

LA PSICOANALISI MULTIFAMILIARE

Relatori: Dott. Andrea Narracci, Dott.ssa Claudia Tardugno

Dott. Narracci: “Questo è un modo di lavorare con i gruppi però diverso da quello tradizionale nel senso che non si occupa solo dei pazienti ma dei paziente insieme ai loro familiari quindi sono gruppi piuttosto grandi nella concretezza, composti da tante famiglie o comunque da parti rilevanti di molte famiglie oltre che dagli operatori. Non è la classica situazione del conduttore, del co-conduttore e del gruppo che mediamente può essere inferiore o superiore a 10 unità, tendenzialmente minore. In realtà non si tratta tanto di fare confronti quantitativi quanto di ragionare sul tipo di logica un po’ diversa che è stata adottata in questa situazione. Questo modo di lavorare è nato sul campo, all’interno dell’ospedale psichiatrico di Buenos Aires in un reparto che aveva ricoverati i pazienti gravi, quindi: schizofrenici, quelli che oggi si chiamano bipolari e un tempo erano psicotici maniaco-depressivi, e alcuni pazienti borderline rappresentati da un livello di gravità inferiore concettualmente ma comunque pazienti abbastanza complicati che a volte vengono anche ricoverati. La figura di riferimento per questo approccio è García Badaracco, un argentino che si era formato in Europa, poi era tornato a lavorare a Buenos Aires ed aveva iniziato un lavoro di de-istituzionalizzazione alla fine degli anni’50. Quando si era trovato di fronte ai miglioramenti di questi pazienti, Badaracco aveva convocato i familiari per dimetterli e questo gruppo, che originariamente era un gruppo di pazienti, è cominciato ad essere un gruppo di pazienti e familiari. Poi nel corso degli anni si è reso conto che questo assetto poteva essere molto utile per curare le patologie più gravi e quindi pian piano in questi cinquant’anni, dagli anni ’58-’60 in cui questa esperienza è cominciata fino al 2010, ha mandato avanti questa linea di intervento. Noi l’abbiamo appresa, cominciata a conoscere nel 1997 in occasione della pubblicazione del primo libro che si chiamava “La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare” e l’abbiamo cominciato ad utilizzare in una comunità terapeutica quindi in una situazione in qualche modo simile cioè in una situazione di ricovero, in cui i pazienti sono ricoverati, nel senso che dormono e vivono abitualmente in quel luogo. La cosa più importante da approfondire e raccontare è un po’ il senso dell’esperienza anche avvalendomi della collaborazione di Claudia che ha soggiornato a lungo a Buenos Aires, ha lavorato con le persone più vicine a

García Badaracco e quindi può aiutarci a capire i meccanismi di funzionamento del gruppo; poi in una seconda parte, se siete d'accordo, mi interessava proporvi qualcosa a proposito della formazione anche perché è un tema di cui ci stiamo occupando, nel senso che in qualche modo in questi anni dal '97 a oggi abbiamo proceduto un po' così alla garibaldina proponendolo a chi era interessato all'interno dei servizi ma senza mai formalizzare in nessun modo i meccanismi della formazione anche se alcuni aspetti sarebbe interessante cominciare a metterli a fuoco. Allora in una prima parte parliamo del gruppo e io posso raccontare quella che è la mia esperienza che forse vi permette di comprendere anche meglio rispetto ai discorsi teorici. Noi avevamo un problema: occupandoci di pazienti gravi si è visto che, lavorando sulla relazione, lavorando sulle interazioni, per esempio nella comunità terapeutica, fornendo al paziente la possibilità di vivere all'interno di un gruppo di pari e di confrontarsi con il gruppo degli operatori, ci sono dei processi che generalmente si innescano, dei processi di cambiamento anche nei disturbi più gravi, ovviamente anche sostenuti da un trattamento farmacologico ma insomma fondati molto sulla costruzione di rapporti significativi; però quello che abbiamo visto negli anni antecedenti all'apertura di questa comunità era che molte volte le famiglie rimanevano inalterate, non venivano trattate altrettanto quanto i pazienti e dunque quando i pazienti così gravi tornavano a casa, per giunta notevolmente migliorati, con molto facilità si ricreavano le situazioni antecedenti. Allora, quando abbiamo scoperto l'esistenza di questo metodo ci sembrava molto interessante; due mesi dopo l'apertura di questa comunità abbiamo cominciato ad utilizzarlo e ben presto questo gruppo, che facevamo quindicinalmente, è diventato una sorta di contenitore in grado di dare un senso, di orientare tutta l'attività della comunità. In qualche modo io e la mia collega, presi dall'entusiasmo, ci siamo immersi in questa esperienza senza delle cognizioni così approfondite; avevamo conosciuto questo metodo attraverso un seminario, avevamo visto questo video e niente di più ma nonostante ciò imparare a gestire questo gruppo è stato, non voglio dire facilissimo, ma neanche così difficile per due motivi in realtà: il primo è che le idee alla base di questo metodo sono idee molto semplici, sono per certi versi la messa in pratica di alcuni concetti per buona parte psicoanalitici e per altri versi anche di un contributo importante di tutto l'aspetto relazionale, in particolare della teoria dei sistemi di cui già eravamo abbastanza a conoscenza; il secondo motivo credo che sia legato al fatto che in questi gruppi si crei un ambiente di lavoro molto naturale in cui per certi versi si riproduce la modalità di funzionamento dei rapporti tra le persone, un ambiente di lavoro molto più vicino alla realtà che non in

qualsiasi altro contesto terapeutico; si riproduce sostanzialmente una situazione che magari oggi nelle città è molto difficile ma nei piccoli centri non credo sia impensabile ovvero una situazione in cui alcune famiglie si riuniscono per discutere di un problema. Questo è un po' un punto da mettere a fuoco ovvero il fatto che non stiamo creando un contesto specialistico individuale, del gruppo familiare o del gruppo di pazienti omogenei che poi di fatto mettono in piedi una realtà che non trova riscontri nel realtà esterna; questa situazione, invece, per certi versi è più semplice dal punto di vista del riuscire a starci dentro anche per le persone che vi partecipano e direi anche per gli operatori e cercheremo anche un po' di spiegarvi perché. In questi gruppi, la naturalezza è uno degli obiettivi da raggiungere ma per certi versi è anche molto facilitata all'interno di questo contesto cosa non sempre così facilmente ottenibile in altri contesti. Questo modo di lavorare si basa su alcune idee, come dicevo, soprattutto psicoanalitiche che partono da un'idea, uno dei concetti base, ovvero che all'inizio non esiste una differenziazione, nel senso che si parte da una situazione simbiotica nella quale non c'è distinzione tra la madre e il bambino. I processi di costruzione della personalità sono processi che hanno delle tappe ma che non sempre si verificano; si potrebbe far riferimento al passaggio dalla fase schizoparanoide alla fase depressiva se si volesse utilizzare una dizione Kleiniana ma più in generale si parla di un processo di differenziazione progressivo. Questo approccio fa appunto riferimento a quest'ipotesi psichiatrica cioè che nei disturbi gravi la fase di separazione-individuazione, tutto questo processo che si mette in moto in termini molto precoci e poi si sviluppa progressivamente, in realtà non si sia messo in moto o comunque si sia inceppato e che il futuro paziente non sia riuscito a costruire una propria personalità. García Badaracco parla infatti di "identificazioni patologiche e patogene" e del fenomeno delle cosiddette "interdipendenze" cioè il figlio generalmente rimane particolarmente legato o ad uno o ad entrambi i genitori e finisce più per corrispondere alle aspettative di questo genitore da non riuscire a costruire una propria personalità e quello che succede nello stesso tempo è che questa situazione si propone come abbastanza difficile da vivere e ad un certo punto si manifestano le crisi psicotiche; queste crisi, però, da questo punto di vista, non sono viste in maniera tradizionale come l'inizio del manifestarsi di un disturbo ma come, nonostante sicuramente da un lato il paziente sta male e soffre, anche un tentativo di rompere la situazione nella quale era rimasto fino a quel momento, quindi per certi versi la crisi viene un po' rivista come concettualizzazione e viene pensata come un tentativo di innescare un

processo di individuazione che in realtà fino a quel momento il paziente non aveva avuto la capacità di innescare. Il gruppo si basa molto su quest'idea ovvero sul fatto che in qualche modo le persone siano, i pazienti in particolare, ma poi vedremo che questo processo è reciproco, abitati dai genitori e poi che anche i genitori sono abitati dai figli; García Badaracco usa proprio questa dizione. Dunque, in qualche modo il processo che bisogna innescare è quello di far sì che ognuno rientri dentro di sé e si occupi soltanto di sé e che quindi questi legami così intensi si affievoliscano mano a mano che avviene la partecipazione al gruppo, in modo tale che ognuno trovi la maniera di entrare in contatto con aree e aspetti di sé che fino a quel momento o non aveva potuto esperire o da molto tempo non riusciva più ad avvicinare. L'aspetto interessante secondo me e innovativo rispetto alla tradizione sia psicoanalitica che relazionale è che questo è un fenomeno reciproco perché in effetti poi i pazienti tendono ad abitare nei propri genitori e quindi ci si trova di fronte, nel momento in cui il fenomeno patologico è in corso, a delle situazioni nelle quali entrambi si comportano l'uno nei confronti dell'altro con lo stesso stile. Si tratta, quindi, di innescare processi che permettano al genitore di non seguitare a vivere al posto del figlio e per certi versi anche di richiedere al figlio di smettere di intervenire in maniera molto perentoria. Se tutto questo si mette in moto, secondo la visione di García Badaracco e le persone che hanno proseguito il suo lavoro, è possibile avvicinarsi diciamo a quella che Badaracco definisce "virtualità sana".

Dott.ssa Tardugno: "Buongiorno a tutti, continuando quello che diceva il Dott. Narracci il tema fondamentale di questo approccio è lo scoprire questa "virtualità sana". Io farei un focus anche su quello che riguarda l'operatore che sta in un gruppo multifamiliare. Il gruppo multifamiliare è una microsocietà in cui tutti stanno lì e sono sullo stesso livello, uno dei concetti fondamentali, per esempio, che diceva Badaracco, è non pretendere di avere ragione; questo aspetto fondamentale però vale per i genitori o per i figli come anche per gli operatori.

Una delle cose più forti che io personalmente ho esperito su me stessa quando sono andata a fare questa esperienza con loro era che uno entra nel gruppo come operatore, come psichiatra, psicologo, operatore..., però anche come figlio, genitore eventualmente, insomma con tutte le sue parti, all'interno di questi gruppi enormi (quello che si faceva all'interno della Società Psicoanalitica arrivava anche a 100 persone tra operatori e familiari). In questi gruppi operatori e famiglie partecipano attivamente facendo un'esperienza in vivo, sia gli operatori che possono farla su se stessi e vedere

le interazioni delle famiglie in azione così come la fanno anche i genitori con i figli.

E' un aspetto fondamentale della formazione intesa proprio come dare forma ad un pensiero, ad un vissuto, non come un aspetto solo teorico ma è un aspetto in cui l'operatore può entrare ed esprimere quel cambiamento anche su se stesso sia in modo attivo sia in modo silenzioso con quello che Badaracco definiva il "cambiamento silenzioso" e vale anche per le famiglie. Ci sono, per esempio, famiglie che partecipano a lungo ad un gruppo multifamiliare senza mai proferire parola e dopo mesi iniziano a parlare, in quel momento ci si rende conto che quelle persone, quelle famiglie, quelle madri, quei padri, quei figli hanno fatto un cambiamento notevole perché hanno avuto la possibilità di rispecchiarsi all'interno di altre dinamiche di altre famiglie e hanno attivato un processo interno che poi ha portato ad elaborare tutta una serie di cose personali, vissuti, che possono esplicitare successivamente.

Il gruppo multifamiliare, è una microsocietà, una realtà in cui si può parlare di tutto, è una situazione naturale in cui ognuno può mettere in campo quello sente.

Nel primo convegno del laboratorio Italiano di psicoanalisi multifamiliare, che si è svolto a Novembre 2014, una delle domande che veniva posta era "Ma nel cambiamento arriva prima il pensiero o il vissuto all'interno del gruppo multifamiliare?" Il cambiamento è un po' una cosa che parte dal vissuto che probabilmente si attiva prima e la persona, all'interno di questo cambiamento, che può essere un cambiamento silenzioso, inizia a processare anche a un livello di pensiero.

All'interno del gruppo si parte da una posizione in cui non si sa quello che pensa l'altro esattamente come ci auguriamo possano fare anche i genitori che inizialmente partono dall'idea che sanno già quello che è giusto per il figlio, sanno già quello che il figlio pensa, sanno tutto per il figlio e il figlio non può, inizialmente, ribellarsi, ha prima bisogno di sentire che il gruppo può supportare il genitore. All'interno poi dell'interdipendenza genitore-figlio, nel momento in cui il figlio sente che anche il gruppo sostiene i genitori, allora può iniziare a denunciare tutta una serie di realtà che prima non poteva dire. All'interno di questo processo un'altra questione di cui parlava, come elemento critico, Badaracco è il momento in cui la persona si rende conto che è un altro separato dal genitore e questo è un momento molto critico perché la

persona può sentirsi disorientata, non sapere proprio dove poggiarsi perché deve scoprire la virtualità sana che in quel momento non è manifesta. In questa fase è fondamentale che si possa supportare sia la famiglia che il paziente.

Tutto questo processo avviene sia per la famiglia che per l'operatore che è all'interno del gruppo multifamiliare, che fa un'esperienza di sé, dei propri vissuti e vede i processi messi in atto dalle famiglie; è importante l'operatore abbia una conoscenza di sé, ma il gruppo rappresenta per l'operatore la possibilità di fare un percorso personale all'interno del gruppo stesso anche rispetto alla propria famiglia, alla propria relazione genitoriale e alla propria relazione con i figli.

Il gruppo multifamiliare attualmente in Italia è molto più utilizzato per tutta l'area psicotica, però è uno strumento che può essere usato nelle varie realtà. A Buenos Aires c'è una realtà, una "scuola per genitori" dove ci sono delle famiglie che non hanno dei figli necessariamente psicotici che però creano, appunto, questa microsocietà in cui, come diceva il Dott. Narracci prima, ci si può confrontare come una comunità, in cui si può andare e affrontare dei problemi più legati, per esempio, alla genitorialità.

L'aspetto che vorrei sottolineare è l'importanza della complementarietà all'interno della formazione che avviene attraverso la partecipazione al gruppo multifamiliare e lo studio e ricerca delle basi teoriche della psicoanalisi multifamiliare. La parte esperienziale all'interno del gruppo riesce a far vedere realmente cos'è l'interdipendenza patologica e patogena, che magari è chiara sul piano teorico, ma vivendola e vedendola così come si sviluppa nelle famiglie, vivendola in prima persona è sicuramente più facile da comprendere.

Ricordo che in uno dei gruppi di Buenos Aires c'era qualche operatore che partecipava al gruppo, nei momenti magari critici della propria vita, parlava di questo aspetto più personale senza confondere però i livelli, si manteneva chiaro il livello nonostante la condivisione permettesse di fare anche un passaggio più personale e più profondo.

La partecipazione ad un gruppo multifamiliare è una partecipazione fondamentale per questa esperienza profonda personale.

Se ritorniamo su un piano più teorico, Badaracco metteva molto una luce su quello che era invece il rischio della formazione più strutturata e più classica;

in uno dei suoi articoli, che ha presentato ad un convegno presso l'Associazione Psicoanalitica, parlava del rischio che questa interdipendenza patogena e patologica si potesse creare anche negli istituti di formazione dove il docente può creare una sorta di legame di interdipendenza patogena con la persona che sta lì per formarsi.

Nel gruppo multifamiliare, si parte dall'idea che tutti possano mettere in condivisione e che il gruppo cerca comunque di non creare queste interdipendenze ma anzi di lavorare sull'interdipendenza, permettendo alla persona di scoprire quella che è la virtualità sana personale. Coinvolgendo anche le famiglie, non vedendo il paziente come elemento malato e l'operatore o la famiglia come colui che sa, si può passare da un'interdipendenza patogena a una relazione sana; allo stesso modo, all'interno del processo formativo è importante creare relazioni sane tra i membri del processo formativo.

Il gruppo e la psicoanalisi multifamiliare abitua le persone ad ascoltare ma ad ascoltare in modo empatico che è una delle cose più difficili perché nel momento in cui una persona inizia a pensare che non ha ragione e non parte dalla posizione di chi sa, deve mettersi, in modo più profondo, nella relazione con l'altro e questo consente all'altro di sentirsi accolto. La dinamica in cui i genitori sanno quello che va bene per i figli e quello che non va bene, per esempio: "Ma lei non lo sa, io conosco mio figlio quindi so che è così così così etc" descrivendo un figlio in modo assolutamente malato, patologico, negativo, già solo sul piano verbale ingabbia ancora di più quel figlio in quel ruolo; allora è importante partire dalla posizione in cui il genitore può iniziare anche ad ascoltare il figlio su tutta quella che è la parte più vitale, sana, non patologica, mettendosi un po' da parte e permettendo anche al figlio di venir fuori, iniziando a lavorare su questa relazione, su ascolto e rispetto.

I figli in genere però possono attivare un senso di protezione nei confronti dei genitori all'interno di questa relazione che può attivare a sua volta dei pensieri profondi come "non posso perché altrimenti potrei danneggiare l'altro" (per questo prima dicevo che è fondamentale che il figlio possa sentire che all'interno del gruppo il genitore è accolto in modo non giudicante); noi non parliamo mai di colpa, non c'è mai la colpa dell'uno o dell'altro ma ci sono una serie di circostanze che hanno portato a sviluppare quella relazione in quel modo dove non è potuto entrare un terzo ed è rimasta la situazione simbiotica. Allora per questo è importante supportare anche la madre o comunque la figura significativa che ha stabilito questa relazione simbiotica

con il figlio e permettere all'altro genitore di entrare iniziando a fare questo ingresso del terzo attraverso il gruppo; questo è fondamentale per creare un'apertura all'interno di questa relazione e permettere al figlio di venire fuori supportandolo in quel momento più critico che è anche uno dei momenti in cui è a maggior rischio di suicidio, ovvero quando c'è una maggiore differenziazione tra le parti e il figlio è in questo stato in cui non è più simbiotico con il genitore e si trova ad essere.

Detto ciò, un altro aspetto importante è che a volte ci sono degli "specialisti del non cambiamento" che sono delle persone che non riescono ad uscire da questa relazione simbiotica. Badaracco si è più volte scontrato con una madre di un paziente che era una specialista del non cambiamento; questa donna da anni in terapia multifamiliare, faceva terapie di vario tipo ma non è riuscita a fare il passaggio in cui vedeva realmente il figlio, purtroppo dopo anni il figlio non ce l'ha fatta e alla fine si è tolto la vita e questa donna è rimasta sulla sua posizione; questi erano coloro che Badaracco definiva appunto "specialisti del non cambiamento".

Per quanto riguarda quello che accade nel gruppo, in questa dinamica naturale, in questo contesto che è naturale, un altro fattore è che il gruppo inizia con ciò che viene portato in quel gruppo, ovvero non è un percorso in cui una persona parla e riprende sempre lo stesso tema o riprende il gruppo precedente; ovviamente il contesto fa da cornice ad alcune dinamiche, ovvero se il gruppo si fa in una comunità terapeutica, se si fa in un CSM piuttosto che in un'altra realtà; dobbiamo sempre considerare l'aspetto del "dove" si fa il gruppo, mantenendo però la natura essenziale, ovvero il gruppo è un gruppo aperto ed eterogeneo, condizioni fondamentali del gruppo di psicoanalisi multifamiliare".

Dott. Narracci: "Una cosa che si può fare per aiutarvi a comprendere meglio questi concetti teorici è raccontare un'esperienza clinica. Come dicevo prima, noi abbiamo cominciato a fare questi gruppi anche nei centri di salute mentale che in genere sono vicini ai centri diurni; il centro di salute mentale è più un lavoro di tipo ambulatoriale, domiciliare mentre nel centro diurno ci sono dei laboratori per i pazienti, sono come delle comunità diurne in cui si costruisce un gruppo di pazienti e si lavora sulle relazioni attraverso la partecipazione a laboratori che sono di vario genere o più ricreativo o più verso qualche cosa di artigianale, di professionale, e ultimamente questo modo di lavorare è stato portato anche in ospedale, nei servizi psichiatrici di

diagnosi e cura, in situazioni di ricovero quindi di crisi acuta e questo perché in realtà io il primo gruppo a cui ho assistito quando sono andato a Buenos Aires ormai 10 anni fa si teneva esattamente nell'area di accettazione dell'ospedale psichiatrico quindi era un luogo diciamo abbastanza simile, un po' più grande come numero di letti ma insomma abbastanza simile a quello che è un servizio psichiatrico ospedaliero in cui sicuramente le persone stanno male però la cosa che a me sembra interessante è che nonostante stiano male poi in realtà se qualcuno prova a parlarci le persone generalmente sono disponibili a parlare; noi abbiamo fatto l'ultimo gruppo che si tiene il lunedì a cui assiste la collega, era un gruppo in cui hanno partecipato 12 pazienti su 14 che non è una cosa che si verifica sempre perché alcuni stanno a letto, alcuni non si alzano, non so se avete presente la realtà del reparto psichiatrico diagnostico.

Una storia tipica di una presa in carico di una paziente che mi viene in mente per cercare di farvi capire è la storia di una ragazza di cui all'inizio vennero esclusivamente i genitori a raccontare la situazione: questa è una ragazza che in quel momento credo avesse 27-28 anni, stava male da quando ne aveva 17-18, aveva seguito già tutta una serie di trattamenti sia farmacologici sia psicoterapici, sia individuali che familiari, senza praticamente nessun esito con il risultato che stava a casa e che i genitori somministravano una terapia farmacologica di nascosto; purtroppo non è una situazione infrequente nei casi di disturbi gravi. Piano piano lavorando e partecipando al gruppo questi genitori hanno cominciato a potersi immergere in quello che succede nel gruppo; in questo tipo di gruppi succedono alcune cose, ci sono dei fenomeni, delle regole di fondo a cui si chiede di attenersi, in primis non pretendere di avere ragione ma accettare che l'altro possa avere un pensiero diverso dal proprio; questa sembra una cosa ovvia ma in questo tipo di situazioni familiari patologiche non è affatto ovvio perché tendenzialmente una situazione che si crea è una situazione in cui in realtà ognuno pretende di spiegare all'altro quello che deve pensare e comunque il tentativo è, come dicevamo prima, di influenzare in maniera significativa l'altra persona. Dunque questa è la prima regola che cambia e se volete è una regola che fa riferimento al modello relazionale nel senso che anche nella terapia della famiglia si lavora sostanzialmente con questa idea; l'osservazione iniziale da cui partirono tutti i lavori o buona parte dei lavori in ambito sistemico è quella dell'osservazione del comportamento dello schizofrenico all'interno del suo contesto osservazionale data da Bateson che affermava appunto che, se osservato all'interno del contesto relazionale di vita, il comportamento dello

schizofrenico non era affatto incomprensibile, come la psichiatria ha sempre dichiarato; questo per dire che l'idea di restituire in qualche modo ad ognuno la possibilità di raccontare il proprio vissuto non può essere dato per scontato in queste situazioni anzi molte volte si assiste con grande facilità al fatto che se uno si rivolge a un figlio il genitore si sostituisca a lui perché più rapido, mentre magari il figlio tituba, non risponde immediatamente, è indeciso o non si sente di parlare davanti ad altre persone e il genitore entra e comincia parlare. Questa è una delle prime cose che bisogna con tatto, senza contrapporsi possibilmente, cercare di far notare anche dal gruppo; io l'ho fatto ieri in una comunità terapeutica intensiva che si occupa di pazienti giovani, ad un certo punto una madre è intervenuta cominciando a parlare del fatto che la figlia un anno prima avesse un fidanzato e questo fidanzato non andava bene e a me è venuto spontaneo dire “signora ma lei è sicura che sua figlia abbia voglia di parlare davanti a tutte le altre persone che fanno parte di questa comunità, tutti i familiari , tutti gli operatori di questo fatto che riguarda sua figlia?”, la madre lì per lì è rimasta come disorientata, come se lei stesse parlando di qualcosa che appartenesse anche lei , che non riguardasse la vicenda di sua figlia; questo è il meccanismo fondamentale cioè la capacità di riuscire a considerare l'altro come distinto o separato e in queste situazioni non è così dunque bisogna lavorare per aiutare le persone a rendersi conto che viceversa si può arrivare a vivere in una situazione in cui l'altro è distinto e separato. Non so se voi immaginate una situazione simile in cui o la madre o il padre inizia a raccontare un fatto intimo o la storia che voi avete avuto con un'altra persona fino a due anni prima bè penso che ognuno è in grado di lanciare dei segnali alla propria madre o al proprio padre come per dire “ bè scusa prima di metterti a parlare pubblicamente di qualcosa che mi riguarda...”, questo è considerato normale e forse un genitore nemmeno lo fa, forse chiede prima il permesso di poter far cenno a questa vicenda per far capire il suo stato d'animo ma questi passaggi non ci sono in tali situazioni, si comincia a parlare dell'altro come fosse un pezzo di sé perché siamo di fronte ad una situazione simbiotica. Dunque gli interventi tentano di costituire una situazione, di indurre le persone a riflettere su questi automatismi e questo non è un fatto di secondo ordine perché in queste situazioni le persone cominciano a rendersi conto della situazione nella quale si trovano che è una cosa molto difficile da fare.

Vi raccontavo di questa ragazza la quale era ormai considerata come dire un'appendice che andava trattata di nascosto e non aveva nessuna voce in capitolo rispetto alla propria vita e al proprio orientamento. Piano piano i

genitori hanno cominciato a confrontarsi con gli altri nuclei e a rendersi conto che i fenomeni che a loro sembravano normali, tanto da non distinguerli, in realtà forse così normali non erano e che non erano l'unico modo in cui potersi comportare nei confronti del proprio figlio.

Ecco il punto è mettere in moto in questo caso un processo di rispecchiamento e rispetto ad altre situazioni questo è molto facile perché concretamente può avvenire; le persone possono partecipare a questo fenomeno, ascoltare e vedere cosa accade in un altro nucleo familiare che riproduce qualcosa di simile anche se inevitabilmente diverso in qualcosa rispetto a quello che accade a casa propria; il gruppo multifamiliare è molto facilitante relativamente a questo processo rispetto ad altri tipi di setting; per esempio la situazione analitica, che si basa tutta sul transfert quindi sulla costruzione di una relazione terapeutica specifica con un analista, si basa sulla costruzione di un rapporto di una tale intensità per cui i tratti significativi delle relazioni più importanti che il paziente ha costruito nella sua vita poi vengono in qualche modo riproposte nella relazione con il terapeuta e il terapeuta quando questo si verifica può interpretare il transfert e rendere conto al paziente del tipo di relazione che lui aveva stabilito in quel caso, rispetto a quel particolare frangente, con il proprio genitore o una figura significativa; tutto ciò non permette il rispecchiamento nonostante rimanga un meccanismo importantissimo, una pietra miliare assolutamente per il discorso del transfert e del controtransfert, per il vissuto suscitato nell'operatore che poi guiderà l'operatore nelle sue interpretazioni. Quello su cui dobbiamo porre attenzione però è che questo meccanismo di basa su un processo simbolico che fa riferimento a delle capacità molto raffinate del funzionamento mentale che nei disturbi più gravi vengono molto offuscate per non dire sostanzialmente perdute, non per sempre, però a livello funzionale non ci sono. La possibilità di fare un'interpretazione per cui un analista dice a un paziente "lei in questo momento mi sta dicendo qualcosa che assomiglia a qualcosa che è accaduto, mi fa pensare che questo stesso tipo di situazione lei l'abbia vissuto in un altro momento con sua madre" necessita del processo simbolico che nella schizofrenia e nei disturbi psicotici non è funzionante con questa agilità perché ci vogliono delle qualità del funzionamento della mente che nei disturbi gravi sono perdute anche se momentaneamente; queste capacità infatti non sono perdute per sempre come la psichiatria un tempo affermava tanto che la schizofrenia si chiamava "dementia praecox" e si pensava che fosse l'inizio di una demenza; questo non è vero affatto, le persone mantengono le loro capacità ma vivono in un

ambiente in cui nessuno le utilizza, non solo non le utilizzano i figli ma non le utilizzano nemmeno i genitori per cui per i genitori è difficilissimo rendersi conto, non solo per il figlio, della situazione nella quale sta; è un processo estremamente complicato e difficile. Il processo di rispecchiamento nei gruppi multifamiliari permette di rendersi conto di quello che accade anche all'interno della propria famiglia e questo avviene attraverso la presenza di transfert che non sono così diretti, che non sono così intensi perché il gruppo, questo penso che è un'esperienza comune ognuno di voi avrà partecipato ad esperienze di gruppo anche con gli amici in adolescenza, è una situazione che concede la possibilità di far sì che i rapporti siano un po' meno intensi un po' più facilmente vivibili cioè ci sono dei livelli diversi a cui avvengono le interazioni; il gruppo può permettere la costituzione di "transfert multipli", per esempio uno dei fenomeni che avviene tipicamente nel gruppo di psicoanalisi multifamiliare è che un genitore riesca a parlare non con il proprio figlio ma con il figlio che appartiene ad un altro nucleo o viceversa cioè le persone possono improvvisamente scoprire che sono in grado ancora di parlare con l'omologo di un altro nucleo mentre risulta difficile o difficilissimo parlare con il proprio figlio o viceversa; allora anche questo è un fenomeno molto interessante rispetto alla questione del riappropriarsi delle proprie capacità. Il punto centrale è che se un individuo è immerso in un legame di interdipendenza patologica e patogena è molto difficile tirare fuori e utilizzare aspetti di sé funzionanti se in qualche modo questi legami non si attenuano e nel gruppo questo generalmente si può a mano a mano ottenere permettendo di utilizzare delle parti funzionanti di sé, tra cui per esempio proprio quella di riuscire a rispecchiarsi in un altro nucleo o riuscire a interloquire con qualcuno in un'altra famiglia corrispondente alla propria e con cui nella propria famiglia ciò risulta impossibile; questi non sono fenomeni di second'ordine sono fenomeni molto importanti in realtà da sperimentare perché le persone è come se ricominciassero a pensare, cosa che nelle condizioni psicotiche, in particolare nella schizofrenia, risulta molto difficile, infatti avrete studiato tante volte in questi anni che il pensiero diventa concreto e non c'è più la capacità di passare da un livello all'altro di funzionamento e questo rende difficile far riferimento alla capacità di rappresentare; tutta la funzione transferale (a parte l'ultimo filone teorico che si riferisce a quello che di concreto accade tra analista e analizzando) implica la capacità di simbolizzare, la capacità di utilizzare le rappresentazioni che in questi pazienti sparisce funzionalmente del tutto. Allora il gruppo offre questa possibilità e questa può essere di grande aiuto e, come diceva Claudia prima, è anche molto importante la funzione di "terzo"

perché in queste situazioni il terzo non c'è mai stato. Queste sono situazioni nelle quali la possibilità che queste due persone si riconoscessero, che, come sapete, in uno sviluppo normale è anche legata ad una funzione determinante del terzo, non si è mai verificata. Allora all'inizio sono i terapeuti, ma col tempo è il gruppo stesso a fungere da terzo. Il gruppo che funziona bene è in qualche modo un gruppo in cui gli interventi di tutti i componenti si susseguono senza che sia l'operatore a condurre o a intervenire continuamente perché il tentativo è quello di costruire una situazione che assomiglia a un'assemblea ordinaria in cui, come si diceva prima, da un lato si chiede di non pretendere di avere ragione e dall'altro si chiede rispetto. C'è la regola che quando uno parla gli altri ascoltino, se possibile con attenzione e sostanzialmente si prenotino per intervenire. Una cosa che va evitata invece è che si costituisca una situazione di dialogo. Avvengono sempre nei gruppi dei momenti in cui qualcuno risponde a qualcun altro però non è questo il modo in cui il gruppo dovrebbe svilupparsi. Per quanto possibile, questi fenomeni ripropongono sempre un funzionamento più di livello secondario, cioè più logico e razionale, mentre un susseguirsi di interventi secondo prenotazione inevitabilmente produce il ricorso ad associazioni libere. Ad esempio, se io mi prenoto mentre ascolto un discorso e intervengo dopo altre 3-4 persone non intervengo più soltanto su quella cosa che mi era venuta in mente, ma inevitabilmente associo anche altri aspetti. Questo, invece di essere un problema è un arricchimento fondamentale della situazione; quello che noi cerchiamo è il fatto che il gruppo si sviluppi ed abbia la capacità di funzionare in questa maniera perché più funziona in questa maniera più la questione del sentirsi competente ad intervenire in qualche modo si riduce e scompaiono le differenze. Come la differenza fondamentale tra un genitore che pensa di sapere tutto e un figlio divenuto non in grado di esprimere ormai il proprio stato di grave pericolo e così il proprio parere si attenua e per certi versi, anche all'operatore viene proposto di funzionare nella stessa maniera. Ciò non è proprio semplicissimo perché noi costruiamo la nostra identità anche sul fatto di sapere delle cose e di saper intervenire in determinate situazioni. Non è che passi più attraverso questo tratto fondamentale, perché uno non deve più sentirsi nella posizione di sapere e quindi di interpretare e di spiegare, quanto invece in quella di facilitare il fatto che le persone si confrontino in tutti i modi, attenendosi alle regole ed intervenendo in maniera il più possibile spontanea nelle situazioni e questo dal punto di vista della formazione ha una sua importanza; sarebbe molto interessante se ci fermassimo a sentire cosa pensate perché fino ad ora siamo stati in una

situazione in cui noi abbiamo raccontato perché conosciamo questa cosa, voi invece non la conoscete ma sicuramente qualche impressione ve l'ha fatta”.

Prof.ssa Marinelli: “Non è facile capire la natura di questo dispositivo da parte di chi come me ad esempio lavora come conduttore da solo in gruppi terapeutici o di formazione e mi chiedevo se può fare da ponte questa piccola osservazione. Per esempio io vorrei riportare un'esperienza che ho avuto: al primo gruppo che facevo, facevo anche una supervisione e mi fu detta la seguente cosa: entrò nel gruppo una paziente molto concreta e molto bulimica, ma anche molto obesa e filosofa, quindi con la tendenza ad usare un pensiero astratto e non poter mai comunicare su un piano diverso e contenuti emotivi più personali, più soggettivi e diretti e il gruppo che lavorava da tanti anni reagì molto a questo ingresso e la paziente si trovava male. Io mi accorsi velocemente che non le si poteva parlare in modo diretto, cioè non le si poteva proporre nessun tipo di discorso che la riguardasse o quanto meno di qualcosa che avesse il carattere di interpretazione oggettivante. Del resto nel gruppo non si usa, perché si preferisce riferirsi al campo comune e allo stato mentale comune. Comunque lei sembrava sottrarsi, allora il supervisore mi diede un consiglio estremamente utile che io intuitivamente intendevo praticare, cioè mi disse di non fare niente di diretto a lei ma parlare con gli altri del gruppo, si parlava al gruppo, o si parlava agli altri del gruppo anche avendo in mente lei. Allora io mi chiedevo se questa funzione che l'analista e il gruppo svolgevano e che lei sentiva, sia inerente a ciò di cui parlate. Nel caso che ho accennato questa cosa portò risultati sorprendenti, poiché la paziente non solo si sentiva legata al gruppo e si sentiva farne parte ma addirittura diventò il diario di bordo onirico del gruppo, cioè lei aveva la capacità di sintonizzarsi se non troppo segnalata, non troppo vista dal gruppo e non troppo interpellata direttamente, sviluppava una funzione attiva. Mi chiedevo se è possibile dire dal punto di vista del dispositivo che voi oggi ci state portando se è possibile dire qualche cosa da questo punto di vista di questa funzione, perché voi avete parlato più di questo figlio che da una cosa poi si riferisce al figlio di un altro, mi chiedo se pensate che si possa associare questa funzione o se invece il dispositivo prevede un altro tipo di campo”.

Dott.ssa Tardugno: “Una cosa fondamentale è che nel gruppo di psicoanalisi multifamiliare si fanno ipotesi generali, cioè non interventi diretti, non dialoghi, ma parlare in modo generale così che chiunque possa riflettere sulla propria storia personale, così facendo si abilita, in modo non diretto, chiunque a poter intervenire su quello che è stato detto. Su questo poter abilitare per esempio una cosa importante è, anche, ciò che Badaracco

chiamava il potere dello sguardo, cioè lui guardava molto anche le altre persone, in modo curioso e non interrogatorio, però a rendere tutti partecipi appunto rispetto alla possibilità di parlare di se stessi e della propria storia”.

Dott. Narracci : “Sì questo senz’altro rispetto a quello che diceva la professoressa, questo è proprio uno dei punti fondamentali cioè a far avvenire l’incontro con l’altro anche se l’altro non è così disponibile apparentemente, anche se in realtà la ragazza era molto presente seppur non dichiarata. Mi viene in mente la storia della presenza di un paziente che veniva al centro dove lavoravo e che aveva la diagnosi di Autismo che però partecipava al gruppo che diciamo gravitava intorno al centro diurno ed era un paziente, che sulle prime era completamente assente anche con lo sguardo non solo nella parola, invece poi piano piano cominciò ad intervenire parlando delle sue paure a proposito degli eventi atmosferici. Un giorno che era particolarmente brutto il tempo, mi disse che aveva molta paura dei tuoni e naturalmente nessuno capiva il senso di questa cosa, perché sembrava del tutto incomprensibile; dopo un ulteriore periodo di tempo io cominciai a capire che lui quando interveniva e parlava attraverso questo linguaggio, in realtà parlava di ciò che stava avvenendo nel gruppo. Dopo un po’ di tempo ancora, quando io non sapevo che dire in questo gruppo mi rivolgevo a lui per vedere cosa aveva capito che stava succedendo nel gruppo. Allora quando ripenso a questa cosa, perché adesso non lavoro più a questo gruppo nonostante lui partecipa, rivedo gli altri pazienti e per certi versi anche gli altri genitori che non siano in una condizione molto diversa da questo paziente perché molte volte si viene in questi gruppi con l’idea di un posto in cui sicuramente sarà difficile esprimersi, nessuno ti capirà. Perché fondamentalmente chi vive in queste situazioni sta male senza sapere perché sta male, senza averlo chiaro. Credo che quando le persone cominciano a capire che ci può essere un posto in cui qualcun altro ha vissuto delle esperienze simili, è in grado di comunicare diciamo questa presenza empatica dell’operatore. Una delle cose su cui insisteva Badaracco era quella di comunicare la possibilità che qualcuno possa contare su qualcun altro, cioè che l’operatore non sia un agente così asettico. Allora pian piano si può creare una situazione nella quale il denominatore comune è quello di farsi delle domande non tanto darsi delle risposte, ma costruire una situazione nella quale ognuno può cominciare a chiedersi delle cose che gli capitano o le cose che capitano tra lui ed un’altra persona com’è che capitano. Non dico addirittura perché, perché ci vuole un lungo lavoro ma com’è che si verificano.

Nel video che ho portato c'è un tratto di un gruppo del CSM che ha fatto un'esperienza ricca, a cui partecipano 40 persone e c'è un gruppo di conduttori, ormai costituito da 4 operatori. È un'esperienza che va avanti abbastanza bene e un mio collega, che si chiama Antonucci, dice che in realtà secondo lui in queste famiglie accade che qualcuno si senta come di dover fare delle cose, rompere degli schemi, è come se in queste situazioni c'è una persona che a un certo punto fa qualche cosa e magari lo fa proprio perché il genitore non è stato capace di farlo e si ribella o comunque risente di un clima dal quale è nato un vissuto, e poi sono intervenute un paio di persone che non hanno fatto interventi così significativi. È sempre difficile concentrare un video perché l'attenzione dura poco e vederlo più di 20 minuti è impossibile e quindi abbiamo montato l'intervento di un ragazzo che è un classico paziente di questi molto difficili da gestire, diciamo uno psicotico di 35 anni circa, con una lunga storia alle spalle, che ha cominciato a raccontare che "sia i genitori che i figli sono immaturi, forse i genitori più dei figli, e quello che succede è che un genitore per aiutare il figlio invade il suo territorio". Sembrava la descrizione delle interdipendenze patologiche patogene. Si invade il suo territorio a quel punto il figlio reagisce. E lì si creano le incomprensioni. Ricoveri, le persone stanno male. Allora a un certo punto deve intervenire una sorta di perdono, di disponibilità a comprendere l'uno le ragioni dell'altro, sempre risintetizzando al massimo. Se questo fenomeno si verifica allora si torna a vivere in armonia, non c'è più bisogno diciamo della psichiatria. Dopo l'intervento di questo ragazzo, è intervenuta una donna, sulla sessantina, che non era mai intervenuta e io avevo visto più volte. Questa donna ha incominciato a raccontare la sua storia, il rapporto con sua figlia. Lei ha una figlia che addirittura è emigrata in un altro continente perché aveva un livello di conflittualità insostenibile, con la patologia borderline, e lei racconta del periodo, comincia a raccontare questa donna in questo gruppo, immaginate un gruppo più o meno come le persone che ci sono adesso in quest'aula, e comincia a parlare del fatto che lei perse intorno ai 26,27 anni la madre, che morì di una malattia, e del fatto che il padre non si era mai ripreso da questo. Cioè non aveva mai elaborato questo lutto. Tant'è che piano piano quell'uomo attivo a cui lei era molto affezionata, molto sensibile, come era molto affezionato alla madre, si cominciò a ritirare, e poi a stare male: lei nel frattempo si fidanzò, rimase incinta. Però proprio mentre lei portava avanti la gravidanza insomma, questo padre stette sempre peggio, tanto da arrivare direi a riuscire a morire lo stesso giorno in cui lei partorì questa figlia. Quindi raccontò questa vicenda insomma non usuale. Adesso non è che le cose vanno sempre così però. E raccontò diciamo proprio di come lei lasciò questa

bambina per andare al funerale di questo padre che era morto in montagna di crepacuore. E poi fa un commento del tipo : "io poi stavo bene perché quando mia figlia era piccola stavo bene ma ero sempre triste. Avevo dentro di me qualcosa, e mia figlia ogni tanto mi diceva <<mamma ma che hai>>?". Quindi lei è riuscita a ricostruire la vicenda si è resa conto di come lei era stata con questa figlia quando la figlia era piccola, di come (è ovvio non è che è facile da dire) c'è una relazione chiara allora con la patologia della figlia. Io credo che sia molto importante, e forse è uno dei risultati più importanti, quando anche i genitori, e non solo i figli, cominciano a farsi delle domande, e a chiedersi da un lato come loro hanno vissuto il processo di crescita nella relazione con i propri genitori, ma dall'altro come stavano quando hanno procreato dei figli. Successivamente a questo passaggio nel gruppo io l'ho incontrata, un po' di tempo dopo la figlia, era ritornata da quest'altro continente in cui vive, per un breve periodo; la signora mi ha raccontato che aveva cominciato a parlare con la figlia di queste cose, cose di cui non aveva mai parlato prima. Non ne aveva mai messo a fuoco l'importanza. E' interessante che lei cominci il suo intervento dicendo "dottore la cosa che lei ha detto, che i figli sono come a volte caricati per fare qualche cosa di cui non sono così consapevoli, secondo me è una cosa... lei ha centrato il problema". E comincia a raccontare la storia che ho raccontato. E allora credo che il punto sia, tornando un po' all'atmosfera che si può creare in un gruppo, creare una situazione nella quale ognuno possa interrogarsi, e questo lo si può fare in maniera consapevole come in questo caso. Molte volte questo tipo di domande sul passato, sul proprio passato, non avvengono a livello consapevole ma a livello inconscio. Stiamo parlando di un fenomeno che Freud ha descritto in maniera molto dettagliata: la rilettura a posteriori di esperienze vissute. Voi sapete oggi questo è confermato da tutti gli studi che ci sono sulla memoria, ci sono dei punti fondamentali su cui i neuroscienziati insistono molto: questa intuizione era vera: la memoria non è un archivio statico, è un archivio continuamente rielaborato per cui la possibilità di dare un significato diverso a qualcosa che è accaduto molto tempo prima, e che magari noi abbiamo tenuto in un cassetto e non abbiamo mai riaperto (noi come chiunque altro), è un'eventualità possibile. Ora questo però presuppone dei riferimenti teorici se vogliamo, tutto questo discorso secondo me si coniuga in maniera molto precisa con tutta la teorizzazione che fa Bromberg a proposito dei sé multipli, e a proposito dell'utilizzazione della dissociazione come qualche cosa che non viene utilizzato soltanto da chi è particolarmente patologico. Sicuramente chi sta in una situazione patologica grave fa uso della scissione, della dissociazione, tiene parecchi aspetti della sua vita traumatici, lutti non

elaborati, come in questo caso, in luoghi inaccessibili. Diciamo che ci si dimentica di avere la chiave per aprire questi cassetti. Penso che avrete tutti letto il libro sulla dissociazione di Bromberg, e anche Janet, e una prima parte dell'impostazione di Freud, che parlava dei traumi reali, e della dissociazione come meccanismo di funzionamento fondamentale della mente. Soltanto in una fase successiva, tra il '92 e il '95, lui arriva a mettere a fuoco invece l'importanza di ciò che avviene nella fantasia, o comunque nell'inconscio, dove rimane in qualche modo e viene utilizzato il meccanismo della rimozione. Ora questo apre tutta una riflessione sui punti di riferimento di cui ci avvaliamo, perché quando si tratta di prendere in considerazione, di avvicinare in qualche modo i pazienti gravi, i pazienti che non parlano, come la paziente che ci proponeva la Marinelli, i modi per arrivare a comunicare con queste persone non possiamo inquadrarli come se fossero nevrotici; è interessante che nell'esperienza che ci ha proposto la professoressa in qualche modo permettere alle altre persone di parlare di come loro si vivevano il rapporto con questa ragazza, poi ha permesso a questa ragazza di entrare in comunicazione, è interessante questo. Ed allora questo è un processo di soggettivazione diciamo, che in qualche modo viene sollecitato attraverso questi gruppi, cioè è l'idea che ognuno sia un sostegno e che in qualche modo quello che va superato è invece una situazione nella quale i gesti comunicativi tra le persone inducono le persone a de-soggettivarsi, a divenire più oggetti dell'intervento dell'altro, che non soggetti.

E ripeto questo meccanismo finisce per essere un tratto per così dire culturale di funzionamento delle interazioni tra i vari attori delle situazioni in comune. Lavorando faremo esperienza di famiglie nelle quali il despota o quello che si impone sugli altri è il paziente, non i genitori. Purtroppo nelle situazioni croniche, molto gravi, questo stile si attende, non è che i figli ne rimangano esenti, per certi versi si può ipotizzare che, come nel caso di questa vignetta che vi raccontavo, questa donna abbia influito, e abbia in qualche modo costruito un clima con questa figlia che chiedeva: "mamma, che hai?" e lei diceva "niente", viveva la sua vita ma in realtà lei oggi si è resa conto di come le vicende che aveva attraversato allora avessero invece un'influenza sul suo modo di stare con questa bambina. Queste non sono operazioni che è facile mettere in moto, anche di fronte ad un trattamento individuale: con questo non voglio assolutamente dire che il trattamento individuale del nucleo familiare in un gruppo terapeutico abitualmente inteso per pazienti tendenzialmente omogenei, magari con l'inserimento di qualche paziente particolare come in questo caso, non vadano bene o non siano utilizzabili; la

psicoanalisi multifamiliare anzi può essere vista come una sorta di volano, di situazione che aiuta poi le persone a motivarsi a vivere nei trattamenti. Quello che a me sembra ormai a distanza di anni dalla sua utilizzazione è che molte volte devo dire nella mia esperienza con le situazioni gravi, se non c'è un contenitore forte come la psicoanalisi multifamiliare, le persone arrivano con più difficoltà a disporsi, ad avere la capacità di interrogarsi, di entrare in una sorta di posizione psicoterapeutica autoriflessiva.

Entrare nell'ordine di idee di mettersi a fare delle domande non è facile da raggiungere. E' abbastanza semplice con le persone che hanno una organizzazione funzionante ma è molto difficile con le persone che stanno molto male”.

Studentessa : “Volevo chiederle, dato che questi sono gruppi appunto dove i componenti hanno delle sottorelazioni tra loro, perché per l'appunto sono familiari, mi chiedevo se nell'inizio del gruppo ci fosse proprio da un punto di vista comunicativo una difficoltà, cioè mi spiego: generalmente nelle famiglie malfunzionanti la comunicazione è una fetta grossa di quello che non funziona, per cui mi chiedevo se all'interno di un gruppo proprio dal principio, rispettassero quello che diceva lei sul chiedere la parola, o ascoltare, ecc. ecc.”

Dott. Narracci: “No, bisogna in qualche modo dirlo. Questo gruppo che facciamo in ospedale è interessante da questo punto di vista, perché mentre negli altri gruppi si verifica progressivamente un apprendimento collettivo, dove tutti imparano queste regole, i nuovi che arrivano basta che ascoltino mezz'ora e capiscono come funziona, è relativamente automatico. Per esempio, nel gruppo che si tiene nel Centro di Salute Mentale, che ormai in alcuni posti va avanti da quattro, cinque, sei anni, c'è una cultura diciamo condivisa del modo in cui stare nel gruppo, per cui è sufficiente entrare ed adeguarsi a quello che fanno gli altri. Questo in ospedale è particolare, perché le persone non rimangono ricoverate più di 15 giorni, generalmente meno (10-12 giorni è la durata del ricovero medio): purtroppo ciò accade per un problema organizzativo perché noi abbiamo meno della metà dei posti in ospedale di quelli che dovremmo avere come centro clinico, ma è anche un problema strutturale, quindi i ricoveri in una situazione un poco meno disorganizzata potrebbero durare, almeno 20 giorni o un mese perché a volte ce ne sarebbe bisogno, ma attualmente no. Quello che accade è che noi ogni volta ricominciamo da capo, quindi questo problema che tu hai sollevato giustamente, ogni volta va riproposto.

Una cosa interessante dal mio punto di vista è che sia i pazienti sia i familiari in realtà imparano abbastanza facilmente. Il gruppo poi, questo particolare tipo di gruppo, è molto altalenante come situazione che si mette in atto. C'era una volta per esempio, come questa ultima che è stata molto ricca, perché magari ci sono ragazzi giovani, in cui si può parlare di una situazione che diventa poi come lo specchio anche per altre situazioni, quindi poi c'è una polarità delle persone che intervengono. E tante volte questo è molto difficile, proprio perché sono situazioni che non hanno poi una storia, una crescita nel tempo, ed ogni volta bisogna avere questa attenzione. Nonostante questo alcune volte mediamente è gratificante, anche se è molto diverso da quello che avviene in altri gruppi.

Quando io dicevo per esempio che bisogna fare molta attenzione ai dialoghi: a volte si rischia anche di essere scortesi. Noi siamo abituati ad interloquire in una maniera, in cui il dialogo è una parte integrante, anche se qualche volta in contrapposizione. La contrapposizione appartiene ad un funzionamento secondario, razionale: più noi riusciamo a procedere accettando l'idea che due pareri, anche opposti, possano convivere, più noi andiamo verso un funzionamento per associazioni, in cui i pareri opposti possano essere tollerati. Questo è molto importante in tutte queste situazioni, perché in tutte c'è una tale conflittualità da un punto di vista comunicativo che ognuno si sente in dovere di dire all'altro quello che l'altro deve pensare della realtà, come interpretare la realtà. Il problema non è più come funzionano all'interno dei gruppi multifamiliari i contenuti, si parla di qualsiasi argomento di cui possiamo parlare, l'incapacità della Roma di vincere le partite, uno può dire dipende da questo o da quello. No, lì si parla del fatto che "IO sono in grado di sapere perché la Roma non vince le partite, tu no, ed adesso ti spiego quello che devi pensare", è un altro livello della comunicazione. Nelle comunicazioni patologiche il livello di contenuto non c'è più, non è tollerato il parere antitetico di un altro, come ad esempio: "io ti dico che tu devi capire la Roma in questi termini" (adesso scusate per l'esempio, per capirci, ndr). Allora in quelle situazioni se noi accettiamo che si ricrei la contrapposizione, ci blocchiamo, ed è la cosa più facile che possa accadere, con questo livello di patologia. Allora noi invece dobbiamo lavorare perché in una situazione convivano tanti pareri diversi, molto diversi, quello che diceva prima Claudia, più c'è diversità nella composizione più questo aiuta, contrariamente a quello che pensano altri che lavorano con gruppi con tipologie di pazienti tutti simili. Invece la diversità della patologia aiuta, e ti fa capire che l'espressione asintomatica diversa, anche la struttura psicopatologica, non è che una parte ad un livello superiore; ad un livello più iniziale quando c'è una patologia

grave, il problema è questa mancata differenziazione di fondo. Quindi per esempio loro vedono assieme a situazioni psicopatologiche classiche anche problemi di dipendenza, non fanno la differenziazione tra trattamento. D'altronde oggi è piuttosto difficile pensare a come trattare giovani non accettando che ci sia un'invasione della psichiatria nelle tossicodipendenze. Oggi molti comportamenti problematici cominciano prima, e abbiamo aperto un ambulatorio anni fa, un servizio di psicoterapia per giovani che lavora dai 18 ai 25 anni e che ha continue richieste da ragazzi che ne hanno 17, che non hanno risposte e si accalcano a chiedere. Tornando a prima la diversità è una ricchezza: l'operatore entra in questo gruppo per apprendere, per capire interagendo con gli altri. Tutto questo ha un senso anche rispetto alla formazione, perché io penso che questo sia un campo nel quale bisogna lavorare ancora molto, un campo ancora parzialmente esplorato, quello dei trattamenti psicoterapeutici dei pazienti. Io credo che per andare avanti bisognerebbe lavorare molto usando i riferimenti teorici ai quali facevo riferimento prima, anche riguardo alla formazione. Quando uno fa un'analisi, diciamo, in qualche modo vive una situazione di transfert nei confronti dell'analista, quindi si pone nella condizione di paziente. Sperimentare il transfert dal punto di vista della formazione permette alla persona di raggiungere una profondità in termini di capacità anche terapeutiche professionali, che altrimenti è molto difficile raggiungere solo attraverso lezioni e seminari. Perché in qualche modo l'inversione tra quello che sa e quello che non sa, da chi si cura a chi cura ed apprende come funziona, è un passaggio importante della crescita personale e professionale, ambiti molto collegati tra loro.

La cosa a cui abbiamo assistito e a cui assistiamo nei servizi è proprio che la psicanalisi e le altre tecniche nei servizi non sono così facili da usare. Nei servizi ci si occupa dei pazienti gravi, e le tecniche psicoterapeutiche si usano alla fine molto poco, sono difficilmente trasferibili agli altri operatori. La loro formazione, degli operatori psichiatrici e non solo (medici, psichiatri, psicologi), non prevede aspetti di questo tipo. La comunicazione dell'esperienza formativa vissuta, dei presupposti in base ai quali si muove non è così facile, se non c'è esperienza condivisa. Dal punto di vista della formazione questi dubbi offrono a persone senza formazione specifica l'occasione di farsi un'idea molto precisa dell'appropriatezza anche professionale dell'intervento.

Se uno degli elementi fondamentali per arrivare a stare tranquilli con pazienti molto gravi è vivere l'esperienza transferale, questo gruppo fornisce

un'esperienza molto interessante. Se uno partecipa, può vivere un transfert con il gruppo e riuscire a farsi delle domande. Gli operatori non dovrebbero agire separatamente alle prese con la psicosi, che ti porta a chiuderti, che è l'aspetto più dannoso della psicosi, il chiudersi e lo stare soli nel proprio mondo personale, negandosi il piacere di stare con le persone e confidare nell'utilità del rapporto.

La psicosi tendenzialmente è la più dura di questo tipo di prospettive nella vita. Questo tipo di prospettiva ha preso per tanti anni nei servizi la peggiore caratteristica ed ha portato al fatto che gli operatori si chiudessero ognuno in un suo mondo personale. Abitualmente se voi andate in un centro di salute mentale, un operatore vede cento pazienti, centocinquanta pazienti, li vede una volta ogni quindici giorni, una volta al mese, che ci fa un paziente grave psichiatrico con venti minuti, un quarto d'ora?

Questo senza rendersene conto produce degli effetti sugli operatori, gli operatori nei servizi cominciano a funzionare come i pazienti psicotici: non è che diventano psicotici, ma cominciano a funzionare ognuno chiuso, separato dall'altro, non mette in comune, non discute. Per esempio in un centro di salute mentale è difficilissimo fare una riunione di casi clinici, cioè nei luoghi in cui l'impatto è come nei luoghi psicotici al massimo riesci a fare una riunione in cui si affidano i casi, dopodiché ognuno poi come se lo gestisce? A meno che non venga qualcuno poi a fare una supervisione, che è un elemento utilissimo. Ma a mio parere dal punto di vista della formazione forse non è sufficiente, perché nel momento in cui viene un supervisore a fare la supervisione di un caso che ha riguardato un'equipe, talvolta due o tre (a volte un caso è stato seguito in ambulatorio, in comunità a volte è stato ricoverato in ospedale), si lavora inevitabilmente sul controtransfert degli operatori, sull'idea che di quel paziente si sono fatti in quel momento, nel tempo, ed ognuno dà il suo parere. Ma tutto l'altro aspetto diciamo del transfert è irraggiungibile. Seguita ad essere un enorme problema, un domani voi vi troverete a lavorare con dei gruppi di lavoro se entrate in questa rete, uno si ritrova in una situazione molto difficile in termini proprio di collaborazione anche con i propri colleghi. Non è importante soltanto rispetto al clima che c'è con le famiglie, nel senso che si crea una situazione di collaborazione, aumenta quella che normalmente si chiama "aderenza": ad esempio è stata fatta una piccola ricerca, ed è stato notato che tutti i pazienti che avevano partecipato al gruppo in ospedale erano aderenti il doppio rispetto a quelli che l'anno prima non avevano fatto questa esperienza. Questo è interessante. Non è che i pazienti siano guariti ma già che il paziente dopo essere stato ricoverato seguita ad andare al servizio di salute mentale, la famiglia resta in

contatto con il servizio senza che interrompa fino alla prossima crisi, c'è una differenza.

Quindi da un lato sono molto importanti per costruire questo ambiente di collaborazione, che nel corso degli anni si è progressivamente molto deteriorato, nel rapporto con i servizi. Dall'altro può essere utile che gli operatori di diversa formazione ed anche di diverso ambito professionale partecipino a questa esperienza, ed è utile anche che partecipino operatori che vengono da servizi diversi e questo può migliorare il clima all'interno del servizio ed aumentare il livello di collaborazione tra operatori che vengono da servizi diversi.

Vi dicevo questo perché, per esempio, nel gruppo del centro di salute mentale del centro diurno, un certo numero di operatori collaborano nella cosiddetta riabilitazione territoriale, si impegnano a lavorare in una serie di attività: in questi tre servizi lavorano 3 responsabili, come un unico servizio, mentre prima erano completamente separati, perché la logica era della separazione del "io nel mio servizio, so quel che si deve fare. Tu in quel servizio non capisci niente quindi...". Da questo punto di vista noi abbiamo una situazione che per anni è stata una situazione drammatica. Allora invertire questa tendenza, costruire una situazione nella quale gli operatori di questo servizio possano collaborare, è importante".

Dott.ssa Tardugno : "Volevo aggiungere solo una cosa rispetto a quest'aspetto che diceva il dottor Narracci: è importante per l'operatore il sentirsi meno solo, la possibilità di collaborare con altri servizi per affrontare la situazione e vedere la persona nella sua totalità, il suo ruolo, la possibilità di cambiamento, la relazione con l'equipe. Sappiamo che se un paziente percepisce che il gruppo, l'equipe non va nella stessa direzione, se c'è una spaccatura, può entrare in questo meccanismo e può indurre dei conflitti nell'equipe, come riattivazione di situazioni conflittuali familiari, ora agite in relazione all'equipe. E' importante che il paziente possa sentire che il gruppo può reggere perché è funzionale e funzionante, e che può sostenere il processo terapeutico che il paziente ha messo in atto in tutte le sue forme".

Domanda Studentessa: "Io non ho ben capito qual è il ruolo della conduzione: come si comporta il conduttore con questi gruppi?"

Dott. Narracci : "Quello che ho potuto notare nella mia esperienza e che mi è capitato di fare vedendo alcuni gruppi che poi ho lasciato, è che mi sembra ci siano due elementi da tenere come punti di riferimento: primo, che ci

vogliono almeno 3-4 persone abitualmente presenti o comunque al massimo se non ce n'è uno o due il gruppo si fa, perché la regolarità della presenza è una cosa fondamentale, innanzitutto per le persone che vengono. La capacità di conduzione io penso che sia opportuno che si autodetermini e questo è anche un discorso particolare perché non c'è una scuola che la formi, ed è interessante che gli operatori a volte si appassionino e poi si trasformino e si auto riconoscano e vengano riconosciuti da chi ha iniziato in questo lavoro come conduttore o operatore. L'altra cosa che è importante è che ci vuole tempo per far crescere questo gruppo, penso che 2 o 3 anni siano il minimo perché queste 3-4 persone siano in grado di farlo, nella mia esperienza più o meno sta accadendo questo. Io ho cominciato in un Centro di Salute Mentale del I Distretto, poi nella quarta e i tempi sono più o meno questi; in più c'è anche un elemento di qualità della capacità autoriflessiva del gruppo. Per esempio, il racconto della capacità di intervenire non solo dei pazienti ma anche dei genitori e da parte dei genitori di interrogarsi su come sono stati genitori ma anche su come sono stati come figli, è un livello che quando si raggiunge è un indicatore di un certo livello di qualità nel gruppo perché non è facile.

Gli altri gruppi che si occupano di pazienti gravi in maniera sistematica esempio la psicoeducazione o anche i gruppi di parole ritrovate che fanno parte del movimento delle parole ritrovate considerano i genitori dei partner degli operatori quindi il genitore, non è che parliamo di com'è fatto il genitore ma di come è il paziente e l'operatore insegna al genitore ad essere attento alle variazioni patologiche del figlio e a come gestire queste variazioni nel paziente senza mai uscire da questi ruoli pubblici. Mentre nei gruppi di psicoanalisi multifamiliare è diverso perché si pensa che è stata l'interazione tra genitore e figlio ad essere patologica quindi l'operatore deve essere in grado di porsi da un lato come terzo, visto che manca questa figura in più, e dall'altro di far divenire il gruppo come capacità di interagire con il rispecchiamento di transfert multipli nel corso della seduta tra un genitore che interviene sul figlio di un altro nucleo, un genitore dello stesso nucleo o i ragazzi tra loro, ci sono tutte le combinazioni possibili e tra loro questi fenomeni permettono la costruzione di un gruppo che è in grado di funzionare, non da sé, ma almeno con un minimo sussidio dal lato del terapeuta. Io ho assistito a dei gruppi di Badaracco in cui lui è intervenuto pochissimo, tendenzialmente un gruppo maturo ormai abituato a lavorare in questi termini interveniva relativamente molto poco, o almeno a me ha dato questa impressione. Questo è un punto di discussione perché non sempre con

un gruppo si lavora in questa maniera, ma in queste situazioni si lavora in questi termini. Un operatore può anche non sentirsi gratificato da questo, ad esempio conosco molti operatori che non partecipano anche se vedono i benefici nei pazienti o nelle famiglie che inviano ma magari se ne tengono fuori perché non è così facile entrare nell'ordine di idee e di fare un lavoro di cui in realtà il tuo lavoro ha come scopo quello di consentire agli altri di divenire ognuno competente su di sé e sul modo in cui un gruppo funziona, accettando l'idea di ritrarsi dal gruppo progressivamente come operatore. È un po' una contraddizione ma se ci si pensa, non è molto diverso dal ruolo del genitore e nemmeno molto da ciò che accade in ogni trattamento ad esempio in un'analisi, il trattamento terapeutico ha un inizio, una fase intermedia e una finale che è fondamentale per come andrà elaborata la separazione e a come si lavorerà sulla fine del trattamento. Anche questo va considerato, più in generale per certi versi molti di questi genitori è come se si motivassero a occuparsi di un figlio che diciamo gli psichiatri in termini tradizionali gli dicono "no questo è malato, ha una malattia incurabile, dovrà prendere questi farmaci per tutta la vita e te diventerai un infermiere attento all'evoluzione di questo paziente". Non è così facile far capire a questo genitore che invece il problema è l'interazione tra lui e il figlio, specialmente le discussioni e le convinzioni su questa verità e per certi versi imparare che se il figlio piano piano migliora la cosa che lui dovrà fare è quello di fare di meno. Questo non è affatto facile, non viene naturale anzi viene naturale il contrario. Una volta riacquisita, come la capacità di occuparsi di un bambino piccolo, si tende a seguire a fare il genitore del bambino piccolo del malato che è uguale ed è difficile ripercorrere tutte le fasi di maturazione dell'uno e dell'altro che per un genitore ridiventa doloroso perché significa smettere di fare delle cose che si era rimesso a fare".

Studentessa: "Io sto seguendo dei gruppi multifamiliari al Sant'Andrea, in SPDC e in comunità e ci vedo che sono due contesti diversi. In comunità riescono ad esserci dei gruppi un po' più strutturati, nell'SPDC invece il contesto è molto più particolare. (In comunità i pazienti rimangono almeno 3 mesi ma anche 6-8 mesi per cui c'è un tempo per ritrovare questa struttura). Quello che ho notato è che tutto ciò che si fa a livello teorico poi in pratica è molto più tangibile. Per quanto riguarda la mia esperienza ho visto che il problema è che a volte c'è inconsapevolezza e il fatto di avere un gruppo che svolge una funzione conduttrice molto forte penso che sia importante. All'interno di un gruppo c'è ad esempio come familiare, una "nonna" che forse, proprio per la posizione che riveste sia dal punto di vista dell'età che per

la sua saggezza e il suo rapporto con gli altri, riesce a dire delle cose a volte anche a “bacchettare” dei pazienti, in modo molto più costruttivo e incisivo rispetto a quando invece lo deve fare un operatore o conduttore, forse perché c’è più enfasi nell’espressività e forse anche perché c’è uno stigma percepito nel clima gruppale presente non solo al di fuori dell’Istituto ma anche all’interno dei familiari stessi. Più volte ho sentito dire ad esempio, genitori che parlano del figlio come un figlio strano, malato ecc. e un’impressione che ho avuto, specialmente all’inizio quando non conoscevo ancora nessuno, è che non riuscivo a capire chi era il paziente e chi il familiare e questo mi ha fatto riflettere. Quindi volevo dire che nel gruppo tutto quello che studiamo a livello teorico a livello pratico è molto più visibile”.

Dott. Narracci: “Ieri per esempio c’era questo gruppo che si tiene nella comunità, che è una comunità cosiddetta “intensiva” dove le persone vanno subito dopo il ricovero in ospedale, in una fase postuma che hanno recuperato e stanno alcuni mesi. Quindi si fa su un lavoro sia di permanenza che di progetto rispetto al contenimento degli interventi, cioè il passaggio, poi ritornano a casa e sono seguiti dal CSM o dalla Comunità Terapeutica Estensiva dove possono restare anche 2, 3 anni al massimo. Quindi ieri c’erano da un lato, due ragazze con i genitori, che stanno per passare in una comunità estensiva ed esternavano le ansie, e questi genitori erano un po’ contrariati perché speravano che la figlia potesse tornare a casa però poi avevano deciso con la figlia di fare quest’avventura. Quindi c’erano delle ansie create da questa separazione e dall’inizio di questa nuova fase e poi c’era un’altra ragazza con una patologia molto grave, con un peso importante, insieme alla madre: lei esternava la sua preoccupazione circa le capacità della madre di tollerare che lei avesse deciso di andare in una comunità estensiva; cioè, la persona che si preoccupava era la paziente, perché la madre era preoccupata del fatto che lei non tornasse a casa. Questo non è facilissimo e sussiste in tutte le situazioni, anche nelle altre due la figlia è in qualche preoccupata del se i genitori possono farcela nel superare che lei vada in un’altra comunità e non torni a casa, che quindi prosegua in questo cammino di emancipazione e costruzione di una situazione di maggiore autonomia personale e di minore legame. Nella terza situazione invece era il contrario, perché era talmente forte la preoccupazione di questa ragazza che è arrivata a dire “io non è che sono in difficoltà con l’idea di andare in questa comunità (che era quello che dicevano anche le altre due) la mia preoccupazione principale è: ma mia madre ce la farà a stare da sola?” e ieri pomeriggio avevano litigato aspramente per questa situazione. Ecco, è un po’ come se il

gruppo fosse una sorta di laboratorio in cui ognuno può ritrovare un senso più chiaro che molte volte non è detto, non è manifesto.

Quello che noi possiamo leggere nei trattati di psicoanalisi o in quelli sistemici che hanno lavorato molto su questo tipo di situazioni, ma che poi nella pratica non è così facile da trovare nel trattamento dei pazienti di questo tipo ebbene nel gruppo per certi versi questi fenomeni sono facilmente osservabili ed anche discutibili se si riesce a creare un clima adatto. Credo che il passaggio come quello che ho appena descritto, da una situazione come quella nella comunità di maggiore intensità in una più estensiva, è molto delicato; a volte i genitori si mettono di traverso e inducono il figlio a non proseguire in un tentativo di rinforzo e magari non lo fanno esplicitamente ma in modo distorto, comunque questo non viene fuori ma viene vissuto tutto internamente dal paziente. Riuscire a poter arrivare a parlarne può essere di grande aiuto in situazioni come questo passaggio”.

Studentessa: “Io volevo dire che ho notato che è molto importante per i genitori ma soprattutto per il figlio stesso che questi vissuti vengano fuori e che li condivida con gli altri pazienti. Partecipare al gruppo rende vulnerabile al vissuto il paziente, perché escono fuori tematiche che in un modo o in un altro riprendono il ruolo di un po' tutti come di una figlia, un genitore ma anche il dottore stesso”.

Dott. Narracci: “Riguardo questo fatto ad esempio c'era un gruppo con un operatore che stava sentendo l'esperienza del gruppo come un'esperienza molto importante per Sé. Questa cosa venne fuori all'interno di un gruppo in cui altri due o tre pazienti avevano parlato dello stesso argomento rispetto alle proprie situazioni. Uno di questi pazienti aveva raccontato che lui aveva camminato per giorni e giorni alla ricerca del padre dentro a Buenos Aires, che come sapete è una città immensa, per arrivare poi in uno stato confusionale. Ora questo apre tutto il discorso sulla questione se poi uno debba dire qualcosa del genere. Io non credo che questo sia necessario farlo, per esempio io non l'ho mai visto fare, però la questione non è se poi uno alla fine dice le cose o non le dice. La questione è se riesce a rendersi conto che anche lui sta facendo parte del gruppo, può capitare di fare un sogno, di avere una visione diversa su un accadimento importante nella sua vita a cui questa esperienza lo può portare a ripensare. Questa è la parte importante secondo me: non tanto il fatto di esprimere nel gruppo; mi sembra che il punto fondamentale, e qui torniamo un po' al discorso che facevamo prima sul transfert e controtransfert, sul livello di implicazione emotiva, affettiva anche

dell'operatore dentro un gruppo di questo tipo: per cui o riesci a stare e ad accettare di poter rimettere in discussione aspetti importanti di te, oppure insomma è molto difficile e meno utile la tua presenza (non terapeutica). Questo mi sembra una cosa da tener presente”.

Prof.ssa Marinelli: “Intanto vi ringrazio veramente molto perché ci avete portato davvero all'interno di questi gruppi e del loro funzionamento e ci avete dato una grande quantità di fatti che ci riguardano nel nostro lavoro e nelle nostre prospettive. Volevo spezzare una lancia a favore del dispositivo sociale in quanto dispositivo di gruppo, cioè volevo pensare questo: che in fondo attivare questa gruppalità, questa socialità, questo stare in un dispositivo di questo tipo sembra aver molto a che fare col fatto di tenere in conto da un lato che i pazienti psicotici non sembrano poter usare il pensiero simbolizzante e fanno fatica a esprimere, o non possono esprimere; ma dall'altro sono fortemente in contatto con gli inconsci, anche se poi il mondo interno per loro si confonde con quello esterno, il pensiero inconscio si confonde con quello concreto. Allora sembra che il gruppo possa essere considerato, un po' tornando a quell'esempio che facevo prima della paziente obesa, un insieme di risorse, di depositi che poi possono essere ridistribuiti, rilevati per creare non solo un movimento in questi pazienti, ma anche affinché i loro familiari si mettano in contatto, proprio perché il dispositivo essendo sociale fa anche meno paura, e sollecita dei movimenti di soggettivazione, ma sembra anche girare intorno al problema di non sentirsi troppo soggettivati e di non essere troppo soggettivati, perché si è in una sorta di stato confuso e sincretico, nel nucleo familiare e anche poi nel gruppo con gli altri gruppi familiari. Allora questo grande vantaggio di questo dispositivo sembra poter essere contemporaneamente impersonale ma anche personalizzante, non so se mi son riuscita a spiegare, non sono pratica di questo tipo di dispositivo. Grazie”.

Dott. Narracci: “E' sempre un gruppo e un gruppo forse particolare, diverso, ma io sottoscrivo in pieno quello che state dicendo e credo che sia molto vero che è una situazione in cui per certi versi può essere più facile proprio perché è impersonale e dall'altra parte questo sentirsi però ascoltati, presi in considerazione e non annullati, è un'esperienza che può consentire finalmente di parlare di sé, e di qualcosa a cui si tiene molto. Quindi c'è un po' un allargamento della gamma di possibilità diciamo, del modo di interagire con l'altro. E' interessante che in questo servizio di cui vi parlavo si stiano

manifestando dei fatti che riguardano gli operatori. Ad esempio questi operatori hanno cominciato a fare prima un gruppo con pazienti giovani, indipendentemente dal gruppo con famiglie di psicanalisi multifamiliari, e poi uno con pazienti più grandi di 40-50 anni. Allora a me questo ha colpito molto, perché vi propone il fatto che questo modo di lavorare non sia affatto in contrapposizione ma anzi come facilitante per gli operatori, per andare a sviluppare poi livelli di intervento diversi, e anche tra operatori di servizi diversi. Questo è per la realtà del dipartimento di salute mentale per me molto significativo, può essere molto utile. È un po' come se questa capacità di uscire dall'impersonale e di trovare invece una dimensione di sé più autentica, più corrispondente alla propria identità, non riguardasse soltanto i pazienti ed i genitori, ma anche gli operatori. Allora in fin dei conti poi la possibilità di lavorare con un altro gruppo di operatori è legata a questo, l'essere riconosciuto come supervisore dal servizio adiacente non è una cosa virtuale, ma si è concretizzata nel lavoro comune, cioè si son resi conto che questa persona aveva delle capacità, glielo han chiesto allora poi lei è andata. Bisogna pensare a queste realtà non come realtà che non comunicano, ma che invece possono creare una rete di risposte differenziate. E siccome son tutti convinti che oggi bisogna mettere in piedi una sistema che sia in grado di fornire tanti tipi di risposta, questo è di grande aiuto nella vita di queste istituzioni”.