

DISTURBI PSICHICI DELLA GLOBALIZZAZIONE

Relatore: Dott. Francesco Comelli

Stefania Marinelli: oltre all'esperienza specifica nel campo della cura, della ricerca dell'anoressia e bulimia, lui è psicoanalista della società di psicoanalisi italiana ed è anche membro ordinario con funzioni didattiche dell'IPG di Milano, Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo. Non lo dico tanto per rimarcare le sue onorificenze, quanto per dirvi che il dott. Comelli è psichiatra, ma anche psicanalista e psicanalista di gruppo. La sua ricerca è quindi più centrata - insegna anche all'università di Urbino - sulle aree di confine tra la psichiatria e altre discipline, sull'aspetto psicopatologico ma anche sul legame sociale e il legame intergenerazionale.

Credo che la cosa migliore è che io gli dia subito la parola così potrete anche un pochino ascoltare il tipo proprio di prospettiva che lui, con i suoi studi e le sue ricerche e con la clinica che porta avanti ha fatto e sta facendo. Ci sono di lui molte pubblicazioni, alcune ne avrete notizia oggi... con alcuni di voi ne abbiamo parlato per la tesi; e su "Funzione Gamma" c'è un lavoro nel campo dell'anoressia e prossimamente ci sarà un'edizione curata da Francesco sulle aree di confine tra la psichiatria e altri campi disciplinari.

Francesco Comelli: Grazie Stefania. Grazie. Intanto un ricordo: Stefania fu la mia docente e oggi potremmo considerarla un po' come un anello; una persona con la quale ho trovato una rispondenza, un dialogo.

Quando abbiamo la fortuna di trovare docenti come lei che ascoltano e sentono quello che abbiamo da dire, ci autorizzano a ricevere qualcosa. Questo mi sembra interessante, quando ci conosciamo; in una posizione che può essere di esperienza differente - supposto che il docente abbia più esperienza dello studente- ma a volte non è detto; questa differenza è sempre da verificare in un dialogo.

Intanto vorrei fare una considerazione proprio sul piano del nostro tempo: sentivo che molti preferivano evitare l'intervallo e fare una cosa più diretta

un po' prima; comunque adesso proviamo a stare insieme in questa parte iniziale e poi vediamo se abbiamo bisogno di rilassarci un attimo o se invece pensiamo di andare avanti.

Io penso di darvi alcuni aspetti che passano attraverso delle esperienze personali; tutto è esperienza personale certamente. Ciò di cui parlo sono esperienze di costruzione di un modo di stare insieme: a me stesso, insieme ai pazienti e insieme ai nostri autori di riferimento.

L'idea è di presentare qualche esperienza clinica in un momento dove secondo me, abbiamo bisogno di interrogarci sugli strumenti clinici che possiamo utilizzare e sul forte rapporto che ci può essere tra gli autori che studiamo; le epoche a cui questi autori appartenevano e la contemporaneità.

In questo senso la classe dei discenti, degli studenti, può essere molto più vicina generazionalmente e sul piano delle esperienze comuni ai pazienti, rispetto a molti di noi che hanno già una certa età.

Quindi io trovo molto importante, interrogarsi. Chi fa questo mestiere, al di là della scuola di appartenenza, si cura in qualche modo. Si cura con delle analisi, si cura con delle terapie ed ha una necessità in fondo di trovare delle figure che lo possano aiutare per affrontare un lavoro complesso, bellissimo; l'incontro con le persone. Un qualcosa che oggi è raro trovare. In pochi lavori c'è questa fantastica opportunità. Difficile se volete, formazioni lunghe, però questo ci fa pensare.

È un lavoro che ci nutre tutta la vita, mica male. Pertanto la cosa che mi colpisce è che ognuno di noi - io ho avuto i miei analisti le mie esperienze di cura - in un certo senso si trova a curare. Curare è un termine molto impegnativo. Ognuno di noi si trova a cercare di aiutare ispirandosi in qualche modo alla propria esperienza di cura, a ciò che ti ha curato. In un certo senso te lo ritrovi. Meno male!

Questo bagaglio puoi usarlo e viene abbastanza naturale con i pazienti o con chi chiede aiuto, con chi ci fa domanda e ci interroga su un qualcosa, con chi ci cerca.

Mi sono anche accorto però, che non è detto che gli strumenti desunti, appresi, volontariamente o involontariamente, automaticamente o attraverso un percorso, siano ciò di cui la persona curata ha bisogno.

Questo è un modo per dire che siamo un po' religiosi, nel senso che crediamo o

abbiamo creduto a qualcosa. Abbiamo però, la necessità di non esserlo troppo. Abbiamo la necessità di sentire e provare a capire se il nostro strumentario va bene per quello che si presenta nella carne e nell'esperienza dei pazienti di oggi. Dunque un lavoro che porti avanti su come curare e sulla possibilità - uso un termine forse un po' abusato - di fare un lutto rispetto a un qualcosa in cui credi tanto.

Insomma, la possibilità di potersi anche distaccare. Come nel film "Un uomo chiamato cavallo" dove un inglese viene fatto prigioniero dagli indiani all'epoca dei pionieri americani. Il protagonista deve staccarsi da tutta la sua cultura, perdere tutti i suoi riferimenti per diventare un indiano ed essere accettato dalla tribù che lo aveva soccorso.

Questo per dire come la clinica mi avesse messo di fronte a situazioni diverse da quelle pensate, cioè la variazione della nosografia.

Come penso voi sappiate, per esempio l'anno scorso c'è stato il superamento statistico dei disturbi di personalità rispetto ai disturbi dell'asse uno nelle diagnosi nei DSM. Si evidenzia una prevalenza della patologia compulsiva, tutta una serie di caratteristiche che spesso troviamo così diffuse, ripetute in molti pazienti. Esempi sono: una difficoltà alla simbolizzazione, un ricorso costante agli agiti, una difficoltà alla mentalizzazione, l'uso del corpo.

Tutte cose che sappiamo molto bene, comunque, che spesso incontriamo o anche sappiamo dalla vita di tutti noi: parenti, gente che conosciamo, che esprime spesso questo tipo di disagio. Mi sono reso conto che forse era necessario riflettere su quello che molti chiamano lo *Zeitgeist*, cioè lo spirito del tempo.

Cosa sta succedendo oggi? Quali sono gli elementi che pervadono i pazienti oggi? Se e come possiamo usare gli strumenti conosciuti? Andando avanti di questo passo mi sono imbattuto in una serie di autori che mi hanno insegnato molto; dopo magari parlo proprio più di clinica, però vi faccio un po' questa riflessione, sperando che non vi annoi, ma ditelo vi prego.

Questi autori sono fondamentalmente degli etnopsichiatri che si sono recati nel secolo scorso al seguito degli eserciti europei coloniali diretti soprattutto nei paesi dell'Africa; i quali hanno sviluppato, ognuno a suo modo, una grossa riflessione sul rapporto tra cultura operante, l'ambiente vissuto e i modi di ammalarsi.

Il contenitore culturale orienta culturalmente il modo di ammalarsi e di star

bene attraverso un sistema valoriale, un sistema di gestione – per quanto può esser visto come un brutto termine - delle emozioni e del bene e del male. Non so se voi conosceste ad esempio, il fenomeno del tarantismo pugliese; un fenomeno interessantissimo. Adesso non è più in uso se non su un piano spettacolare, culturale, espressivo musicale.

Storicamente però, tutta la sessualità femminile – negata, non favorita o comunque impedita nella sua espressione - veniva ad essere culturalmente ammissibile in questi rituali. Il corpo della donna si animava in una dimensione che il clinico direbbe isterica, ma in una precisa assegnazione di ciò che è possibile esprimere culturalmente.

Questo, ad esempio è molto presente nelle tribù africane animistiche. È molto presente questo rapporto tra modi di curare, un esempio sono gli sciamani. Questo per dire che il rapporto tra contesti dove siamo, modalità di intendere il bene e il male, di gestire il lutto, la morte, orienterebbero ogni gruppo culturale. Provvedono il soggetto. Danno al soggetto modi e sistemi per considerare e per affrontare il dolore, per affrontare il lutto e la morte; forniscono ai vari soggetti un elemento culturale, un elemento del grande gruppo sociale che può contenere il soggetto nei suoi momenti più difficili.

Non parliamo di una società di massa come quella di oggi, ma di una società in cui questa dimensione rituale è una dimensione molto attiva. Pensiamo alle religioni che in un certo senso forniscono o forse fornivano, un sistema per l'elaborazione del lutto, per considerare il mistero della morte.

Magari poi, se vi interessa, vi mando anche una bibliografia su questi argomenti. Cosa succede nell'attualità? Secondo molti studiosi, significativi sono i grandi investimenti sulle tecnoscienze, la grande fiducia sulla tecnologia, di cui tutti siamo parte.

Da un lato, ha molto aiutato per le malattie del corpo, per le vaccinazioni ad esempio, ma dall'altro il progresso scientifico ha un po' illuso l'uomo, ha cambiato il rapporto della psiche con la morte, col dolore, col morire, col soffrire, cosa che invece era molto più diretta e vicina all'epoca dei nostri nonni o bisnonni.

All'epoca era un'altra cosa, si moriva molto più frequentemente.

Mio nonno era medico, è morto esercitando la sua professione, prese una polmonite. Non essendoci gli antibiotici nel giro di poco tempo se n'è andato. Non lo conobbi mai.

Gli antibiotici furono presenti dal '45 in poi. Questo per dire come oggi viviamo in un contesto culturale che ha molto allontanato il tema della morte, l'ha molto emarginata, l'ha molto considerata un qualcosa che si può affrontare.

Ad esempio io ho conosciuto una paziente anestesista; con la morte ci aveva molto a che fare, faceva la rianimatrice. A un certo punto, l'hanno chiamata e le hanno detto che era morto il marito in un incidente stradale. Giovane donna, io la conobbi dopo questo evento, che l'ha portò a uno scoppio gravissimo, depressivo, se non oltre forse.

Questa persona era arrivata alla considerazione che non era mai successo niente di traumatico nella sua vita, tutto era positivo, tutto era bello. Nonostante vedesse la morte ogni giorno il negativo non c'entrava, non esisteva.

Quello che Foucault chiama "l'uomo psicotecnico", cioè un grande tecnologo. Poi cosa accadde a questa donna?

Dopo esser stata male, riprese a lavorare dopo un anno. Fù chiamata in pronto soccorso dove c'era una signora anziana che stava morendo. Lei la salvò; la rianimò con tutto l'apparato moderno, importante su un piano proprio di macchinari.

Lei diceva "Ma forse quella era la sua morte, quella era la sua morte. Io cosa... tutta questa protesì tecnologica che io do, che cosa è?" Faceva riflessioni sulla vicinanza del tema della morte.

Perchè poi sono andato a leggermi queste cose? Perché avevo conosciuto una paziente anoressica; all'epoca aveva quindici anni, moriva veramente, continuava a dimagrire e non sapevi cosa fare.

Allora: colloqui individuali, colloqui con la famiglia, ricoveri. Anche lì, i ricoveri con l'anoressia spesso sono un autogoal, "rimpinzi" la persona perché pensi che l'unico problema sia il peso. Poi magari questa te lo fa pagare e si uccide. Perché? Per tre chili in più.

Sempre attenzione quindi, alla valorizzazione del nostro lavoro di psicologi, della nostra categoria, della categoria del pensiero.

Questa ragazzina qui andava, era impressionante, la vedevi da sola.

Quando la vidi la prima volta, la madre in sala di attesa le diede quelle bottiglie, sapete quelle bottiglie d'acqua che hanno il ciuccio, sembrano dei biberon; non hanno il tappo. Sembrava veramente che le dava un biberon.

Questa non ha spiacciato una parola con me, non parlava. Sembrava al contrario, quando ci sono quelle gag dove i pazienti chiamano un altro dottore: "Avanti un altro dottore. Che cosa ho?" Il contrario.

Con costei c'era poco da ridere, perché caspita stava male. Ho scelto di vederla insieme alla famiglia, perché ero disperato. Qualcosa dovevo fare. I familiari da soli non lavoravano più di tanto.

Ve la faccio molto breve, che successe? Venni a scoprire delle cose: la prima è che la madre la imbocca, la ragazza non prende la responsabilità di usare la forchetta, deve essere un altro che la nutre.

La madre si presta molto a una regressione, la nutre, si sospende dal lavoro, sta a casa, diventa la sua migliore amica, così si definisce. La figlia ha avuto questa crisi dopo che la sua vera migliore amica l'avrebbe tradita o comunque avrebbe stabilito delle differenze, delle distanze. Non ha seguito l'idea gemellare della paziente.

La paziente voleva una gemella, voleva che la sua vita fosse uguale a lei. Allora piano piano scopro tante cose, scopriamo che questa ragazzina ha dormito fino a tredici-quattordici anni nel letto con la madre.

Non parlo di persone disagiate o culturalmente deprivate, parlo della *middle class*, "gente normale". Perché ha dormito nel letto della madre? Perché all'età di tre anni, quando era piccolina, questa paziente era molto angosciata: urlava, piangeva. Dice la mamma: "e io tutta la vita ho cercato di non farla piangere, ho cercato di evitare che soffrisse, io ho pensato che lei... allora l'ho portata subito" perché lei smetteva quando era nel lettone a dormire.

Poi chiaramente il padre è stato buttato fuori dal letto e se n'è andato da un'altra parte. Anche nello studio era proprio distante. Questo papà era seduto da una parte, mentre mamma e figlia erano sempre vicine.

La madre si mette a parlare. Come mai questa coa? Non è piacevole che un figlio soffra, è vero: ti preoccupi, come genitore è doloroso, siamo spaventati e in difficoltà.

E questa si è messa a parlare di sua madre, cioè la madre della mamma della paziente: lei era una persona molto dura, così la madre della paziente ha passato la vita tutta la vita a voler riscattare, a voler dare alla figlia ciò che lei non ha avuto. Allora questo, oggi è abbastanza un classico, perché son cose che noi sappiamo esperienzialmente, ci sono accadute.

Da dove la ragazza ha cominciato a mangiare, nel senso che ha smesso di andare all'al di là.

Diciamo che lei ha parlato anche di quando era piccola quando era angosciata. Ha detto "Io avevo paura che mi rubassero, mi portassero via". Ha raccontato bene per la prima volta tutta la sua angoscia infantile. La cosa che mi colpì è che

la madre, a supporto di questa anestesia dal dolore, ha fatto presente che tutto il gruppo delle altre madri, delle amiche, aveva questa idea di allontanare il dolore e la separazione, di non essere staccati, di essere sempre vicini, di proporre la vicinanza, la contiguità e l'assenza - io dico - del negativo, del dolore, della separatezza, come marchio proprio del nostro tempo.

“Fanno tutti così dottore, guardi che mi sono molto consultata”. E allora ho pensato, io che ho sempre lavorato molto con i gruppi, mi sono sempre piaciuti. Mi hanno fatto paura a volte, ma mi sono anche piaciuti.

Ho pensato a questa famiglia quindi, come a un gruppo. Cosa c'era dentro? Cosa c'era fuori? Dentro questo gruppo familiare c'era un'idea di evitamento del dolore.

Non che il dolore sia bello, non voglio adesso passare per un talebano, vecchi modelli kleiniani di ferro. No.

Ma il dolore in questo gruppo familiare era buttato fuori. La morte e la separatezza erano messe fuori, come nelle culture, di cui abbiam detto prima.

Nel tarantismo la sessualità era messa fuori, era solo ammessa in un certo modo.

Ora: quello che viene messo fuori dal gruppo, dalla mente, quello che una famiglia, un gruppo familiare non può tenere dentro, non può trattare, non può filtrare, non può incontrare in qualche modo si ripresenta puntuale nella psicopatologia della figlia.

La figlia ti faceva vedere in faccia il dolore, la morte, la separatezza estrema, in un appello disperato perché questi elementi dovevano essere pensati dalla famiglia e non estromessi, non esclusi, non forclusi ma attraversati, concepiti, conosciuti.

Questo mi ha fatto molto pensare al rapporto tra contemporaneità, tra indicazioni della massa, della cultura di massa dove noi siamo dentro e sviluppo della psicopatologia.

La psicopatologia rappresenterebbe tutta una serie di elementi del negativo, della separatezza, del dolore che la cultura sociale fa fatica a presentare. La cultura sociale propone appunto l'anestesia da ogni dolore; anche se su un piano se vogliamo medico può essere importante.

Ci sarebbe in maniera forzata, in maniera evidente, anche tutta la questione economia.

Il PIL, la crescita, deve essere sempre di segno più. Ci deve essere sempre un incremento. Non ci può essere un segno meno, non ci può essere un

attraversamento di aspetti depressivi fisiologici, diremmo noi tecnici in un certo senso. Perché il segno meno potrebbe essere qualcosa che ti struttura l'assenza, la mancanza, il pensiero. Non dev'essere troppo certamente.

Quindi noi viviamo immersi in questo mondo qui. Un mondo che favorirebbe in qualche modo una psicopatologia che sbatte in faccia tutto quello che il culturale butta via, butta fuori, non riesce a trattare. E di lì le fantasie sono sempre state parecchie.

Il fatto di riflettere appunto su questo rapporto tra grandi contenitori e soggetto, passa attraverso tante sfaccettature: la crisi dei valori, c'è una grossa crisi sul piano del capire cosa va bene cosa va male. Oggi è un po' tutto possibile. C'è una solitudine maggiore, l'uomo è molto più solo. Una cosa che penso spesso coi figli, coi miei figli ma insomma in generale, è il fatto che se noi escludiamo dal rapporto coi figli il dolore o la separatezza, non facciamo tanto un buon servizio. Se noi siamo tutto positivo, think positive, smile just smile, è come se poi delegassimo a loro il fatto di incontrare il dolore che sarà un incontro abbastanza traumatico, se non c'è una possibilità di dividerlo in qualche modo.

Allora positivo e negativo, ci sono delle riflessioni interessanti; ci sono delle persone che riflettono su questi rapporti tra grandi gruppi politici. Ci sono leader politici che basano oggi, la loro popolarità sul sorriso, sul positivo. Adesso meno, quello di prima di più. Sorridi. Il bello, il sole, l'estetismo centrato... ma anche gli attuali.

Insomma, quasi tutti hanno una dimensione che mette il negativo tra parentesi. Ora a me viene veramente voglia, come fa un autore che si chiama Wolkan, di studiare la storia.

Non voglio rompervi le scatole sulla storia, però io - che al liceo fui un pessimo studente, perso nei miei problemi assolutamente - adesso mi sono rimesso a studiare, a cercare, da autodidatta a volte.

Leggendo appunto, autori che si sono occupati di queste questioni, in ogni epoca c'è l'incontro con questo elemento del negativo. Faccio un breve esempio, un tema che a noi psicologi e psichiatri interessa tanto: il tema della colpa.

Il tema della colpa è molto importante, storicamente ci ricordiamo "Totem e tabù".

Freud ad esempio, studiava le tribù primitive. I tagliatori di teste o insomma quelli che tiravano la freccia, dopo dovevano espiare.

Sebbene fosse una difesa per il gruppo, dovevano gradualmente espiare le loro

mani, potevano usarle gradualmente solo quando erano smacchiate dal sangue di cui si erano sporcate.

Il tema della colpa è passato. Vedendo oggi il film di Woody Allen “Match Point”, la colpa esiste solo relativamente. All’inizio del film il protagonista legge “Delitto e Castigo” di Dostoevskii. Per la colpa il protagonista del libro va fuori di testa, si autodenuncia perché ha ammazzato una signora anziana, una vecchia. Ha commesso un omicidio e in base proprio all’irrompere della colpa ha avuto una gravissima psicosi.

Nel film di Woody Allen, l’omicida non si scompensa certo per aver ucciso - adesso non mi ricordo più chi - ma il problema è come sfuggire alla legge, come sfuggire alla polizia, non tanto il problema del sentirsi in colpa. Questo per dire che cosa? In fondo tutte, molte generazioni hanno delle diversità. Ci sono generazioni come quelle del Novecento, attraversato dalla Guerra Mondiale, che avevano un certo rapporto, ad esempio, con la figura maschile, con la distruttività. Addirittura c’era un’esplosione di distruttività; le generazioni del Novecento sono generazioni attraversate dal pensiero della guerra, la bomba atomica, una distruttività pazzesca, una generazione.

La generazione di Woody Allen di “Match Point” è un’altra generazione. È una generazione, dove rispetto alla colpa sono cambiate molte cose; è cambiato molto, tutto il rapporto col negativo, il rapporto con la distruttività, con il male. Io trovo che uno dei temi difficili per i pazienti contemporanei - smetto di parlarvi di cose slegate dalla clinica - uno dei problemi è la difficoltà nel rappresentare la separatezza, il lutto, nel vivere queste condizioni del negativo.

A proposito della colpa; passando attraverso diversi studi della Lyons Ruth per esempio, sul rapporto genitore-figlio nei pazienti tossicodipendenti; la differenziazione del figlio in una propria identità sarebbe sentita come una grande colpa, una colpa primaria di, come dire, tradimento e dolore che si fornisce al *caregiver*. Insomma alla madre.

Vi ho detto tante cose adesso. Un elemento che vi ho detto è quello delle generazioni. Ogni generazione ha un rapporto col dolore anche in base alla tecnologia, anche in base agli strumenti, alle credenze. Effettivamente ci sono quindi generazioni diverse e spirito del tempo diverso.

Facendo un’analisi personale dove posso esplorare bene la mia separatezza, il mio grado di separazione dall’analista, da mia madre, da mio padre eccetera. Non è detto che ai pazienti di oggi, che invece sono cresciuti con l’ideale della non separazione posso dare lo stesso strumento. Devo fare molto i conti col

linguaggio, con quello che può essere capito, compreso. Come venirne fuori? Questi temi sono molto ampi, se voi avete dei dubbi su qualcosa, se sentite magari che dico un sacco di... L'altra sera nel mio gruppo di terapia finalmente una è riuscita a dire: "Io non capisco un cavolo". Io ero sollevato. Ah finalmente! È importante anche quando riusciamo a porre degli spazi di mezzo, a volte anche delle incomprensioni. Abbiamo il diritto di non comprendere, il diritto di non capire, il diritto di fermarci un attimo. Questo lo trovo importante insomma. Faccio questo gruppo da un po' di anni. È una meraviglia. È sempre un laboratorio costante.

Ecco, questo è un punto che mi piace dire, perché voi siete all'inizio, io non so dove sono, se sono all'inizio, alla fine. Preferisco non saperlo. Io considero molto importante il gruppo. Non è l'unica cosa, ho fatto l'analisi individuale, ma nella mia testa c'è spesso il pensare dov'è il gruppo. Che gruppo c'è qua? Cosa facciamo con le emozioni di gruppo? Non solo con le emozioni singole individuali.

Nei primi gruppi io pensavo che, se non c'ero io, se anch'io non partecipavo con i miei pensieri più personali, più veri, anche i pazienti non potevano farlo. I pazienti non possono essere quelli che fanno la cosa vera e io no. Faccio il tecnico, faccio l'interpretazione. Questo no, non può succedere. Allora i pazienti devono capire che io sono con loro in questo lavoro, lavoro che attraversa molto. Ma questo, va beh, è un altro discorso. Così, incidentalmente mi sembrava importante dirvelo.

Come rappresentare per esempio tutto questo discorso delle generazioni? Beh, ci sono tanti modi.

Per esempio, l'associazione ABA. Ci sono delle associazioni, dei gruppi di persone che si consociano, che diventano un gruppo e che magari hanno un certo tipo di attività. Dopo casomai vi dico quali possono essere delle attività di una associazione come l'ABA.

Non è detto che se tu hai l'associazione, sia una cosa già data. Io, per esempio, in questi ultimi anni mi sono occupato dell'équipe di Milano del gruppo di lavoro di questa associazione e mi sono occupato proprio del gruppo degli operatori.

Dentro di me ho capito che era molto conflittualizzato, all'inizio si "sparavano"; anche nei gruppi di lavoro voi vedrete anche nei tirocini; quanto passate in mezzo a dei gruppi anche conflittualizzati, difficili, e quanto c'è la necessità di pensare al gruppo.

Un primo elemento che mi sento di dire a me stesso e anche a voi è che da

qualche parte io ho sempre avuto il gruppo come punto di interrogazione e un autore in particolare che è Bion.

Bion mi ha proprio appassionato e mi sono letto un po' delle sue esperienze, le prime esperienze di gruppi. Sentendole vicine, vicine a quello che mi succedeva. Il primo gruppo fatto era in un SPDC in un reparto di psichiatria. Fui molto attaccato. Pensai di dover cambiare mestiere insomma. In fin dei conti quando hai queste esperienze iniziali così difficili dici: "Benissimo qua..". Pensi subito a diverse alternative, ho detto "potrei far questo, quest'altro". Dopo invece il lavoro di Bion ha pesato.

É stato incommensurabilmente utile pensando alla dinamica del gruppo, a cosa succedeva nel gruppo al di là di me, insomma, io posso mettermi in discussione ma quello che succedeva dentro quel gruppo... Sistemi di cura con questi esempi di cui parlavamo prima, già ci sono delle possibilità per identificare i sistemi di cura, per esempio il gruppo famiglia. Il gruppo famiglia potrebbe essere un gruppo da considerare, è un gruppo la famiglia? Sì e no, forse, io penso che ci siano diverse dimensioni.

C'è un autore che forse conoscete, si chiama Corrao, parlava di "mente estesa". "Mente estesa" è un bel concetto, nel senso di una mente che ne attraversa diverse; anche di coppia a volte, ci sono delle dimensioni di mente estesa anche con la fidanzata-fidanzato, insomma, allora gruppo, perché gruppo?

Il gruppo a volte può essere respingente all'inizio.

Il gruppo familiare intanto è un gruppo a più generazioni perché c'era la nonna anche di mezzo per cui pensiamo anche alla terza generazione; all'importanza della figura del nonno, della nonna. Cosa ha combinato,? Chi è stato? Cosa ha fatto? Cosa ha trasmesso? Noi pensiamo sempre ai genitori, anche da figli, genitore subito, ma a volte c'è una riflessione da fare sulle generazioni.

Primo punto: il gruppo può essere anche un gruppo longitudinale, a più generazioni, può essere un gruppo che riguarda nonna, madre, figlia. É una forma di gruppo. Magari non è un gruppo nel senso di un dispositivo clinico ma tendenzialmente può essere un gruppo.

Quindi, il lavoro sulle generazioni, il lavoro sul campo familiare, campo che è molto in crisi come noi sappiamo.

Le famiglie oggi esplodono, le situazioni sono drammatiche. C'è la guerra. I nostri nonni hanno combattuto la guerra con le pistole, con i fucili. Oggi la guerra che si combatte è quella delle famiglie, ci sono situazioni drammatiche.

Una delle difficoltà dell'équipe che vi dicevo prima, dell'équipe come gruppo, era

che il terapeuta che seguiva la madre, il terapeuta che seguiva il padre, il terapeuta che seguiva il figlio o la figlia, portavano in equipe una tale conflittualità di quella famiglia da sembrare degli avvocati.

Sembrava di essere in tribunale. Ad un certo punto dico: “ma che cosa è sta roba qua che mi sembra di essere quasi...”.

Il lavoro che mi ha sempre colpito era quello intanto di rappresentare, l'équipe come se fosse una circolazione extracorporea di quella famiglia. Il sangue di quella famiglia veniva fatto circolare nell'équipe e veniva in qualche modo depurato per poi ritornare alla famiglia. Questo è stato interessante, cioè, se noi riuscivamo, come io dentro nella mia testa avevo sicuro, proprio mi giocavo.

É sicuro che se l'équipe poteva dialogare, se i vari rappresentanti, del padre, della madre, del figlio e della figlia, lo potevano fare tra loro, sicuramente succedeva qualcosa di buono dopo anche a valle.

Questo meccanismo del “a valle”, quello che succede a valle, come se uno degli elementi importanti fosse il contenitore. Cos'è che contiene un'altra cosa?

L'équipe poteva contenere allora quella famiglia, la conflittualità di quella famiglia, la guerra di quella famiglia. La poteva contenere e poteva essere appunto una circolazione. Il trattamento del campo familiare come prioritario; tra l'altro è importante perché può prevedere l'uso, l'utilizzo, il coinvolgimento di più psicologi. É una forma di lavoro, lavoro lecito, importante.

Nel senso che noi abbiamo questi enigmi a volte. il paziente contemporaneo, spesso compulsivo, spesso sono- come li chiama questo analista americano, Shapiro - pazienti resistenti. Oggi c'è questo fenomeno del paziente resistente, tutte le istituzioni sarebbero apparentemente molto pronte a curare. C'è il Sert, l'alcol, la dipendenza, la psichiatria. I pazienti resistenti mettono in crisi ogni cavolo di istituzione.

A proposito di gruppi istituzionali, vengono messi in crisi perché sono pazienti che sono espressione di una crisi sociale e per molti di essi non c'è stato uno spazio di pensabilità della loro situazione.

Questo è molto evidente quando questi pazienti hanno attraversato una o due comunità, la psichiatria, il Sert, un'altra cosa ancora.

Ad un certo punto dicono “io non ci credo più, basta”, “guardi dottore che non...”.

Uno dice: “va beh” tutto sommato se vogliamo noi li mandiamo sempre in comunità ... e no!

Spesso non ci vanno. Allora dobbiamo fare come riusciamo, dobbiamo fare dei pensieri sulle possibili strade.

A me è capitato di interfacciarmi; certamente ho imparato delle cose, sto imparando, valuto.

Non c'è una sicurezza in questo campo, però un possibile scenario è il discorso dello studio delle generazioni, lo studio del campo familiare.

Un'altra strada possibile può essere quella del progetto di una sorta di comunità senza mura, cioè una sorta di funzioni che possano contenere il soggetto ma senza una residenzialità.

Perché molti soggetti sono effettivamente, non adatti o ti pongono come questione il fatto che non ci vogliono andare e non puoi obbligarli.

Quindi ci sono almeno questi due elementi, possono essere due aree di lavoro che possono funzionare con un pensiero psicoanalitico- almeno per quanto mi riguarda- sul contenitore. Come se noi dovessimo studiare il tipo di contenitore che per quella persona può andare bene. Il contenitore può essere appunto una sorta di comunità, una sorta di incubatrice e quindi, come dire, questo è un pensiero che riguarda certamente il rapporto tra quale gruppo può contenere il soggetto. Quali servizi noi possiamo approntare, perché quando le cose vanno bene il soggetto va a fare psicoterapia.

Bene, è già molto, va bene. I pazienti oggi, che non simbolizzano, invece di essere depressi perdono 3 kg. La paziente anoressica invece che soffrire la questione perde subito dei chili al volo oppure al contrario l'obesità, la bulimia, il ricorso al cibo come prima sostanza così accessibile, così facile.

Ci buttiamo nel primo oggetto che incontriamo.

Come pensare queste situazioni? Come pensare ai gruppi? Come pensare al soggetto? Come pensare le istituzioni? Ad esempio un'istituzione come l'ABA ha diverse aree: un'area di prevenzione.

Nelle scuole come penso sappiate c'è un calo; l'età di esordio per i disturbi alimentari si è abbassata un sacco. Anche il tema dell'obesità, è un tema difficilissimo; anche di cura molto difficile, addirittura fuori dal DSM. Adesso non so se nel quinto l'hanno messo dentro, forse sì, però è un tema difficile da valutare diagnosticamente. Prima di avviare una persona ai dimagrimenti bisogna capire che struttura c'è sotto.

Quindi, diciamo, diversi strumenti, ma possiamo domandarci proprio dove e come trattare per esempio questo tema delle generazioni. Due o tre anni fa, durante le vacanze di Natale, mi chiamò un ragazzo bulimico che arrivò in piena

crisi, era un fisico. Mi dice: “guardi io sono disperato perché quando sono nato ho lacerato l’utero di mia madre, ho spaccato a mia madre l’utero”. Subito gli dissi: “guardi io penso che lei teme di fare male a sua madre se si stacca da lei”. Gliel’ho detto proprio immediatamente. Quel giorno ero anche in forma, non capita spesso - lui è rimasto colpito e dice: “Non ci avevo pensato”. Si è agganciato molto; i genitori poi sono andati a prenderlo facendo i gesti dietro, ho pensato “chissà cosa avranno da dire”, e ho dato un indirizzo alla madre per parlare con questa dottoressa. Ho detto: “signora”, era molto agitata la mamma. Il bisogno spesso, di lavorare su più piani. Era successo quel giorno che questo ragazzo avesse cercato di uccidere la mamma con un coltello. Aveva cercato di ammazzarla, all’interno di un rapporto molto, molto simbiotico; una mente per due.

Mi viene in mente questa autrice, Joyce McDougall, una mente per due, proprio una mente estesa come abbiamo detto prima.

Una comunanza di temi impressionante, rischiosa. Era già stato portato in un ospedale dove era andato via, volevano tenerlo perché era gravotto.

Insomma, come fai a mandarlo fuori un elemento del genere? I genitori si sono sentiti di firmare e di portarlo via.

La madre va a parlare con questa dottoressa, nel frattempo cosa succede? Che questa donna racconta la sua storia. Il paziente viene volentieri, si è vincolato. Prende una dose minima di neurolettico mentre prima gli era stata proposta una specie di super terapia di ricovero.

Vedete anche qui, la psichiatria è una cosa molto importante e seria. Molto spesso però, i pazienti vengono avviati ad un percorso abbastanza standardizzato, abbastanza di massa, abbastanza super farmacologizzato senza un pensiero.

La madre di questo paziente racconta la seguente vicenda: suo padre, padre della madre, nonno del mio paziente, ha messo incinta la migliore amica della moglie, cioè della nonna del paziente.

Quando era giovane, la migliore amica della moglie, della nonna, si è uccisa con il bambino nella pancia e la nonna è rimasta traumatizzata dal fatto che la migliore amica si sia uccisa, ma soprattutto dal fatto che il responsabile era suo marito.

Ha trasmesso così alla figlia, madre del mio paziente, una religione negativa sull’uomo, un odio, una diffidenza. L’uomo doveva essere castrato, non poteva essere attivo perché se l’uomo era attivo era pericoloso, pericoloso perché mette

incinta, perché favorisce il suicidio. La nonna ha avvolto la madre del paziente di tutta una serie di teorie negative sul maschile, e la madre a questo figlio ha trasmesso altrettanto; tutte le sue questioni, sviluppando un bisogno fortissimo nel figlio di aiutare la madre, di stare vicino alla madre.

Eppure il figlio ha oscillato tra il doversi staccare di colpo, temendo molto però che la madre stesse male. In tutta la vita il figlio non ha potuto avere un'attività sessuale o diciamo personale maschile.

Tutto questo l'abbiamo scoperto nel tempo, grazie al fatto che si può lavorare su diversi assi familiari. Perché se tu vedi solo il paziente, ok, questo paziente con la bulimia aveva trovato un grande anestetico a tutta questa questione traumatica.

Altro termine che dobbiamo ricordarci molto bene è il trauma. Potremmo domandarci come una famiglia reagisce al trauma, per esempio, come quel gruppo reagisce al trauma; un trauma pesante molto difficile da gestire, da tollerare, da pensare.

La madre arriva, viene dalla collega "io vedo mio figlio come mio padre". Ha dovuto fare una vaccinazione mentale al fatto che il figlio non diventasse come il padre.

Questo ragazzo prende ora una dose minima di farmaci; tiene, continua a fare il suo mestiere. È ancora seguito chiaramente; chiede di essere seguito nonostante lui sia una persona difficile non tanto d'accordo con gli psicologi psichiatri.

Ci ha molto aiutati però a capire tutti che c'è una sorta di trasmissione transgenerazionale di una problematica, di un trauma, di un modo per evitare il trauma che è passata direttamente alla terza generazione. Alla terza generazione è scoppiata la bomba, alla terza generazione questo ragazzo con i suoi problemi ha rappresentato, ha potuto rappresentare, qualcosa di quella roba lì; di quella verità non detta, di quella questione non affrontata, di quel negativo non dicibile.

Non si può parlare di questa cosa qui, è proprio un negativo non dicibile, una famiglia cresciuta -i genitori li ho visti- sulla negazione della traumaticità, del dolore.

Solo adesso la famiglia, i genitori riescono a dialogare su questa cosa. Una volta c'era la guerra, non potevano parlare di queste cose, ci sono voluti anni di lavoro. Questo per dire come i progetti li dobbiamo pensare nel tempo e non da soli, con un'équipe di lavoro.

Dobbiamo pensare quindi, a diversi dispositivi che non sono uguali per tutti.

Ad esempio, questa persona se l'avessi messa in un gruppo genitori difficilmente

avrebbe tirato fuori una cosa così; poi costei parlava dello schifo dello sperma, insomma, una lunga fase.

Ha tre figli, la mamma del mio paziente- lo schifo del maschile, lo schifo dello sperma, lo schifo del marito. Col marito adesso, si parlano in maniera più vera, ma quando pensavamo al tema di prima: il negativo può essere rappresentato? Può essere messo in parola? Può essere detto oppure c'è solo l'anestesia dal negativo? C'è una pensabilità della distruttività, dell'elemento del male o non c'è pensabilità?

Se non c'è pensabilità il rischio che la bomba esploda prima o poi è più alto. Il male da qualche parte deve esprimersi, deve venire fuori. A questo proposito appunto, ci sono diversi dispositivi, per esempio. In questo caso è stato importante che la madre andasse a parlare da sola con la collega, potendo parlare del maschile senza il marito. Col marito c'era sempre una cosa molto compiacente, lui è una persona potente, anche un po' spaventosa; con cui non si può tanto scherzare.

Adesso si parla di più, il marito dice come è fatto lui, ha cominciato qualche volta ad andare a parlare,

Il ragazzo sta un po' meglio, no, porta avanti un TCI.

Però lui chiede di venire, mi ha mandato un messaggio "posso venire un'altra volta da lei?"

Questo per dire come il sistema transgenerazionale è un sistema interessante, è una chiave di lettura che può aiutarci a capire il paziente resistente.

Questo paziente è come se combattersse una guerra non sua, come se lui non avesse un rapporto diretto con 'ste robe qui; però queste cose c'entrano con lui in un certo modo, perché il gruppo familiare in qualche modo le ha trasmesse.

Un'altra opzione per i genitori, per le famiglie, è il gruppo multifamiliare di cui forse vi parlerà il professor Narracci, che è stato sapientemente coinvolto.

Sono tutti temi caldi questi, sull'attualità dei trattamenti, sui nuovi sistemi di cura; perché a volte quelli vecchi mostrano dei problemi.

Poi vi parlo di un altro caso. Se state per scoppiare ditelo; mi fermo, se ci sono delle domande.

Domanda: Mi collego al caso clinico della ragazza anoressica di cui parlava prima. Parlando con la famiglia era emersa la questione che lei veniva imboccata, che fino a 13- 14 anni aveva continuato a dormire con i genitori; insomma, una serie di cose che da principio non erano state portate come non

ordinarie. Poi lei ha detto “C’è tutto questo discorso sulla separatezza, sul fatto che non veniva concessa, permessa o quanto meno non era pensabile”. Allora mi stavo chiedendo personalmente, se un domani avrò dei figli, una famiglia, come si fa? Cioè, nel senso: è vera questa cosa della separatezza, è un concetto che noi viviamo molto e anche nei libri studiamo eccetera, però mi stavo chiedendo concretamente, un genitore come fa?

Questa è concettualmente una cosa vera, però all’atto pratico mi chiedo: come può un genitore concretamente fare, concedere e permettere al figlio di sentirsi separato?

Ora chiaro che non mi aspetto che lei mi dia la risposta come un elisir di lunga vita, però questa è una riflessione che mi stavo facendo mentre lei raccontava il caso clinico.

Francesco Comelli: È un po’ il succo effettivamente. È molto sensato quello che lei dice, non c’è un confine, poi ogni esperienza è a sé. Ci sono alcuni che di separatezza ne hanno fin troppa, però effettivamente fare i genitori è quella cosa a cui ci si affaccia a un certo punto della vita.

Fare i genitori è un qualcosa che sentiamo a un certo punto, passiamo quindi per una serie di errori, tutti, tanti. È però, come un terreno in cui finalmente possiamo conoscere chi siamo noi, come genitori e nel tempo capire quello che dei nostri genitori abbiamo veramente dentro o quello che invece è nostro, puramente nostro.

Questa donna, questa mamma, si mise a pensare molto a sua madre, una donna molto rigida. Dimentichiamo forse, che era periodo della guerra ancora; la fame era un problema vero e proprio.

In effetti è vero questo, dobbiamo fare un’ esperienza. C’è questo scrittore: Jabès, che parla dell’incontro nel deserto con uno straniero.

È favoloso, perché anche il bambino è uno straniero che arriva a un certo punto e dobbiamo imparare a parlare insieme e dobbiamo essere disposti anche a fare dei lutti su delle nostre cose, a tirarci da parte, a non essere esigenti nel nostro narcisismo, a non essere i primi, a non essere il padre o la madre per forza amati, i più bravi.

È una bella domanda, una domanda che la porterà lontano. A me personalmente fa pensare a tante cose, fa pensare all’importanza di un gruppo, all’importanza di scambiarsi insieme, vedere come facciamo insieme, vedere come stanno i figli; domandarci tante cose.

É una bella domanda, è una domanda che ci fa capire forse quanto noi abbiamo da graduare un po' tutta una serie...

Una mia paziente, che è di Roma tra l'altro, che vive a Milano per lavoro, che viene al gruppo multifamiliare - perché tra i vari dispositivi c'è anche il gruppo multifamiliare - questa persona deve sempre allattare il figlio, non può staccarsi la notte insomma, e lei sta facendo tutto un grosso lavoro su di sé, su questo incontro.

L'ho molto rispettato. Voglio dire, devo molto rispettare questa mamma; per esempio in certe culture questo è anche normale.

Quando ero piccolo avevo dei vicini di casa armeni, sono cresciuto mezzo armeno, mi ricordo ancora le parole, tutto insomma. Gli armeni erano un popolo in fuga da un genocidio, per cui la situazione era tosta. Le mamme prima dello svezzamento facevano passare 2 anni, 2 anni e mezzo. Un po' è vero quello che lei dice, ogni cultura, ogni sistema può avere un suo modo di intendere, il contenitore è un concetto sempre importante effettivamente.

La mia paziente a cui voglio tanto bene, questa paziente romana, è una persona molto intelligente che ha avuto un figlio con fecondazione assistita dopo che tutta la vita le avevano detto che era colpa sua il fatto che non poteva avere figli. Invece era un problema dell'uomo, poverina lei, aveva un grande desiderio di maternità, molto bello; tra l'altro è una brava mamma secondo me, nonostante il fatto che abbia questo grande problema col pianto del figlio per cui l'ha sommerso con un mare di latte.

Adesso sta considerando tutto il rapporto, è venuto fuori tutto il suo trauma infantile, è stata prelevata... Prima è stata lasciata dalla nonna, poi ci si è affezionata; questa nonna brava *caregiver* e dopo la madre è tornata a prenderla, l'ha prelevata "adesso io sono tua madre, ci penso io" e questa ha dovuto vivere una doppia separazione.

Ti credo che per lei la separazione ragazzi è una roba... in fondo sono tutte queste memorie implicite che vengono a stamparsi nella nostra esperienza che sono veramente dei fatti che vanno a segnare...

Questa persona per esempio, è una persona che sembrerebbe l'anti-psicoanalisi e invece è una persona molto al lavoro, quindi è vero che bisogna ogni volta capire.

Lì c'era l'urgenza e il dramma della morte di questa ragazzina, non sai che cavolo fare perché puoi immaginare, puoi provare, allora viene fuori quella roba lì allora ti butti.

Però è vero, come diceva Winnicott, non c'è un bambino senza una mamma, una mamma senza un bambino, è una dimensione intersoggettiva.

Nel caso delle gravi pazienti anoressiche questo raggiunge delle situazioni paradossali con dei legami patologici.

Ho una paziente che è medico, anoressica, non sta bene, e con la madre ha un rapporto paradossale, nel senso che la madre ha scelto tutto. Ha scelto la facoltà, medicina; ha scelto la specializzazione, ortopedia. Lei avrebbe voluto fare la restauratrice d'arte; un legame patologico invincibile il loro.

Controtransferalmente verrebbe da prendere la madre appena la vedi e non so, appenderla a un muro - adesso scusate parlo un po' - però come diceva Gabbard è bene con le nostre pazienti controllare molto il controtransfert, perché tutta una serie di emozioni che le pazienti non possono vivere le vivi tu, ma ahimè bisogna stare molto attenti, per cui effettivamente ogni legame va un po' visto.

Poi certamente c'è tutto il problema del padre, ci sono molti studiosi che hanno pensato ultimamente...

Il gesto di Ettore; non so se l'avete letto; il gesto di Ettore è quando nell'Iliade, prima della disfida finale tra Ettore e Achille, in cui Ettore sa che andrà al Creatore; Ettore prende in braccio per l'ultima volta il suo bambino. Lo prende in braccio e il bambino vedendo lui con l'elmo si spaventa, si mette a piangere, non riconosce il padre. Allora il gesto di Ettore consiste nel tirar via la maschera, l'armatura, e farsi vedere come padre, così il bambino riesce a vedere il padre e questo poi ha una rilevanza importante per tutto il popolo.

Poi c'è la questione di Enea, che porta il padre Anchise, insomma i troiani che scappano da Troia. Insomma, al liceo ho fatto poco però ho studiato poi.

Tutta la questione del padre effettivamente è centrale, oggi dopo un secolo in cui il maschio ha rappresentato l'uomo della guerra, l'uomo delle armi. In questo secolo l'uomo, la figura maschile è certamente... quando dicevamo come la cultura tratta le grandi figure, il padre, la madre, dobbiamo domandarci ma...

Ci sono degli autori che fanno questo lavoro di analisti di gruppo; Pasolini è un formidabile analista dei contesti sociali, anche Giorgio Gaber. Non so se qualcuno ha visto il film di Giorgio Diritti "L'uomo che verrà", è un film incredibile, un film non da vedere soli, ma insieme a qualcuno; un film pesante. "L'uomo che verrà" è una bimba, rimane una bimba in fondo al film che è lei che è sopravvissuta a questo sguardo, quindi il femminile oggi.

Stefania Marinelli: Veramente grazie di riuscire a portare dei pensieri e

soprattutto l'aiuto per la possibilità di pensare insieme qui alcune cose. Questa questione dei linguaggi, delle generazioni,... di questi salti, di questi cambiamenti per salti dove invece poi bisogna andare a pensare di che si tratta. Pensavo che questa domanda che era stata fatta: e allora io come faccio a dare a mia figlia, a mio figlio, ai miei figli insomma una separabilità? Come è concepibile che un genitore... Allora volevo riferire semplicemente che quando, tanti anni fa.. al tempo della mia analisi, pensavo a questo problema, e mi ponevo questa domanda, non avevo ancora una mia famiglia e figli e pensavo: "Ma come farò poi, adesso che ho capito tutte queste cose profonde con la mente, ma come farò nella pratica, a educare un figlio secondo queste cose così complesse..?" ed ero convinta che l'analista idealizzato, insomma con tutto quel sapere, mi desse una risposta chiara e rassicurante, che so? Un metodo certo. E lui mi rispose: "C'è poco da definire e insegnare... cosa vuol fare? Lei potrà dare l'esempio di quello che lei riesce a fare dentro di sé, con la sua separazione interna, per esempio. Oppure se non può dare lei stessa un esempio di un buon funzionamento interno, insomma..cos'altro potrebbe fare, non ci sono cose che se facciamo quelle siamo al sicuro..! Non possiamo fare se non questo." Insomma era molto semplificante. Cioè non c'era da architettare dei pensieri, ma c'era questa semplificazione di sapere chissà cosa... che c'è qualcosa che se io faccio quella cosa, allora otterrò il risultato sperato e la risposta sperata... non so, sembrava chiaro il pensiero che abbiamo solo il nostro mondo interno su cui contare..".

E comunque poi brevemente aggiungerò alcune suggestioni, magari usando immagini, per dire qualcosa del salto che si attua tra la madre e il figlio, anche mettiamo se la madre è più o meno giovane per esempio, ci sono dei momenti di forte differenza, anche di passaggio sociale, di transizione, di cambiamento che può essere improvviso e forte e dopo l'intimità iniziale, le differenze si impongono in modo forte.

Allora c'erano due o tre immagini un po' scherzose che io vorrei proporre.

Una; dopo questi primi passi del cambiamento, della separazione, ricordo nel primo periodo nel quale portavo mio figlio all'asilo, lui salì in macchina e disse "Oh mamma guarda che bel drago!" Allora la mamma, sempre un po' psico mamma, un po' psi psi, e insomma un po' rompiscatole, pensa "Aiuto siamo al collasso psicotico, mio figlio ha le allucinazioni" Invece c'era il post-it sul vetro, con il drago, il figlio era malizioso già a quattro anni, c'era il post-it di un drago sul vetro e lui spaventava la sua mamma.

Oppure c'è una seconda immagine del figlio ancora molto piccolo ma molto capace e ironico, e della mamma che giocano insieme con la play station e lui vince subito al computer e chiede "Ma fai apposta per farmi vincere, o come?" Io non riuscivo assolutamente a stargli dietro, lui era bravissimo, ma non si capacitava che la madre, da lui idealizzata, fosse incapace o meno capace di lui. E la terza immagine così veramente appunto scherzosa ... Era l'idea di vedere un film ed erano le prime esperienze dopo l'epoca materna - uno sta un po' più forse ritirato, ha un po' la testa da un'altra parte - ed erano le prime esperienze di quelle che erano le cinematografie che vedeva il figlio, che erano cinematografie molto molto diverse da quelle che ero abituata a vedere io. E allora mi accorsi che c'erano delle immagini di un filmato - quella volta che si vedeva insieme un filmato - dove io ero raccapricciata, trovavo che fossero sconvolgenti, iper sadiche e il figlio diceva: "No, proprio non capisco cosa ci sia di intollerabile..." e poi un'altra che a me pareva acqua fresca e lui diceva: "Ah! questo proprio non lo posso assolutamente vedere, questo mi sembra di una crudeltà insopportabile". Quante riflessioni sono nate dopo questi primi approcci, cioè il figlio piano piano comincia a organizzare il suo primo contatto culturale con la realtà e cercare di testare, se la madre gli consente di farlo, se lui è veramente diverso oppure no, per piccole e occasionali contrapposizioni, e la madre sulla soglia traballa tra differenti modi di sentire, per sé e per il figlio...

Adesso Francesco parlava dei miti: "Al liceo li studiavo poco, li ho studiati dopo". Pensavo che la mitologia, per una certa generazione, prima del cambio di millennio, era tanto importante e significativa, simbolo della simbolicità della capacità di simboleggiare e adesso sembra l'oggetto genitoriale che deve essere negato, che deve essere trascurato, eclissato a favore di una cultura, di una metodologia nuova. Anche questo forse è molto interessante. Va bene. Grazie.

Francesco Comelli: Questa domanda ce la siamo fatta. Quanto è difficile separarci dai nostri figli o da delle cose che pensiamo parte di noi? Quanto lavoro dobbiamo fare in fondo? Può essere anche piacevole.

È un salto complesso mettere insieme il multifamiliare, non è così scontato per noi puristi del gruppo; mettere insieme in un gruppo i componenti di una stessa famiglia.

È forte, è una roba forte. Effettivamente anche qui parliamo di questi temi, di cui diceva adesso la professoressa, sulla base di questa sua suggestione.

Questo è l'argomento dei gruppi. Questo in particolare è un gruppo che va avanti

da quattro anni.

Per esempio c'era una madre che veniva; il figlio era un pericolo pubblico, seguito dal CSM. Dormiva col coltello sotto il letto, era violento, paranoico.

Adesso non voglio dire che sia tutto facile, però in questi casi... Io ho seguito la madre, vedevo i genitori, per un lungo periodo hanno parlato di loro, hanno fatto dei cambiamenti.

A un certo punto hanno comprato la casa per il figlio e loro ci vivevano insieme nella grande casa familiare.

Dopo un po' la madre stufa di tutto; una donna del sud, ha fatto una vita durissima questa donna. Io le voglio molto bene, perché è una donna che ha passato il razzismo, una volta c'era un grande razzismo. Non che adesso non ci sia, ma insomma prima di più. Quelli del sud erano trattati come le schifezze, luoghi umidi... È una persona che se avesse avuto le possibilità si sarebbe laureata, qualsiasi laurea avrebbe potuto fare. È il manifesto dell'intelligenza umana questa donna; povera donna umiliata, con un figlio paranoico, sgridata da tutti, colpevolizzata.

Questa donna gradualmente ha capito che doveva staccarsi dal figlio, questa donna è stata abusata.

Il tema dell'abuso è un altro tema molto grande, adesso. Tema grosso però. Abusata dai suoi familiari e non capace di difendersi dalle mani del figlio che la riabusa in qualche modo.

Una donna di una sofferenza spaventosa. Piano piano è stata meglio, non si è uccisa come voleva. Era una a rischio di farsi fuori, un disastro.

Si è staccata lei, ha preso, ha avuto la forza di andare lei nella casa del figlio, piano piano è venuto anche il marito. Insomma 'sto figlio gradualmente ha avuto una remissione dei sintomi, senza prendere un farmaco. E questa donna qui e il marito sono venuti per anni.

C'è un lavoro di anni sul campo familiare ecco, non che sia così... Il figlio ha sempre negato psichiatri psicologi. O gli fai il TSO e lo porti in ospedale o sennò questo qui zero. Ne ha fatti quando era proprio fuori.

Questi due genitori, solo loro, hanno fatto parte del primo nucleo fondante di questo multifamiliare.

Nel gruppo c'era anche una ragazza, avevo paura di lei, era una molto violenta. Otto anni, quattro anni di lavoro individuale e poi anche la partecipazione al gruppo multifamiliare con la madre. È una ragazza nata da un rapporto occasionale della madre con un signore che è stato poi lasciato fuori dalla

famiglia, sebbene lui volesse riconoscere la figlia. È una famiglia importante, quella della madre.

Questa figlia ha avuto grossi problemi tutta la vita. È diventata rabbiosa, è diventata violenta. Veniva riempita di farmaci, nessuno che pensava ai motivi della sua rabbia.

Una storia incredibile, capitasse a chiunque di noi, lo sfido veramente a passare dei traumi così.

Questa viene da anni. Adesso fa la editor per le case editrici, decide i romanzi da pubblicare o meno, è una persona molto intelligente, molto in gamba, ma era avviata verso una carriera psichiatrica doc, quelle dove tanti farmaci ma nessuna lettura della sua violenza.

Era molto arrabbiata, su tante cose. Gradualmente anche lei è venuta con la madre e queste erano le questioni che giravano nel gruppo multifamiliare: cioè che madre sei? Che figlia sono? Cosa è successo? Oppure i conflitti in questo gruppo multifamiliare, i conflitti genitori figli, veri o anche simbolici, magari non c'è il figlio ma ne parlano, diventavano tramite il gruppo, invece di bombe che generavano conflittualità, qualcosa di tollerabile, come anche in questa questione, non c'è una risposta proviamo insieme a trovare...

Nell'ultima seduta c'è stata una sorta di... di interventi di tutti; pian piano alla fine ho fatto presente che è come se ci fosse un'area di necessaria incomprensibilità tra genitori e figli, non è possibile capire tutto di tutti. Questo è stato importante per molti, capire che in fondo c'è un'area irriducibile. Noi possiamo rispettarla, un figlio che può avere una sua idea diversa, imparare a poter lasciare che il figlio sia qualcosa dove non c'è necessariamente questo rimando di totale coincidenza, di gemellarità come dicevamo prima.

Erano tutti molto compresi alla fine del gruppo per questa cosa. È un percorso che ci aiuta tutti, anche i terapeuti con i loro figli, anche noi... Siamo due terapeuti: Francesca Borboglio ed io.

Certamente questi conflitti, che di solito a casa generano delle robe impressionanti, vengono spiegati bene dal gruppo. È una delle possibilità, perché in effetti c'è un momento della vita dove invece vogliamo diventare genitori, abbiamo desiderio di fare quest'esperienza, possiamo avere questo desiderio.

Allora queste sono le domande che ci vengono, è come se nel gruppo multifamiliare, - sistema di cura che prevede che un paziente sia seguito anche individualmente a parte, è un sistema complesso, per casi complessi – è come se

noi dovessimo trovare degli strumenti per continuare a curare bene i pazienti. Non solo con la psicoterapia, con qualsiasi cosa vogliamo, che è una cosa, ma c'è anche bisogno poi di lavorare sulle intersoggettività, sul gruppo che sta attorno e di cui fa parte il paziente in fondo, e il multifamiliare può essere....

Quando parlavo di una comunità senza mura, pensavo a un sistema di cura che avesse diverse sfaccettature, diversi elementi e che si riferisse molto a un contenitore di pensiero che a volte noi erroneamente indichiamo col termine di contenitore preclinico.

Non è preclinico, è già un contenitore clinico, è un contenitore di pensiero che tiene dentro il paziente. Faccio un esempio pratico: una paziente bulimica, tanto bulimica. Ha avuto ricoveri in psichiatria, uno dopo l'altro. Prende sette chili in sette giorni, ne riperde altrettanti la settimana dopo, mangia quantità spaventose, ma soprattutto soffre.

Tenta di uccidersi buttandosi nel fiume Po', così non è un tentato suicidio. Buttarsi in un grande fiume è un gesto....poi se la corrente ti porta ti porta insomma.

Una paziente incurabile. Gira tutti gli psichiatri, più ricoveri, non ne possono più, nessuno ne può più, riceve rabbia da tutti, spaventosa.

Non voglio annoiarvi perché è lungo il discorso con lei, però un anno di tira e molla, farmaci in quantità generosa, molto generosa. Famiglia contadina, mi faccio raccontare un po' della famiglia. I genitori boh... non si sentono, non ne parla; parla dei fratelli, ha tanti fratelli. Sembrava come nel film "L'albero degli zoccoli", "Novecento".

Lei ebbe un trauma quando si sposò il fratello, il fratello è stato il suo vero genitore. Ha tutte le questioni paterne, il lutto, la separazione da questo fratello. Quando si sposò per lei è un funerale. Questo mi colpì.

Allora noi dobbiamo avere una testa che abbia la capacità di pensare a degli elementi psichici importanti.

Cosa succede? Questa persona non simbolizza niente, chiede un'analisi: "Io voglio essere... Lei è il mio analista". Io non mi sento, perché lei non simbolizza, è una domanda vuota, l'ennesima richiesta di qualcosa, potrei essere stato anche un detersivo, uno shampoo.

Impossibile seguire questa paziente in un modo classico. Mi faccio raccontare tutta la questione che la attanaglia in questo momento e emerge il problema della scuola.

Ve la faccio molto breve, perché è stato un lungo percorso preclinico, anche se

non tanto pre.

Lei non simbolizza, non riesce a fare un'operazione simbolica su quasi niente, se non che mi parla della scuola e della gelosia verso la sorella; la sorella è riuscita bene a scuola. Lei va alla stessa scuola, non ce la fa eccetera.

Viene affidata a una persona che la segue specificamente sulla scuola, sulla sua nevrosi scolastica.

La terapia è sul rapporto con la scuola, tutto passa attraverso questa cosa. Non essendo capace di simbolizzare, viene invitata a fare un percorso, un excursus nel paesaggio simbolico della sua vita. Allora questa persona la accompagna, va insieme alla paziente nella casa dov'è nata, nella scuola e aiuta questa persona a rappresentare. Non essendo capace di simbolizzare.... Ecco che questo modo... Ha fatto dei disegni, dei temi su elementi che non erano simboli interni, ma che ha desunto.

Ha cominciato a fare una sorta di psicoterapia del paesaggio, una simbologia, un attraversamento del paesaggio, del suo paesaggio simbolico. Questo cosa ha fatto? Ha fatto sì che questa persona si vincolasse tanto a questa figura, intanto continuava a venire da me e insomma ha passato l'anno.

Questo per dire com'è importante il progetto esistenziale per queste persone. A proposito della sua domanda: ma poi l'esistenza cos'è alla fin dei conti?, dopo tutte 'ste robe tecniche.

Allora noi siamo chiamati a dare una risposta sull'esistenza, sulla questione esistenziale di questa persona. Lei non voleva esistere più, ma aveva una sua precisa questione esistenziale che non riusciva a esprimere in qualche modo e ha avuto bisogno di una lettura, di questi simboli, di una sorta di mitologia che non era e non poteva ancora avere dentro di lei in un certo modo, ma che rappresentava grazie.... Ad esempio lei non pensava alla madre, c'è stato un lungo percorso sui luoghi materni, i luoghi materni della sua vita, quali sono? È stato interessante perché lei ha prodotto poi dei pensieri su cosa fosse materno; per esempio tutti gli animali, i conigli e siamo entrati in una dimensione di maggior vicinanza. Effettivamente la madre ci ha vissuto sempre come molto in conflitto con lei; la madre che era molto assente ma molto arrabbiata. Adesso la figlia una crisi bulimica al mese la fa.

Da sei anni tutti i giorni, non so come facesse ma era una cosa veramente intollerabile; prigioniera di una dipendenza grave. Di comunità, questa ne ha fatte, non è cambiato un cavolo.

Questa era quella che io dicevo "Basta, non ci credo più".

Non crediamo più a volte a delle cose, soprattutto quando i trattamenti sono così standardizzati.

In comunità, si va, e ti dicono “ma lei, bisogna che sia consapevole della malattia”...“ma certo che sono consapevole della malattia”, ma deve essere già guarita per certi posti insomma. Non c’era la possibilità di attraversare veramente... oppure facciamo conformisticamente subito una psicoanalisi, 3 sedute.

Non è il linguaggio giusto, nel tempo forse sì. Adesso lei è una di quelle, un’altra di quelle che “non ho tempo, non posso vederla”.. Una domanda però c’è....allora come far nascere la domanda?

Questa è una questione che riguarda il lavorare forte con i nostri pazienti. È vero che c’è la crisi del lavoro ma c’è anche la crisi del pensiero. Bisogna cercare modi per trovare delle strade e poter lavorare su quei temi che non sono tanto pensati ancora.

Effettivamente è proprio il come facciamo, è vero, è molto più emozionante il fatto dell’esempioper esempio anche, questo è una bella risposta, mi piace molto.... E tu puoi fare e dopo verrà qualcosa di buono, semini no? per fare qualcosa di buono...

Comunque io per dire no alla psicoanalisi, per proporre questa cosa alla psicoanalisi ma allo stesso tempo snaturandola, ho dovuto fare un lutto. Non posso proporre una cosa che è nelle mie corde, ma non è nelle sue insomma. Devo pur rispettare la paziente.

Adesso il rapporto dura da anni, è gente che non ha tanti soldi, ma è molto dignitosa. Ora ha iniziato a lavorare. Insomma ci sono vari cambiamenti.

Comunità senza mura, però con il trattamento.

Questo Shapiro? Fa così in America, segue un po’ delle correnti orientative, l’ho letto su degli articoli. Vabbè lì girano soldi, eh, lui lavora all’Hostery Center. È un centro privato in collaborazione con le assicurazioni, cioè un contesto anche diverso, se vogliamo dirlo.

Cosa fa? Fa dei percorsi a partire dall’esistenza del paziente. Il paziente ha una certa questione esistenziale al quale loro danno molto valore ed aiutano il paziente a rappresentare questa cosa.

In equipe si ritrova questa crisi della mitologia, una sorta di mitologia che ci è venuta fuori; dei mostri..

Sentendo parlare di terapeuta del padre, terapeuta della madre e del figlio.

L'esperienza che veniva costruita, e riportata in equipe, faceva di fatto pensare ad un qualcosa di mostruoso che la mente del figlio doveva filtrare, tollerare e gestire.

Allora parlavamo di mostri, la sfinge, siamo ritornati sulla mitologia, se guardi in equipe, torni in equipe trovi un mostro, la sfinge, metà donna metà felino e insomma tutta la questione della rappresentazione. Come se noi affrontassimo un altro tema molto forte: poter rappresentare questi elementi del male.

Un paziente violento e bulimico, molto bulimico (2 m a bestia) è venuto in studio con denunce a suo carico; simpatico, ma inquietante. È uno che arriva subito alla lite se non ci vai d'accordo; allora li hai paura della tua reazione. Potresti incavolarti e magari lui si incavola il doppio, così hai paura, doppia paura della tua rabbia.

Invece scatta una forte simpatia perché capisco che lui quando aveva due anni viveva con i due genitori, lui era piccolino. I genitori si menavano, e lui si metteva in mezzo. Lui è molto grande, un gigante; già da piccolo era abbastanza convincente come bambino. Era diventato violento per difendere la madre, si metteva in mezzo, spaventava tutti. Lui cercava prima di... poi diventava violento anche lui e cercava di opporsi.

Cresciuto molto patologicamente. A scuola ha fatto delle "fatiche bestiali", con il professore una conflittualità spaventosa. Capisco che la madre lo mandi dall'analista, dal dottore, da me insomma. Perché lui è troppo violento e io avevo il compito di ridurre la sua violenza o di elaborarla, di aiutarlo. L'impedimento era che lui doveva diventare bravo, buono. La madre andava da un analista che le diceva cosa avrebbe dovuto dire al figlio; per esempio, una sua domanda no: "cosa devo fare con mio figlio??" e l'analista: "faccia così così così" e la madre faceva così così così.

Senza fare quello che ha fatto lei, noi: "vediamo insieme, capiamo insieme", lui quindi aveva un odio per la psicanalista perché sapeva che vi derivavano tutte le cose della madre.

All'inizio non è che brillasse di simpatia con me. Ho capito poi, che lui diventava violento perché non aveva fiducia, spesso mi raccontava i suoi litigi e io pensavo "Ma sto ragazzo qua ha mica tutti i torti". Poi vari casini, casini con la polizia, l'hanno incastrato; di tutto. Tutto sommato però, lui non ha tutti i torti. Forse la madre ha sfiduciato la sua capacità di difendersi con le parole.

Lei non ha la minima fiducia di poter rappresentare le sue ragioni, perché non ci crede, pensa di avere torto; allora gli dico che forse lui è proprio spaventato nel

non riuscire a....

Un'altra cosa è che lui si ammazza di canne e la madre è molto preoccupata. Per altro la madre è una che ha sviluppato una grande dipendenza dal figlio; la madre ama sto bellissimo figlio... e succede che la battuta ovviamente passa a me, nel senso: "Allora che ne pensa il dottore dei cannabinoidi?"

Lui sta maluccio e deve stare un po' attento, fa pasticci. Gli faccio capire che in fondo è lui che deve passare per una dipendenza ed è lui che pian piano dovrà cercare di capire se questo gli fa bene o male. Deve fare lui un'esperienza, senza che qualcuno dica se questo è bene o male.

Ovviamente non è che io sia favorevole tout court; però lui in questo senso riesce a pensare che deve fare il contrario della madre e che tutto il suo negativo, il suo male, il suo distruttivo sarebbe un qualcosa per opporsi in qualche modo allo strapotere della madre.

Allora lui inizia a presentare il suo essere cattivo, il suo essere contro, il suo essere oppositivo, la parte del cosiddetto male che tutti quanti temono; non che lui sia troppo violento.

Riesce però, a fare un pensiero su cos'è sta violenza per lui, cos'è questo essere oppositivo. E così piano piano anche lui sta meglio insomma, lui che era contrario, fa un lavoro di qualche anno.

Sì, son casi di cui ognuno di noi si occupa. Io prevalentemente mi occupo, mi sono occupato abbastanza di disagio di sesso maschile con questi pazienti dei disturbi alimentari, forse perché riesco più a comprenderlo; Il disagio femminile....non è così detto sempre per carità; questa è un'espressione più transferale...

Questi sono tutti casi che ci pongono una questione di rappresentabilità del bene e del male, del bene: non fumare i cannabinoidi? Però se è una cosa imposta, non passa attraverso di lui, non gli serve a niente insomma. Ha bisogno di essere lui che pian piano fa esperienza.

Lui è cambiato molto con le donne, una volta le trattava molto male; è un bellissimo uomo per cui le trattava malissimo. Adesso ha corteggiato una donna, ha avuto un rifiuto la prima volta, ha sofferto tanto, ha ri-corteggiato un'altra donna e adesso ha un rapporto molto bello con questa donna qui.

Noi troviamo dei nostri rispecchiamenti in fondo, nei nostri pazienti, o in questi sistemi di cura. Impostiamo questi sistemi anche sulla base delle nostre esperienze, analitiche, o terapeutiche, di un altro orientamento. Ma abbiamo proprio un pensiero su qualcosa che riguarda noi e la reazione del nostro essere

un gruppo, del nostro essere in una famiglia, il nostro rapporto con i bambini che abbiamo dentro la nostra cultura e quanto riusciamo a vedere dove siamo immersi, che aria respiriamo, in che acqua nuotiamo..

Ecco, i dispositivi sono quelli, proprio tanti. Il corso; il titolo di questo corso è proprio azzeccato nel senso che un gruppo in un istituzione, un istituzione, un tipo di gruppo, molto vero.

E' un qualcosa da conoscere, quando entri in un'istituzione senti qualcosa che riguarda quel posto. L'ultimo che arriva, un tirocinante, un giovane collega, sente una certa area, un certo odore, una certa cosa. Ha ragione, credo che sia molto prezioso percepire quello che c'è all'interno di un certo luogo.

Poi che succede? Ti puoi abituare, non senti più quel profumo, quell'odore, quella sensazione che passa. Il numero che uscirà di Funzione Gamma è proprio sul tema di terapie di gruppo, istituzione e psichiatria. Grande tema.

Molto spesso oggi, la conduzione dei gruppi è lasciata ai tirocinanti. Forse perché il personale più adulto è oberato da mille robe burocratiche, non so. Da un lato è un bene per i giovani, però uno è lasciato solo. É molto importante quindi, essere qui, insieme; a discutere di queste cose. Cosa succede quando andiamo nelle istituzioni a lavorare, è molto importante non perdere il contatto tra di noi a volte.

Poi vi lascio andare per l'ora tarda, però un altro esperimento che abbiamo messo in ballo a Milano è stato rincuorarsi con la cultura. Ci facciamo una fiala di Giorgio Gaber, Pasolini, no? De andrè no? Fare un pensiero su questi autori che implicitamente possono curare. Anche questi nuovi, c'è un pezzo di Fedez che è meraviglioso. Però il testo "Generazione bho" non so se lo avete letto. Insomma la cultura ci propone tante cose, a volte troppe, no?

Originariamente io avevo un contratto con una paziente romana, tra l'altro giornalista, ex giornalista. Faceva Chi l'ha visto. Lei sa che io parlo di lei, non ci sono segreti insomma.

Ha iniziato a Chi l'ha visto? Ha lavorato al Costanzo show poi ha avuto un bouffé psicotica. Ora sono tanti anni che frequenta psichiatria, comunità, tutto insomma..

Una storia molto difficile. Io l'ho conosciuta in comunità e ci siamo trovati bene. Siamo rimasti legati nonostante io non fossi più il suo psichiatra perché cambiai posto di lavoro.

Mi tenne in contatto e tramite la sua idea abbiamo messo in piedi una sorta di piccolo esperimento giornalistico, dove i giornalisti o anzi, dove gli opinionisti

sono i pazienti.

Abbiamo così, fatto un piccolo blog e adesso lei vuole fare un documentario. Tra l'altro è ancora giornalista. Si vede che sa fare il suo mestiere.

Si è creato appunto un gruppo sulla cultura, un gruppo di lavoro su quello che noi leggiamo, sui giornali e che spesso finisce nel dimenticatoio; notizie pazzesche.

Me ne viene in mente una: in America uno si è presentato con il vestito da batman-Joker e ha fatto una strage. Sono avvenimenti dove c'è una grande sofferenza psichica. Ci scrive un giornalista che magari non sa tanto della questione, mentre molti pazienti ti dicono cose interessantissime su questi fatti. Si è creato un lavoro di cronaca, di espressione, adesso non voglio farvela lunga. Insomma un piccolo tentativo di curare, partire anche dal contenitore, di aiutare dei pazienti.

Si è creato un gruppo molto misto, non omogeneo. Sono dei disturbi elementari, psicosi, ex-psicotici, è presente quella di cui vi ho detto adesso che fa la coordinatrice.

C'è una piccola redazione che una volta al mese organizza una discussione con trenta persone in cerchio. Anche qui modelli di gruppo, non una conferenza dove uno parla. Si lavora tutti in gruppo, anche in trenta, quaranta; come nei paesi anglosassoni.

Sotto, c'è tutta una modellistica da studiare sui gruppi, adesso non voglio farla lunga.

É stato interessante dare a dei pazienti una voce, che non è la voce della riabilitazione. Non è il giornalino dei pazienti dove non so dice : “ nel nostro paese è venuto il parroco”. No.

Sono pazienti, ma anche un giornalista, un fotografo. Hanno delle competenze culturali che sono state inabilite da una lunga malattia e che possono essere riprese a partire dal vero. Non a partire da una roba artefatta.

Questo è interessante, perché mette insieme le competenze analitiche, di gruppo che chiaramente uno deve anche avere la testa per ..., Vedere però, un pensiero del gruppo e anche una possibilità, forse un po' basagliana, di stimolare un lavoro sul vero; su quello che di vero c'è, che spesso ci colpisce e che in molti pazienti sono abituati a trangugiare come se fosse l'ennesima tazza caffè.

Ora tutte queste cose che ho detto, forse sono un po' troppe, in effetti, mi hanno fatto pensare alla ricchezza che c'è dentro un incontro individuale, per carità;

come se ci fosse una divisione nella nostra formazione, nel nostro lavoro, che si riferiscono sia all'individuale, sia a pensare il paziente in contemporanea, alle nuove mitologie che girano sia...questo vuoto.

Però i mostri sono presenti in equipe, il mostro; l'importante è che possiamo vederli.

Perché se non li vediamo dopo pensiamo non ci siano. Allora andiamo fuori, in un vicolo cieco, vediamo il mostro, e ci spaventiamo tanto.

Ecco qualcosa da ripensare intorno a questi sistemi di cura, con l'opzione di capire se la massa si è impossessata della nostra testa; cioè se l'uomo massa, l'uomo massiforme, sogna come sogna la massa e lui non è più capace di sognare.

Per esempio, quando diciamo dov'è il soggetto, quanto è stato assorbito dal pensiero di massa.

Sono tanti temi, ne ho sollevato tanti. Però io me la sono cavata in questo modo, cerco di cavarmela pur non volendo essere assertivo o megalomane.

Ad esempio ora lavoro in una clinica convenzionata, faccio il mio lavoro, molto umile, non me ne frega niente. Ascolto molto questi pazienti che sono mandati da altri, come parcheggiati.

Ad esempio c'è un paziente molto violento; fa paura a tutti. Ascoltando, essere in grado di stare attenti a questa roba del bene e del male.

Lui arriva come il male. È il male perché è una sorta di Barry Lindon? Che ha fatto casino in tutta Europa, ha fatto un macello in tutti i modi. Incontrandolo poi, si capiscono tante cose rispetto alla questione del bene e del male.

Il nostro è un lavoro che può darci grandi soddisfazioni con queste domande, facendo certe domande. Quando noi andiamo avanti con queste domande, cresciamo, sbagliamo. Però è importante il lavoro umile, ecco. In questa clinica non sono il responsabile, faccio il mio lavoro, sono contento perché va bene.

Possiamo anche a volte pensare di creare qualcosa che ci piace, a partire dalle formazioni, a partire da un lavoro su noi stessi, a partire da queste così belle esperienze. Quando un'analista dice "è così bella una cosa così".

A partire da questo lavoro, possiamo anche pensare delle nostre cose, condivise anche con gli altri.

È un'opzione per esempio, curare con De Andrè, a volte possiamo concederci di sognare, di vedere che effetto fa; che non siamo dei pazzi da soli ma anche il fatto che possiamo trovare il coraggio della nostra voce o del nostro modo di essere vicini o lontani ai figli..

Ecco tutte queste cose qui. È diventata per me, un'occasione per potervene dire, vi ringrazio perché io mi sono svuotato e mi sono, come dire, aiutato anche a precisare qualcosa.

Uscirò anche col libretto sui disturbi psichici della verbalizzazione.

Ci sono diverse cose, il blog è carino, si chiama borderblog, se lo volete vedere? Questo è uno dei dispositivi... vabbè.

Stefania Marinelli: Veramente siamo noi che ringraziamo Francesco Comelli, si vede che ha avuto una docente bravissima, perché ci ha fatto sentire in una maniera estremamente vivida l'uso del pensiero; lui è come se ci facesse capire in un'epoca in cui non solo sono cambiate le generazioni in modo molto più veloce del passato, e sono cambiate le culture e i linguaggi, ma un'epoca in cui è cambiata anche la filosofia della scienza, la filosofia della cultura.

Così è importante oggi, ad esempio, far capire a studenti di psicologia che stanno all'ultimo anno e che si stanno preparando alla loro vita adulta e professionale, far capire perché è importante usare il pensiero, in un momento in cui la cultura è orientata in modo molto concreto: è importante.

Ci sono attualmente infatti nuovi stimoli interessanti, specie in America, adesso anche in Italia, nel campo degli studi sulla anoressia e le ricerche. Vediamo ad esempio le ricerche neuroscientifiche, la neuroimaging, gli studi sull'immagine corporea attraverso la risonanza magnetica.

Perché vi dico questo? Perché è una cultura abituata ai dati concreti, alla registrazione, alla verifica, alla validazione, allora... oggi il discorso di Comelli ci ha fatto sentire in una maniera molto puntuale, esemplificando con una notevole quantità di situazioni, il perché usare il pensiero avrebbe un significato.

Perché altrimenti, come dire, perché le parole? la *talking care* - e certo quando la psicanalisi era idealizzata uno si sentiva libero di dire qualunque cosa.. e lo psicoanalista poteva dire "io sono un garante".

Comelli però ci ha proprio dimostrato per davvero che c'è un cambiamento e che, quando è possibile, usare il pensiero e la parola ha un significato. Ci ha detto quale, e perché.

Io di questo sinceramente gli sono molto grata e se forse ci dà ancora spazio (magari poi la posso accompagnare io con la macchina alla stazione caso mai se si trattiene ancora..) ancora per un'altra domanda, come ho fatto io, per ancora indicare cos'è del discorso che è stato utile per noi. Se credete forse possiamo darci uno spazio di qualche minuto per 1 o 2 domande, se non vi siete fatti

troppo subissare dal mio intervento...

Sembra importante, tutta l'esperienza di cui Franz ci ha parlato, perché soprattutto lui ha dimostrato che sa ascoltare ... E comunque questo del corso è un gruppo molto attivo. Abbiamo avuto anche il piacere di avere Claudio, che ha detto qualcosa di molto interessante per esempio sul tema del progetto vitale, era il caso clinico di una certa paziente, e forse è stato qualcosa di simile a quello che stiamo pensando oggi.

Domanda: Mi allaccio a ciò che è stato detto a inizio lezione, riguardo al fatto che il dolore può essere vissuto e sperimentato diversamente nelle diverse generazioni. Visto che lei ci ha parlato soprattutto di casi clinici in cui i pazienti erano molto giovani, per l'età, mi chiedevo, secondo lei, nella generazione di questi pazienti, rispetto alle generazioni precedenti, come viene affrontato il dolore? E se, rispetto alle generazioni recenti, c'era una capacità maggiore o minore di poter accettare anche la negatività.. il negativo e non solo il positivo?

Risposta Comelli: Sì, dunque ...Sempre molto spaventato, molto angosciato, il fascino del male.

Alcuni pazienti, che sembrano in fondo credere sul dolore fisico, tagliarsi come non so, bersi una birra... una angoscia, un dolore, un'impressione a vedere tutto questo sangue, questa facilità nel farsi del male.

Quindi in teoria c'è un grosso fascino nell'auto farsi male, trattarsi male, se vogliamo nell'accesso al dolore immediato, anzi mi sento vivo se sgorga fuori il sangue.

Vediamo spesso quindi, questi adolescenti che prima dell'esordio, del sintomo alimentare ti dicono "tutto è stato bellissimo, non c'è stato niente di doloroso, tutto è stato bello".

Tranne quelli che raccontano un trauma, lì è un'altra cosa, ma io penso che loro veramente pensino che la fase adolescenziale è quella del mulino bianco insomma.

Noi quindi, rimaniamo a volte un po' disorientati rispetto a questa cosa qui, come se questi ragazzi sono cresciuti con dei genitori che gli hanno veramente eliminato ogni possibilità di gestire, incontrare insieme un dolore; anche per questa illusione che tutto "oggi no non è più come la guerra", insomma tante cose. La vicinanza poi, con il dolore degli adolescenti; adesso almeno con la crisi, con l'islamismo, con la morte, sta cambiando qualcosa. La morte è più questa

cosa, ma allora io devo rappresentare questo dolore, le nostre pazienti sono delle kamikaze come delle islamiste, si immolano per la patria, muoiono.

Io penso che le anoressiche muoiano per non far soffrire la madre, per proteggere l'impossibilità del genitore a tollerare il dolore della loro separazione. È vero che i ragazzi adolescenti di oggi hanno un rapporto diverso con il dolore, nel senso che sono stati cresciuti più protetti. Però io penso che loro proteggano il genitore, che loro sembrino dei kamikaze. Proteggono la madre, proteggono l'oggetto genitoriale dalla depressione, come se il genitore nel contesto deve deprimersi, se loro hanno una vita autonoma,. Questa paziente-medico che deve per forza soddisfare la madre, non può avere una vita propria, una diversità, una alterità... non c'è una alterità.

E quindi trovo che sono delle vittime, delle grandi vittime. È probabilmente vero che il rapporto con il dolore è cambiato. Non so, due generazioni fa la gente moriva e quindi la morte la incontravi. Invece adesso c'è una sorta di fascino del male, per poterlo rappresentare in qualche modo; per poterlo far venire fuori perché c'è qualcosa di importante da...È come se questi adolescenti proteggessero il genitore, proteggessero il dolore del genitore; è proprio una alleanza per non concepire un'alterità. Quindi siamo un po' cresciuti in questa generazione genitori-figli che hanno oscurato reciprocamente la possibilità di essere altri. Questo è molto importante.

Per esempio, anche le cure, le cure del dolore sono diverse da cultura a cultura. Ad esempio questa paziente africana; curata con i farmaci. È tornata giù nel suo paese ed è arrivato lo stregone che ha messo lo spezzatino per il demone che aveva dentro, il demone è andato a mangiare lo spezzatino e si è liberata.

La depressione ad esempio, all'interno di una cultura. La depressione nelle società tribali è vista tutta all'interno della cosmopolia, per cui i loro dei, i loro demoni. È lo sciamano quello che parla con gli dei, costruisce un dialogo che parte anche da elementi traumatici, del dolore etc.... però che interpella altri sistemi di cura.

E lavorando con gli stranieri questo lo vedi molto insomma, tra l'altro, ultimamente.

Ecco sì, è un proprio una questione centrale, questa del dolore; tra l'altro se pensiamo a tutta la questione della psiconcologia, cioè a come viene visto il lutto, il dolore

Io penso che molto spesso ci sia questa, quando si parla.

Dopo l'11 Settembre io facevo un gruppo con delle anoressiche, era un martedì.

Tra un gruppo e l'altro io andavo al bar a prendermi qualcosa, cioè di conforto. D'improvviso ho visto questa roba e dico "madonna che film, che roba strana" e invece era vero! Gli aerei dentro.

Poi nel gruppo un paziente dice "ah i terroristi, ah l'oriente che disastro... disgraziati, io vado in metro e potrebbe esserci un kamikaze vicino a me". Un'altra paziente dice "scusa ma tu quanto pesi, tu non hai paura della morte, no". Peserà 26-27 kg, una morta vivente. "Ma guarda che anche tu non hai paura della morte come loro "; una paziente molto acuta che riusciva a fare questo pensiero, collegato alla questione della corsa verso la morte, il dolore, per certi versi.

Questi nostri pazienti contemporanei a volte lo provano tanto, in attesa che venga pensato qualcosa.

Come diceva in effetti, la professoressa; pensare a un dispositivo che dia un significato a questo dolore. Perché è anche interessante fare un confronto del dolore tra occidente ed oriente, è il momento di fare questi pensieri sul kamikaze. Ci sono dei film anche interessanti su di loro.

Questo è un film, "non mi ricordo il titolo ma che posso andare a cercare", in Palestina. Questi palestinesi che andavano in Israele e si facevano esplodere, con tutta la storia della vita di questi due giovani arabi, che era una vita che non lasciava proprio speranza. Il rapporto quindi, con il dolore, con la morte e con il dolore-morte anche, come noi consideriamo la morte.

E' un tema fortissimo quest'ultimo che poi, ci può far lavorare tanto; il tema della morte.

Stefania Marinelli: Siamo alla conclusione e chiediamo.....dopo questo sfruttamento intensivo di Francesco, se possiamo stampare, se c'è materiale clinico da escludere.

Allora io penso che vorrò rileggere io stessa, molto volentieri il testo di questa lezione, conversazione molto nutriente, molto chiara.

Grazie.