione e trasformazione. Il loro dolore appare profondo, difficile da accogliere e da significare. Un dolore che assume sembianze diverse. Spesso la reazione del gruppo è stata quella di una "fuga" che si è presentata attraverso le assenze. Ma, quasi paradossalmente, ad ogni seduta è stata accolta una nuova presenza.

Nel corso di un incontro ho allora espresso l'idea che forse il gruppo era proprio il luogo adatto per accogliere, tutti insieme, la sofferenza di ognuno e così una madre A. ha potuto affermare: "Tutte noi abbiamo problemi... ma dobbiamo ridere e scherzare... ci sono mattine che non mi alzerei neppure dal letto..."

"A chi lo dici - ha replicato C. - se non avessi i miei figli certe volte non ce la farei... ho avuto solo il loro affetto dalla vita!"

G., ha abbandonato la diffidenza che fin dall'inizio l'aveva contraddistinta e, cercando lo sguardo del marito, si è lasciata andare al pianto e alle parole: "so che mio figlio conta tantissimo ma con i suoi problemi comportamentali non riesco sempre a gestirlo... Non ho mai avuto aiuto...ho anche rinunciato a lavorare.

C.: "Vedrai che sono solo fasi...e poi da tuo figlio imparerai tanto..."

Sia A. che G. hanno trovato sostegno nel gruppo. Spesso i membri si rivolgevano a loro dicendo: "Non preoccuparti, ora ci siamo noi con te!", "Ti staremo vicini", "Aiutandoti facciamo esperienza pure noi".

In un'altra seduta ho invitato ogni partecipante a riprendere a sognare nel ruolo di genitore e un padre dopo una lunga pausa ha detto: "i nostri figli hanno bisogno ogni tanto di vederci sognare, desiderare anche noi qualcosa dalla vita ed avere delle gratificazioni".

Riuscire a pensarsi prima come persone e poi come madre o padre ha aiutato ognuno a risintonizzarsi con se stesso, così da poter capire meglio i propri figli con i loro disagi. La presenza al gruppo è stata più di mamme che, incontro dopo incontro, hanno continuato ad esprimere le proprie incertezze e preoccupazioni, raccontandosi e sostenendosi a vicenda.

La particolarità è che qualche famiglia ha portato differenti modalità di pensiero anche per differenti culture di appartenenza e il gruppo ha potuto assumere la configurazione di una cornice all'interno della quale è stato possibile dipingere molteplici rappresentazioni e contenere molteplici luoghi della mente, infinite narrazioni, come uno spazio che ha reso possibile l'interazione di emozioni e la trasformazione delle stesse in pensieri narrabili.

La dimensione del gruppo ha permesso di stare nella transculturalità; nel gruppo si crea un'idea della propria identità come molteplice non soltanto per la presenza di più persone ma anche per la poliedricità del pensiero che nello stesso si sviluppa. Si può immaginare quindi lo spazio gruppale come luogo ectopico nel quale "è possibile che un topos o un insieme di topoi siano organizzati come patrimonio comune da cui ognuno può attingere quella parte di conoscenza di sé e dei suoi oggetti personali e specifici che nel passato erano a lui misconosciuti o non proposti in un codice di chiara pensabilità. Ad esempio, tradurre un'emozione in un pensiero o viceversa, quando il proprio pensiero è accolto da un pensatore".

Anche il silenzio ha svolto una fondamentale funzione, poiché ha permesso di esprimere il senso di sfiducia in sé e nell'altro, così come la sospettosità nei confronti delle istituzioni, vissute come lontane o, a volte, persino persecutorie.

Il gruppo temeva di creare legami e ognuno temeva di essere derubato di qualcosa che aveva a che fare con l'identità di ciascuno e di essere poi scoperto dall'Istituzione.

In qualche seduta ha partecipato il medico responsabile del Centro ospitante; un padre A.: "quanto tempo ci vorrà che mio figlio sia dimesso?"; interviene una mamma N.: "sono trascorsi tre anni e ora a breve mio figlio sarà dimesso"...

N.: "mio figlio a casa non si comporta bene come al centro...non capisco e a volte penso che è tutto inutile...o forse gli esperti ritengono che noi genitori sbagliamo in qualcosa!"

A.: "ci vuole tempo perché le terapie facciano effetto..."

Di centrale importanza mi si è rivelato a tal fine il consentire l'espressione delle emozioni che accompagnano la vita di ogni singolo partecipante e la capacità di pensarsi a vicenda. Da alcune sedute qualcuno dei partecipanti ha

potuto dire: “io sono un padre...io sono una madre...” e qualcun altro chiedersi: “ma io chi sono e cosa piace a me? e cosa piacerà di me a mio figlio? Il calore il conforto offerto dal gruppo ha consentito ai genitori di percepire la condivisione su diversi piani e livelli, a partire dall’essere individuo famiglia gruppo e gruppo nell’istituzione.

I discorsi si sono così orientati sulle relazioni e sugli affetti, e il lavoro della mente gruppale ha favorito nei singoli partecipanti il raggiungimento di una maggiore consapevolezza della propria soggettività individuale e identitaria, negli specifici e differenziati ruoli di persona, marito o moglie, padre o madre.

Conclusioni

Borgogno facendo riferimento a Ferenczi, pone in evidenza come la psicoanalisi sia prima di tutto un apprendimento da un’*esperienza emozionale* speciale, in cui il motto greco “conosci te stesso” diviene in senso relazionale “lavora con un altro per capire chi tu sei”.

In questo lavoro si è voluto intendere l’individuo come un gruppo e così immaginare che guardando dentro l’individuo si può vedere un intero gruppo di persone.

Bion sosteneva che tutta la nostra conoscenza sia basata sui sensi. La psiche tuttavia lavora anche su emozioni inconsce, che a loro volta sono stimolate da ciò che ci succede internamente ed esternamente, nella relazione con il contesto familiare, sociale e culturale nel quali siamo inseriti.

Alla luce delle esperienze condotte in questi anni, penso di potere affermare che aprire ai genitori in difficoltà un luogo mentale di ascolto e di presa in carico dei loro bisogni, all’interno di una dimensione gruppale, possa significare offrire loro la possibilità di spezzare circuiti di malessere. Ho constatato che lo spazio d’ascolto gruppale gradualmente incoraggia i partecipanti a guardare anche gli aspetti dolorosi della propria mente, rendendo possibile, così, una riflessione interiore che gradualmente li porta ad elaborare il disagio.

Per questi motivi, le famiglie, soprattutto nei casi in cui il paziente è un bambino o un adolescente, sono fondamentali anche nel determinare la continuità dell’esperienza analitica ed è necessario terapeuticamente lavorare con l’intero gruppo familiare. Ciò significa, innanzitutto, aiutare i genitori a prendere coscienza delle difese che si celano dietro i loro comportamenti, per esempio nel rapporto con i figli, a ripensarsi come figli rispetto alla propria relazione con i genitori introiettati. Vuol dire anche elicitare in loro il bisogno di confrontarsi con l’immagine genitoriale che essi rinviano ai propri figli. In breve, significa offrire loro opportunità e strumenti per pensare, riflettere, cercare soluzioni, desiderare il cambiamento, accedere alla speranza.

Il gruppo di cui ho riferito nel lavoro finora proposto si è rivelato un luogo privilegiato di contenimento delle loro esperienze e dei vissuti emozionali che le accompagnano, un contesto esperienziale significativo all’interno del quale, divenendo protagonisti delle loro storie, le coppie genitoriali hanno potuto

apprendere nuove modalità di relazione tra loro e con il disagio dei loro bambini, riconoscere allo stesso nuova dignità e nuove dimensioni di senso ed esperire nuove possibilità integrative delle rispettive identità individuali, di coppia e familiari.

Bibliografia

- Angeli S. (2005), *W.R. Bion. Mistico, istituzione e comunità*. In *Koinos Gruppo e funzione analitica*, XXVI, 2. Borla, Roma.
- Borgogno F. (1999), *Psicoanalisi come percorso*. Bollati Boringhieri, Torino
- Bion W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma 1971.
- Bion W. R. (1963), *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma
- Bion W.R. (1965), *Trasformazioni*. Armando, Roma 1973.
- Bion W.R. (1970), *Attenzione e interpretazione*. Armando, Roma 1973.
- Bion W.R. (1974), *Il cambiamento catastrofico*. Loecher editore, Torino 1981.
- Bion, W.R.(1996), *Cogitations*. Armando, Roma
- Bleger J. (1972), *Il gruppo come istituzione e il gruppo nelle istituzioni*. In *L'istituzione e le istituzioni*. Borla, Roma 1988.
- Freud S. (1921), *Psicologia delle masse ed analisi dell'Io*. Opere vol. 9. Boringhieri Torino.
- Freud S.(1922), *L'Io e l'Es*. Opere vol. 9. Boringhieri, Torino.
- Neri C (1995), *Gruppo*, Borla. Roma
- Siracusano F.(1986), *L'esistenza ectopica del gruppo*. In *Koinos Gruppo e funzione analitica*. Borla, Roma
- Siracusano F., La Torre D. (2001), *Il gruppo e lo spazio mentale*. In *Koinos Gruppo e funzione analitica*. Borla, Roma

Maria Cucinotta Psicologa Psicoterapeuta I.I.P.G. (Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo) di Roma. Esperta nel trattamento in gruppo dei Disturbi dell'alimentazione e nelle Tecniche di rilassamento -Training Autogeno individuale e di gruppo. Lavora a Reggio Calabria anche in strutture private per soggetti diversamente abili e per soggetti neurologici.

E-mail: marycuci@yahoo.it

Recensioni

Francesco Comelli, *I disturbi psichici nella globalizzazione*. Dalla crisi del campo familiare ai sistemi di cura per dipendenze, anoressie e distruttività. Franco Angeli 2015

Simona Faucitano

L'ultima fatica e gioia di Francesco Comelli è un testo la cui scrittura e pubblicazione si situano in un anno, il 2015, che è anche l'anno di nascita dell'Associazione di Promozione Sociale Basti-menti; due nascite lungamente desiderate e pensate da Comelli che sono la memoria e la testimonianza di uno stile di lavoro che virtuosamente pone sempre di nuovo in dialogo teorie di riferimento e prassi clinica, della passione per l'impatto sociale, gli effetti di rigenerazione culturale e di crescita personale del lavoro clinico, di una comunità di affetti, vocazioni, progetti professionali che si è riconosciuta intorno a lui.

Il titolo del testo fa riferimento alla necessità di pensare la problematica clinica dei disturbi psichici a partire da un inquadramento teoretico della globalizzazione come processo materiale e culturale contemporaneo dagli effetti globali che incroci i saperi della filosofia, della sociologia, dell'antropologia e dell'arcipelago psicoanalitico nella misura in cui le tradizioni psicoanalitiche hanno anche un assetto di critica della cultura e della società. Avvenuta la crisi delle ideologie, nel dispiegamento della crisi delle istituzioni dopo l'inabissamento novecentesco delle istituzioni totali del Lager e del manicomio, l'attenzione si concentra sulla crisi della famiglia e della «fiducia nella psiche» come matrici dell'istituzionale, del senso e del valore dell'assetto istituzionale, prima e al fondo, di ogni istituzione concreta. La crisi delle istituzioni è da pensare come la crisi dell'istituzionale, della funzione di contenitore e di contenuto espletata nella tradizione culturale eurooccidentale dalla religione, dalla politica, dalla famiglia, dalla psiche come forme in grado di attribuire senso e valore alle esperienze individuali e comunitarie; in questo orizzonte critico, l'individuo tende ad assumere un assetto massiforme, alla ricerca di un «tutto positivo» con il quale identificarsi senza residui e che esima dalla possibilità e dalla responsabilità di fare esperienza del dolore e della sofferenza.

Questo assetto massiforme è il prodotto e l'esito di un processo identificativo che fa leva sull'espulsione del pensiero della morte e sul venir meno della percepibilità della propria condizione individuale di separatezza; una paradossale negazione del negativo che, secondo Comelli, affonda le sue radici in una «colpa del dolore», in una condanna delle condizioni di bisogno,

di dolore e di sofferenza che Bion riferisce a un proto Super-io: il negativo si trasforma rapidamente in persecuzione e in un riempimento di elementi negativi la cui mancata evacuazione determina un loro rinforzo o una loro identificazione in essi.

La letteratura recente degli studi dei rapporti tra psicopatologia e cultura ha messo in evidenza come il negativo, divenuto non percepibile e non pensabile nelle e attraverso le dinamiche familiari, interpersonali e sociali, ricompare in forma di sintomi collettivi nelle culture e nelle società occidentalizzate nei comportamenti auto ed eterodistruttivi, nelle patologie anoressico-bulimiche e in generale nelle patologie da dipendenza.

Per chi accoglie e rielabora o cerca di far emergere una domanda di cura, diventa decisivo assumere, per crearne le condizioni di trasformabilità, il mancato lavoro o più spesso controlavoro che il sistema familiare ha svolto e continua a svolgere rispetto al coacervo di emozioni, affetti, fantasie, fantasmi negativi che in esso si depositano: il sistema familiare, l'assetto psichico, il funzionamento comunicativo-relazionale, la cultura e l'eredità che lo contraddistinguono diventano il nucleo generatore di una processualità della cura, diacronicamente e sincronicamente integrata, che si alimenta attraverso una rete di contenitori interdipendenti che ricrea finzionalmente le forme, i livelli di complessità e le dinamiche gruppali della vita quotidiana.

Dal gruppo multifamiliare al gruppo transgenerazionale che hanno lo specifico psicoanalitico di elaborare, con atteggiamento interpretativo debole da parte del conduttore, i temi personali dei pazienti che emergono dall'addensarsi di emozioni, affetti, fantasie, ideazioni intorno ai significanti del rapporto familiare generazionale (fino alla terza generazione) ai gruppi di attività finalizzate come il Border blog, il gruppo di scrittura, il gruppo di tessitura e ai gruppi che occasionalmente si riuniscono per uscire a cena, per far visita a un paziente che sono contraddistinti da una trasversalità di ruoli professionali e ruoli relazionali-comunicativi che rende possibile mettere al centro del processo identificativo del gruppo la convergenza di desideri, domande e passioni dei suoi membri.

Mutando l'assetto del sistema di cura muta anche il profilo del curante il cui tratto distintivo diventa non la raffinatezza della parola interpretante, non la destrezza tecnica del fare riabilitativo ma la «sognabilità» intesa bionianamente come attitudine a sognare, come disponibilità a cercare il sogno, a sognare in tempo reale o a usare funzioni oniriche della propria mente come condizione psichicamente necessaria per sostituire alle difese tradizionali un plus valore di vita che attinge agli elementi preverbali del piacere/dolore o alle impressioni sensoriali del principio di realtà per dar loro rappresentabilità e comunicabilità.

Simona Faucitano è Dottore di ricerca in Pedagogia; attualmente è professore a contratto e titolare di una borsa di ricerca sul tema della consulenza pedagogica presso il Dipartimento di Scienze umane per la

formazione “Riccardo Massa” dell’Università degli Studi di Milano-Bicocca. Ha una lunga esperienza sul territorio come educatrice e consulente pedagogica presso servizi socioeducativi e psichiatrici.

E-mail: simona.faucitano@unimib.it

Luigi Cappelli, *Psicoterapia dinamica moderna – Un modello interdisciplinare*. Franco Angeli 2015

Annotazioni scritte dopo la lettura del libro, e riportate in occasione della presentazione del libro del 20 aprile 2016 presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma.

Stefania Marinelli

In un seminario per la formazione di giovani psicoanalisti il dott. Soavi, rispondendo ad una domanda posta da uno degli allievi, poneva la seguente risposta: se uno parla di una data circostanza clinica nella cornice di un modello dato, da lui proposto e portato avanti in modo coerente per l’interpretazione dei dati riferiti, non ritengo possibile che si passi poi a descrivere altri lati di quella circostanza cambiando vertici e modello e utilizzandone di differenti da quello portato avanti per la comunicazione.

Pensai per un lungo tempo a questa affermazione, proprio mentre, al culmine della mia maturazione personale formativa, andavo riflettendo sull’aspetto per il quale vi erano state durante l’impegnativo percorso della formazione, numerose e diverse fonti di pensiero a cui mi ero rivolta e che avevo tentato di sintetizzare in quello che era o avrebbe potuto essere un mio pensiero embrionale soggettivo. Poi compresi che ciò che era in discussione non era l’ecllettismo personale, o la trasgressione individuale delle regole istituite dalle tradizioni, e neppure il problema della contaminazione dei modelli nell’uso clinico. Compresi che invece si trattava della coerenza psichica con la quale un curante corrisponde alla coerenza o perdita della coerenza del suo analizzando e alla coerenza della comunicazione scientifica. Nulla spaventa di più un bambino del disordine e dell’incoerenza che lui sente all’interno della mente della madre. Così pure un paziente abbisogna che il suo curante garantisca per lui la consapevolezza di una rotta durante il processo di cura. L’esistenza e la costanza della rotta lo rassicurano, così come sentire che l’analista è pronto al momento giusto a modificarla e a riconoscerne una nuova, quando esplora con lui l’ignoto e non si millanta per onnipotente. La rotta, o la coerenza dell’ascolto psicoanalitico, comporta la capacità di

organizzare la complessità, o varie complessità, e riorganizzarle in modi nuovi dopo la loro decostruzione processuale. Ma al tempo stesso non sarebbe possibile coltivare in contemporanea, o in sequenza, altri organizzatori di altre complessità, a meno di creare duplicazioni o contaminazioni degli oggetti trattati, e riferiti. L'analista è consapevole di trovarsi in ogni momento nella possibilità di tempeste non previste e finora sconosciute, nell'istante dell'*insight*. Anche senza la fretta di dare subito una risposta al disordine e al conflitto, o non volendo subito ordinare la scena dell'*insight* e i suoi elementi, così come anche le sue proprie reazioni interne, deve poter fare riferimento ad un dispositivo coerente che gli consenta, eventualmente, di sviluppare o anche modificare il dispositivo stesso, mentre "apprende dall'esperienza". E questo varrà a maggior ragione nel campo della trasmissione dell'esperienza ad altri che non facevano parte direttamente di quella scena e di quell'*insight* perché non erano presenti. La trasmissione e condivisione dei modelli clinici e dei quadri metateorici è di importanza vitale, e la coerenza e coesione della radice disciplinare è importante.

Il modello dell'analista è fonte infatti sia di stabilità sia di capacità evolutiva e creatività. La capacità dell'analista, nota come *capacità negativa*, di sospendere la conoscenza a favore dell'esperienza, non vuol dire d'altro canto che la momentanea o prolungata eclissi della mente non contenga una mente, anche se la sua attività razionale è ridotta al minimo del funzionamento, per favorire invece l'ascolto e tollerare dubbio e disordine.

Trovo efficace la posizione presa da Domenico Chianese quando descriveva la seduta analitica come un campo teatrale, i cui protagonisti sono un gruppo, che contiene non solo la coppia analista/paziente, ma anche il terzo, rappresentato dal modello mentale dell'analista, con il quale egli pensa e opera nel processo di analisi e nella sua relazione con il paziente. La letteratura ha esteso a molti altri aspetti questa terzietà della relazione duale, che appartiene all'analista (come la sua personalità conscia e inconscia, o anche la sua cultura, le regole del setting e via di seguito) ma anche alla coppia analitica e dunque come campo mentale prodotto dalla coppia e dal lavoro della sua reciprocità. Madeleine e Willy Baranger parlarono anche di *campo bi-personale*, che condiziona l'incontro delle due menti di analista e paziente e di cui si deve tener conto se si vuole comprendere e mantenere produttivo il processo di analisi e la creatività del contatto.

Però, dall'esperienza della formazione personale, fino alla evoluzione della teoresi psicoanalitica e dei processi di cura, il passo è ampio. Il libro del prof. Cappelli pone quesiti complessi. Per me è utile rappresentarli come un insieme che fa parte di un gruppo - in questo caso il gruppo dei modelli storici nel campo evolutivo del pensiero psicoanalitico e delle istituzioni che lo rappresentano. Questo campo storico dei modelli fa parte della natura stessa del corpo dottrinario freudiano, che contiene al suo interno una dialettica, e un esempio di dialettica tale, per cui anche mutando un elemento o più del suo insieme, la vita di quel corpo organico prosegue e se ne arricchisce. Freud

era solito esporre alla vista pubblica come esempio e metodo psicoanalitici la propria stessa condotta personale, sia di padre fondatore della disciplina e del gruppo dei discepoli, sia di persona individuale e di pensatore. Era solito ribaltare periodicamente le concettualizzazioni poste, ridiscuterle in relazione a contesti diversi, additarne successivamente limiti ed errori e rimaneggiando le argomentazioni precedenti. Non si trattava dunque di ripensamenti, ma di esplicitazioni esemplari, direi didattiche, di un metodo da confermare e tramandare.

Molti anni fa, in un seminario presso *il Pollaiolo*, CRPG di Roma, Paolo Perrotti prese una posizione direi drastica e suggestiva: ad ogni istanza posta dai partecipanti per indicare tendenze e orientamenti teorici e clinici nuovi nell'ambito degli studi psicoanalitici, in quel caso sul gruppo, rispondeva esaminando le ragioni e le esemplificazioni apportate, concordando o contrastando, e da ultimo ribadiva: sì, infatti. E tutto questo che stiamo dicendo era proprio appunto contenuto fin dall'origine nella teoria di Freud: si tratta di sviluppi dei semi gettati allora nei fondamenti della psicoanalisi e del suo metodo esclusivo. Quel suo riportare ogni movimento alla matrice originaria aveva molti significati: tutto ciò che esiste ora, ha una radice allora, che si svolge prendendo nuovi significati.

Ma questo è vero? Oppure i dati attuali sono slegati da quelli remoti? Sono invece nuovi e diversi? Insomma, per fare un esempio a partire dal lavoro del libro curato da Cappelli: la ricerca odierna (empirica, neuroscientifica, clinica, orientata alla relazione come centro organizzante anziché al paradigma intrapsichico) è nuova rispetto al *corpus* freudiano, oppure è insediata nella sua seminazione e ne è uno sviluppo coerente anche se diverso? Essa svolge la spinta rivoluzionaria di allora o crea una nuova rivoluzione? Ed è possibile o necessario legare queste due rivoluzioni, oppure esse sono incompatibili? E ancora: è nell'interesse di chi, quello di collegare ai paradigmi psicoanalitici i risultati della ricerca ad esempio specialmente, neuroscientifica? O della ricerca empirica, o dei paradigmi teorici e clinici centrati sul sé e sulla relazione, del resto anticipati dallo studio psicoanalitico delle fenomenologie cliniche? La psicoanalisi ne ha bisogno? Essa ha bisogno di raccordarsi con queste, al fine di comprendere e di aggiornare i propri linguaggi, pur mantenendoli propri e specifici?

Non è un piccolo problema, perché non solo ogni ricercatore, o ogni secolo della ricerca, ambisce sentirsi originale e aggiornato. Ma anche dobbiamo considerare che i bisogni relazionali e i bisogni intrapsichici, che alcuni pensatori, ad esempio Bion, hanno cercato di coniugare, potrebbero non essere parti di un processo di integrazione, ma piuttosto restare incompatibili. Bion con il costrutto della pensabilità, e dell'*apparato per pensare i pensieri*, e con l'idea della *funzione contenitore-contenuto* fece un tentativo importante, iniziato durante lo studio dei gruppi e dei funzionamenti della mente arcaica, o protomente, come la chiamò: il tentativo di sintetizzare i funzionamenti orizzontali e relazionali dell'apparato psichico, con quelli

verticali delle funzioni inconse. Fece questo ponendo la concettualizzazione della funzione reciproca della mente e la relazione contenitore-contenuto, e la nozione di pensabilità dei fenomeni primitivi e arcaici, beta, da parte delle funzioni elaborative avanzate, alfa, per evolverli e trasformarli. Il tentativo era quello di dare una base, insediata nella dinamica intrapsichica studiata da Freud e rimodellizzata da M. Klein, portandola a nuove formulazioni allineate alla tradizione classica freudiana, ma rialimentate da una spinta evolutiva e di comprensione delle nuove esigenze. Potremmo formularla anche come esigenza di fornire una base profonda alle nascenti indagini relazionali, sociali e intersoggettive, al fine di apportarle e reinsediarle nella tradizione psicoanalitica per poterle elaborare. Questo movimento di legame fra le relazioni fra soggetti, e fra oggetti psichici, sembra riformulato sapientemente nel libro di Luigi Cappelli. La possibilità di porre la ricerca neuroscientifica, fra altre, in relazione allo studio fenomenologico e clinico (ad es. dei sogni e degli altri prodotti psichici della seduta clinica), enuclea dalla funzione contenitore-contenuto e dall'esame della reciprocità e delle funzioni attive nel campo della reciprocità, una nuova nozione di un campo interattivo, vivo e profondo, che riallinea e alimenta entrambi i termini della relazione. Dunque il contatto con la ricerca neuroscientifica – e altre – diverrebbe una parte di un processo di comunicazione, verifica e aggiornamento dei linguaggi da parte della psicoanalisi. Vi possono confluire campi corollari, come quello dello studio medico degli agenti organici dell'unità psicosomatica, o la ricerca sul legame fra il comportamento psicologico e la sua base organica. E anche d'altra parte numerose e diverse pratiche cliniche e costrutti psicologici settoriali, spesso interdisciplinari, che popolano il panorama moderno. Sono movimenti sempre centrati su considerazioni segmentate del comportamento individuale, o sociale – vedi in particolare le diverse pratiche di cura legate all'uso di oggetti mediatori selezionati (come l'uso di forme artistiche, iconiche, teatrali, fotografiche, musicali ecc.) – che diverrebbero, nella prospettiva presentata, i termini di una supervisione profonda e reciproca. Una supervisione di cui quelle pratiche segmentate e mediate abbisognano, ma anche supervisione come possibile rivisitazione dell'apparato di pensiero di Freud e della tradizione evoluta dopo di lui, superato dal tempo storico, però attuale nel metodo, come pensiero e linguaggio capace di una propria autonomia e specificità. Sembra che rivedere la teoria freudiana e aggiornare i suoi linguaggi ai nuovi bisogni, fare il “neo-revisionismo freudiano” del nuovo millennio come una volta lo nominò Luigi Cappelli, sia una esigenza reciproca, delle nuove culture sociali ma anche dell'apparato teorico e clinico psicoanalitico, se non vuole essere sentito appartenente alle epoche dei tirannosauri o alle sette ermeneutiche più o meno segrete.

Aspetti di questo tipo emergevano nel convegno di ottobre 2014 qui alla Sapienza con l'ospite inglese R.D.Hinshelwood, a cui Luigi Cappelli partecipò generosamente portando anche l'esemplificazione di un caso clinico, sottoposto in quella circostanza all'esame del modello di ricerca proposto

dall'ospite per l'applicazione della validazione scientifica teorica e clinica. Infatti in quell'occasione in cui si contrapponevano scienze esatte e scienza della soggettività ed erano considerati i bisogni della psicoanalisi di far fronte alle richieste di sicurezza disciplinare e scientifica date dai mutamenti culturali, si delineava, d'altra parte, l'idea di una disciplina psicoanalitica soggettiva, solo in parte scientifica per metodo di ricerca e esame obiettivo dei risultati, che poteva tuttavia vantare come propri, linguaggi esclusivi non omologati con quelli scientifici. Il convegno si concludeva con una affermazione saliente, centrata sull'idea che se, nel tempo odierno, a fronte delle richieste di prova obiettiva dei risultati, la psicoanalisi non appare attrezzata a dimostrare i suoi fondamenti e metodi scientifici, o lo può solo in parte, può tuttavia essere appagata dal suo avere un proprio linguaggio specifico, collocato fra psicoanalisi e, per dirla di nuovo con Bion, arte, o approccio basato sull'intuizione addestrata dell'inconoscibile e dell'esperienza ineffabile. E dunque una psicoanalisi come scienza soggettiva o "artistica" che ricorda la fede nella "O" verità ultima di Bion, basata su concezioni filosofiche contemplative, panpsichistiche e intuizionistiche, ma anche sul rigore e sulla ricerca di linguaggi capaci di trasmettere l'esperienza clinica in modi condivisi e fedeli alla cognizione dei processi inconsci. Una psicoanalisi autorizzata a ricercare in vari campi del sapere e dell'esperienza conoscitiva, che si rende capace di tirare su le reti dopo averle gettate nel mare delle esperienze circostanti e contigue, per poi esaminare nel pescato gli elementi affini e bisognosi di essere rielaborati e risignificati nel dominio dell'esperienza psichica e nella profondità soggettiva dell'esperienza di sé, e dei legami sociali del sé con i gruppi di appartenenza. Si tratta cioè di comprendere il rischio che gli elementi eventualmente indistinti e non evoluti che viaggiano dal gruppo, familiare e sociale, al soggetto e viceversa, operino se non riconosciuti, per vie extraorbitali della personalità singola e a maggior ragione dei gruppi, in quanto soggetti sociali.

Con una nota conclusiva tentando di cogliere una salienza, pongo qualcosa su cui pensare a partire dal coraggioso e penetrante libro dell'amico e collega Luigi Cappelli. La domanda è la seguente: se è vero che la casa della psicoanalisi è l'interpretazione, che struttura il campo e il processo del lavoro trasformativo, quale sarà la casa di qualcuno che si rivolge alla psicoanalisi per essere accolto in una casa, ma non può ancora tollerare il peso dell'interpretazione se non, e fino a quando, non sarà preparato a riceverla? O si potrebbe chiedere se la mente del curante riesca a considerare che il paziente come soggetto e oggetto psichico di un processo dinamico possa essere considerato anche portatore di una soggettività le cui dinamiche potrebbero tendere a neutralizzare il processo. Grazie a Luigi Cappelli e agli altri autori e organizzatori del prezioso dibattito.

Stefania Marinelli, psicoanalista di gruppo con funzioni didattiche (IIPG), socio fondatore e Presidente di ARGO, professore associato Facoltà di

Medicina e Psicologia, Sapienza, Roma. Direttore della rivista Funzione Gamma, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica.

E-mail: stefaniamarinelli2014@gmail.com.