

“SPECIFICITA’ DELLA PSICOTERAPIA DI GRUPPO NELLE ISTITUZIONI”

Relatore: Dott. Giuseppe Riefolo

Stefania Marinelli: “Vi faccio presente che il Dottor Riefolo è uno psicoanalista, socio ordinario della Società di Psicoanalisi Italiana, come psichiatra è responsabile nella RME di uno specifico gruppo che si occupa di pazienti Borderline. Ha molte pubblicazioni in diversi campi e una caratteristica che ritroverete poi in un libro, che ho piacere di ospitare in una collana di Borla che curo. Con Paolo Boccara (che prossimamente sarà ospite delle nostre lezioni) si interessa delle relazioni fra cinema e psicoanalisi. Non credo che oggi ci parlerà di questo aspetto ma ci parlerà nello specifico del gruppo di pazienti nel contesto istituzionale. Gli do subito la parola, forse vorrà aggiungere qualcosa sulla sua presentazione, comunque rimando al libro per maggior conoscenza.”

Giuseppe Riefolo

Introduzione.

(Introduce il suo intervento e il filmato che non si riuscirà a proiettare a fine lezione, inoltre il microfono smette di funzionare)

Sullo sfondo di quello che vi devo dire ci sta un servizio. Io lavoro in un Centro di Salute Mentale, cioè in un ambulatorio messo in un territorio, quello di Ponte Milvio. All’interno di questo servizio, da molti anni, conduco con un'altra collega, un gruppo per pazienti gravi, in gran parte psicotici. Si tratta di un gruppo seguito secondo i metodi analitici bioniani,. I pazienti hanno un’età dai venti ai quarantacinque anni. Ed è un gruppo a cui i pazienti accedono gratuitamente, e si tiene una volta a settimana. Quindi all’interno della cornice di ciò che vi presenterò c’è un servizio pubblico. È un gruppo che va avanti forse da trent’anni. Si tratta, quindi di un gruppo aperto; i pazienti (poi vi spiego per quali motivi) possono cambiare, però il gruppo è il dispositivo di fondo che rimane.

Io penso che le istituzioni siano originali per la cura della psicosi. Io lavoro anche privatamente come analista nella stanza di analisi e come psichiatra all’interno del servizio. Per me le due situazioni non sono separate tra loro. Io quando faccio l’analista nello studio uso la mia esperienza del servizio e viceversa; io non penso di poter essere non analista quando lavoro nel servizio. Semmai il problema è come poter fare l’analista all’interno di contesti particolarmente complessi, ma per quanto mi riguarda io cerco di *essere* sempre un analista anche quando lavoro nel servizio.

All'interno di questa cornice, le istituzioni sono particolarmente capaci di seguire situazioni psicotiche. Il motivo è perché i servizi hanno una articolazione tale che riescono a contenere maggiormente la regressione psicotica più e meglio di quanto possa fare un contesto privato. Quindi le istituzioni sono specifiche e più potenti per la cura delle situazioni psicotiche. Per psicosi io intendo anche i pazienti border, quindi parliamo dell'aria ampia delle psicosi.

I gruppi istituzionali, quindi, non sono una variante di quelli privati, ma sono originali. Voglio sostenere che non possiamo pensare di fare un gruppo nel servizio esattamente come lo faremmo a studio! I gruppi che si fanno nelle istituzioni hanno delle loro caratteristiche originarie. Questi sono i 4 punti su cui discuteremo:

Dalle slides: SINTESI:

1. Originalità delle istituzioni per la cura delle psicosi
2. Originalità dei gruppi istituzionali: funzione di coerenza di campo;
3. Funzione attiva del gruppo verso l'istituzione;
4. Funzione attiva dell'istituzione verso il gruppo

Il gruppo ha una funzione attiva messo nell'istituzione, cioè se voi proponete un gruppo in un istituzione non potete pensare che l'istituzione non cambi. Chi vuole fare un gruppo nell'istituzione deve già sapere che ci sarà un'eco che modificherà sicuramente l'organizzazione del servizio. Allo stesso tempo la stessa istituzione avrà una funzione attiva verso il gruppo; cioè, il gruppo che io tengo ogni lunedì alle dodici, sicuramente è caratterizzato anche dal fatto che ci sia un'istituzione intorno al gruppo, non solo di personale ma anche fisica. Ad esempio, non è detto che questi pazienti riescano a stare tranquillamente nel gruppo per tutta la durata della seduta; alcune volte escono per poi rientrare e se escono io devo sapere abbastanza che sono affidati ad un contesto esterno che sia in continuità con il gruppo, ovvero mi devo fidare di quello che c'è fuori. I gruppi istituzionali sono particolarmente potenti rispetto alle situazioni psicotiche. I pazienti che stanno nel mio gruppo sono pazienti che altrimenti non avrei potuto seguire da un punto di vista psicologico. Voglio dire che, per me, è l'unica "psicoterapia" che posso offrire loro, altrimenti si tratta di pazienti che potrebbero essere seguiti solo farmacologicamente o attraverso i ricoveri. Si tratta di pazienti che non sono capaci di rispettare un setting minimamente organizzato sulla frustrazione necessaria, che hanno difficoltà a poter avere un colloquio individuale per più qualche minuto. Hanno bisogno di un setting particolarmente ampio all'interno del quale muoversi e le relazioni individuali, intersoggettive, minimamente organizzate sul piano simbolico, molto spesso sono impossibili per questo tipo di pazienti.

1. Originalità delle istituzioni per la cura delle psicosi

Nella mia esperienza ho condotto anche privatamente, a studio, gruppi di pazienti gravi, ma, ovviamente, non è la stessa cosa. Perché nello studio privato significa portare il gruppo all'interno di un appartamento e l'appartamento ha a che fare con tutta una serie di caratteristiche che sono molto diverse da quelle che puoi avere all'interno dell'istituzione. Quello che possiamo cominciare a immaginare è che di pensare che non è detto che fare un gruppo nell'istituzione sia una buona cosa; lo è se si sintonizza con situazione dinamica dell'istituzione. Personalmente sono abbastanza contrario al fatto che, se un operatore sia esperto di terapie di gruppi, le debba necessariamente fare in un servizio. Certe volte, fare un gruppo nell'istituzione, può essere un danno perché, in modo aggressivo, il gruppo può costituire un'isola all'interno dalla quale si incistano pazienti e terapeuti al fine di evitare ogni contatto con l'istituzione. In questi casi accade che si attivi conflittualità verso tutto il resto del contesto. Il gruppo deve essere la rappresentazione dinamica dell'istituzione. Perché nell'istituzione si fanno un sacco di cose: si danno sussidi, si danno farmaci, si fanno ricoveri, si fanno visite domiciliari. Il gruppo deve essere abbastanza in continuità. E' una posizione che chiamo "funzione di coerenza", verso il resto dell'istituzione.

Da ciò consegue il punto successivo, ovvero che *"le caratteristiche del campo istituzionale sono gli elementi utili con cui organizzare il setting (funzione del limite)"*. Voglio sostenere che quando propongo un gruppo bisogna prima chiedersi quali siano gli elementi che utilizzeremo per il setting. Nella mia esperienza ho cominciato a condurre gruppi in una clinica, molti anni fa e pensavo di fare lo psicoanalista intelligente che va nella clinica e fa i gruppi in una situazione che era manicomiale. In modo molto *naive* organizzai due gruppi quanto erano i reparti e pensavo che questa distinzione fosse sufficiente. Però non feci attenzione ad altri elementi importanti e più sottili nella definizione del setting. Ad esempio io indossavo il camice nel reparto, che poi toglievo durante il gruppo. A un certo punto un paziente nel gruppo mi disse: "Scusi, ma perché lei adesso mi chiede che cosa penso mentre mezz'ora fa mi ha detto che non mi faceva uscire dalla clinica perché non era possibile? Cioè, come stanno le cose?" Mi resi conto che il paziente aveva toccato un punto importante nella costituzione del setting e per la mia posizione nel gruppo stesso, nel senso che sul piano concreto io proponevo una mia posizione ambigua e confondente di cui lui ne coglieva la violenza. Colsi il suggerimento del paziente e mi resi conto che uno dei problemi era anche quello di tenere o meno il camice. Ciò rinviava ovviamente a qualcosa di più ampio, ovvero riconoscere che era reale ed inevitabile, per quel preciso contesto, che io ero chiamato ad essere la stessa persona nel gruppo e fuori dal gruppo, anzi, nonostante la realtà, ero chiamato a sostenere continuità fra i due ambiti. Voglio suggerire che il camice ha avuto la funzione di un elemento concreto fondamentale per organizzare il setting del gruppo perché toglierlo significa un elemento di falsità nel setting e, soprattutto i

pazienti gravi, sono sensibilissimi a queste posizioni di falsità. I pazienti psicotici gravi ti colgono proprio laddove tu sei più fragile e ti costringono agli *enactment* che in sostanza – e attraverso un registro agito – sono preziosi suggerimenti per monitorare continuamente la nostra posizione nel campo terapeutico. Quindi il “camice” non è un elemento secondario; nel setting assume una funzione capace di attivare processi (Bleger, 1967). Comunica la mia capacità di contenimento e contribuisce a definire un dispositivo che contenga ciò che accade nel gruppo.

Da questo esempio del “camice” deriva un’altra considerazione importante, ovvero che gli elementi con cui organizziamo il setting hanno una caratteristica intrinseca e propongono una funzione di *limite*. Il limite non è la *limitazione* di cui si parla comunemente in psichiatria. Il *limite*, soprattutto secondo un vertice psicoanalitico, è la definizione dei confini di uno scenario che accoglie eventi relazionali. Ad esempio, limite di questa stanza sono le pareti; se non ci fossero le pareti sarebbe una situazione caotica. Qualche anno fa me ne sono occupato in un libro (*Psichiatria prossima*, Bollati Boringhieri, 2001). In ogni contesto in cui operiamo, nei servizi, all’università, avremo sempre un sacco di limitazioni che però siamo chiamati a rendere *limiti*. Ad esempio, in questo momento non abbiamo il microfono; il microfono oggi per tutti noi è una limitazione. Allora, tenendo conto che sarebbe sicuramente meglio avere un microfono (e non ci sono dubbi), usando proprio l’assenza del microfono io e voi siamo tenuti ad inventarci qualcosa che permetta il processo della lezione. Se io invece mi attengo solo al fatto che il microfono sia qualcosa la cui mancanza è una limitazione, noi, in questo caso, abbiamo già finito la lezione. Allora nei servizi, in genere nella vita, ma nei servizi in modo particolare, siamo chiamati ad usare il limite come definizione dei percorsi. Pertanto, in qualche modo, io sono tenuto ad alzare la voce, e voi a dover prestare più attenzione. Il cattivo funzionamento del microfono ci permette adesso di trovare un elemento che caratterizza il nostro processo della lezione e che non era previsto. Nei servizi questo è fondamentale; nei gruppi questo è fondamentale. Gli elementi che noi abbiamo a disposizione sono al tempo stesso limitazioni che cercheremo di rendere limiti, ovvero definizione di processi, che è poi la nostra specificità di funzione psicologica. Quindi, come suggerirebbero Winnicott e Bion, siamo chiamati a fare il massimo che possiamo con tutto quello che abbiamo. Allora i gruppi nell’istituzione vanno organizzati non “Se io avessi più sedie, se io avessi più ...”. No. I gruppi nelle istituzioni vanno organizzati con tutto quello che abbiamo e rendendo i limiti degli elementi del setting (Riefolo, 2015, “del buon uso dei limiti” *Riv. Sper. Freniatr.*).

“La nascita di un gruppo terapeutico dovrebbe essere nella linea di emancipazione del campo istituzionale.”

È quello a cui accennavo prima. Il gruppo non è detto che sia per forza il fiore all’occhiello dell’istituzione, può anche essere un danno se non è nella linea di

emancipazione del gruppo istituzionale. Una serie di operatori, se sono appassionati, ad un certo punto, io direi sempre (perché penso che l'idea di fare un gruppo fa parte di un evento naturale nella parabola delle istituzioni), proveranno ad istituire un gruppo terapeutico. Però se un gruppo di operatori nell'istituzione è conflittuale, può invece essere un danno. E' come in una famiglia: se si litiga ed uno dei componenti decidesse di andare a fare un viaggio, possiamo pensare che il viaggio in quel contesto non sia esattamente una operazione che ha a che fare con l'emancipazione, quanto piuttosto con il sancire una separazione. Allo stesso modo è possibile che i gruppi siano un modo di separarsi di alcuni operatori anche verso alcuni pazienti.

Penso che una delle attività più gravi e più comuni che c'è nei servizi, l'esercizio più frequente, sia la "lamentazione" (Riefolo, *Psichiatria Prossima*, Bollati Boringhieri, 2001). Voglio dire che spesso non facciamo altro che lamentarci e, lamentandoci ci rassicuriamo. E' quello che accade in questo momento a noi per questo nostro incontro: "il microfono non lo abbiamo e oggi non si può proiettare il video, e come facciamo?" ecc... Penso che, nel senso di Bion, la lamentazione sia un Assunto di Base gravissimo delle istituzioni. Se ci sintonizziamo su questo, abbiamo smesso di fare il nostro mestiere di psicologi. Il nostro mestiere è invece di rendere definitivi i limiti e non di assecondare la lamentazione. A questo punto, troveremo sempre un sacco di limiti. Nello schema che vi presento ve ne elenco qualcuno, ma sicuramente voi ne potrete aggiungere altri. Non è corretto "lamentarsi" nella nostra funzione di psicologi, mentre quando andiamo a votare è giusto lamentarsi. Ma quando timbro il cartellino io so che non mi devo lamentare di niente, come posizione di base della mia funzione, perché il mio mestiere è quello di trovare il modo di rendere continuamente processuali quei limiti.

CARATTERISTICHE ORIGINARIE DEI SERVIZI:

- Non selettività dell'utenza in base alla gravità;
- Permeabilità degli spazi terapeutici;
- Coesistenza di gravità e di terapie;
- Permeabilità dei terapeuti ai vari pazienti;
- Precarietà delle risorse concrete:
- Operatori competenti, ma non sempre *specialisti*

- Forme di onorario "deresponsabilizzante"
- Tolleranza alle assenze/ritardi/ritiri dei pazienti;
- Accentuate caratteristiche di "sostegno" del servizio (prevalente funzione del setting sulla frustrazione della relazione terapeutica);
- Servizio "pubblico" e "territoriale"
- Ampia varietà di modelli terapeutici

Ad esempio, *non riusciamo a selezionare l'utenza*. In un servizio pubblico non è possibile, né etico, a differenza dello studio, discriminare e selezionare l'utenza, perché in un servizio pubblico, per definizione, tutti devono poter bussare ed entrare. Se noi introduciamo (spesso si fa) limitazioni, può accadere che ci sia un preciso l'orario per alcune funzioni, oppure, se non hai la ricetta del medico non puoi essere accolto, ecc... Si usano un sacco di escamotage furbi, e io direi *violenti*, per limitare in modo aggressivo l'utenza dei servizi. Metodi sbagliati, oltre che violenti. Perché per definizione una persona può entrare in un servizio pubblico anche se si sbaglia, cioè da me può pure venire una persona che ha bisogno di una casa, bussa e

dice: “Mi date una casa?”, quella persona ha il diritto di farlo. È mio compito accogliere questa situazione e, magari, descriverla come impropria, ma finché non lo faccio io la persona ha il diritto di porre una domanda che a noi può apparire (o persino essere) sbagliata o, come si dice in gergo “impropria”. Qualora la persona viene ed è bisognosa di aiuto psicologico io non posso dire “Scusi non è possibile, c’è una lista d’attesa lunga tre mesi, venga tra quattro mesi”. Non lo posso fare! Io devo accogliere quella domanda presentando alle persone le mie capacità di poter accogliere. Questa capacità non consiste nel respingere automaticamente la domanda impropria, ma nel presentare e dare il massimo che posso in quel momento. Ad esempio, si può fornire una consultazione; si può richiedere che qualcun altro se ne occupi perché ha più spazio; magari modificare il nostro modo di accogliere quelle situazioni. Per quanto riguarda i gruppi, molti nostri amministratori li vedono sul piano concreto come un *escamotage* economico: per cui, siccome in un gruppo posso incontrare dieci persone in un ora e ho una situazione di saturazione nel servizio, si organizzino gruppi per vedere più persone in meno tempo. Questo approccio è sbagliato, perché i gruppi non sono una soluzione di per sé quantitativa alla saturazione. I gruppi sono una soluzione alla saturazione nella misura in cui rendono più complesso il campo. Cioè se in questa sala voglio accogliere un maggior numero di persone ovvio che serviranno più sedie, ma non è che le sedie di per sé risolvano il problema. Io devo fare in modo che questo posto sia anche accogliente. I gruppi servono per aumentare la complessità dell’accesso ai servizi, ovvero aumentare la funzione di accoglienza. Nella fase del primo incontro con un paziente, è importante che io abbia molte opzioni in cui poter pensare il percorso possibile per quel paziente: potrebbe fare una terapia breve, prendere farmaci, fare il gruppo, ecc. Il gruppo, nell’ottica delle capacità di accoglienza, è una casella in più che è possibile avere all’interno del servizio.

Sto elencando, evidentemente, situazioni che ritengo originali solo dei servizi pubblici. La non selettività dell’utenza non esiste in un rapporto privato. La *permeabilità degli spazi terapeutici* non esiste in un contesto privato: i pazienti in un contesto privato raramente si incontrano l’uno con l’altro, mentre in un servizio pubblico praticamente io ho i pazienti che vengono al gruppo che incontrano magari altri che io seguo farmacologicamente. Alcuni pazienti che seguo nel gruppo - e questo potrebbe essere un problema - sono seguiti da me anche farmacologicamente: non è una scelta, ma, nel senso che dicevo prima, un *limite*. Ad alcuni di questi pazienti, se non la maggior parte, mio è capitato anche di dover decidere dei TSO. Sono tutte situazioni estreme che teoricamente “sporcano” o inquinano enormemente il setting. Per me sono elementi ulteriori - inevitabili - che determinano una maggiore complessità nell’approccio con quei pazienti. Cioè io non posso dire “siccome questo paziente lo seguo il gruppo, non posso decidere per lui il TSO!”. Questi sono tutti elementi che, sul piano del rapporto professionale privato, è possibile tranquillamente evitare, mentre sul piano del rapporto con un servizio

pubblico, ciò non è possibile e, se accadesse, sarebbe una comunicazione di falsità. Penso, infatti, che molti operatori non appena entrano nel servizio si vogliono portare il loro lavoro psicoanalitico e quindi cominciano a dire: “io non posso essere disturbato quando ho la visita”; “Devo avere sempre la stessa stanza”; “Quando sono dentro, per carità, non mi importunate”. Questa posizione penso sia una fatica enorme e sterile! Penso che bisogna *stare* nella situazione e lavorare *psicoanaliticamente* nella situazione, piuttosto che imporre violentemente la propria teoria psicoanalitica. Oltretutto, nello stesso servizio c'è sempre, per definizione, una *coesistenza di gravità e di terapie*. Ci sono pazienti gravissimi e pazienti che vengono con la Jaguar. Nel mio servizio i stanno persone che vengono dalla borgata di Prima Porta, persone che vengono dalla Collina Fleming; utenti che vengono da Vigna Clara, ecc. Cioè, contesti sociali enormemente differenti. Queste persone si incontrano fra loro nello stesso servizio e magari sono contemporaneamente seguite da me. Tutti questi elementi mi devono aiutare ad organizzare il setting del gruppo.

Permeabilità dei terapeuti ai vari pazienti: io seguo un sacco di pazienti di cui una ventina hanno come riferimento il gruppo. *I servizi sono per definizione precari*: quindi avremo sempre poche risorse, ma per me non è un motivo di lamentazione. Abbiamo *operatori competenti ma non specialisti*: voglio dire che quando sono stato assunto alla ASL nessuno ha chiesto se ero psicoanalista o altro. Ero psichiatra, e questo bastava!. Nei servizi, si incontrano le competenze più varie, e questa potrebbe essere una limitazione come un'opportunità, perché è possibile che, attraverso più competenze, alla fine si articoli maggiormente la funzione di un servizio. Un altro elemento è *l'onorario deresponsabilizzante*: a studio io guadagno in relazione ai pazienti che vedo, nel mio servizio no. Quindi potete immaginare che certe volte è umano che l'assenza di alcuni pazienti possa anche essere sentita come una buona occasione, ma a studio no, a studio è un danno. La *tolleranza alle assenze/ritardi/ritiri dei pazienti*: è un elemento che caratterizza il servizio pubblico. Parlo di *tolleranza*, visto che nel servizio pubblico (penso si sia capito che io seguo particolarmente pazienti gravi...), io do l'appuntamento “più o meno ad un orario” (“Venga il lunedì dalle 8 alle 12”). Perché questo è il margine possibile per alcuni pazienti di potersi permettere un appuntamento con uno "psicologo". Infatti, se io dico ad alcuni pazienti “Venga il lunedì alle nove” questi non verranno mai, neanche ci proveranno. *Nei servizi ci sono accentuate caratteristiche di sostegno* prima ancora che di terapia, nel senso che noi facciamo molto sostegno, ma questa è una funzione psicologica e psicodinamica fondamentale. L'idea che nei servizi si faccia soprattutto psicoterapia è profondamente sbagliata ed ideologica: non è vero. La psicoterapia è una piccola posizione tecnica dei servizi. Molte cose che si fanno nei servizi non hanno a che fare con quella che è la nostra idea di psicoterapia. *Il servizio pubblico è anche territoriale*: cioè il fatto che un servizio sia collocato nel territorio, ovvero nella "comunità", non è una cosa secondaria. Io ho una paziente che una volta si è trasferita in Australia e gli avevo dato un elenco di servizi dove poteva andare, lei non ci è mai andata. Quando è tornata dopo quattro anni mi ha

detto “Dottore, dove vivevo avevo individuato un servizio come questo; ci passavo tutti i giorni davanti e sapevo che, qualora mi fosse servito, era lì. Non ne ho mai avuto bisogno!”, cioè questa persona ha fatto un uso, io direi, "sincretico" della relazione con il servizio. Molte persone vengono al CSM per vedere di che si tratta e, dopo averlo conosciuto, non fanno alcuna richiesta esplicita perché sanno che lì c'è un luogo dove fare riferimento, una stampella, anche se magari non ne avranno mai bisogno. Questa è una grande risorsa, perché il servizio ha anche una potente funzione per il semplice fatto che è collocato in quel preciso posto e non sta da un'altra parte. *All'interno dei servizi ci sono ampi modelli terapeutici*: ci sono gli analisti, i comportamentisti, i terapeuti della famiglia, i farmacologi. È migliore uno dell'altro? No. I modelli terapeutici servono a noi per saper nuotare, poi tocca nuotare. Per quanto mi riguarda io uso il modello analitico perché è quello che conosco meglio, ne so poco di terapia di coppia, o altri modelli. Il fatto di conoscere la psicoanalisi non è per se stesso un elemento di capacità, io lo devo saper *usare* per aiutare le persone; i modelli servono come dispositivi non sono di per se la *funzione*.

Vi propongo un'affermazione di Balint (*La regressione*, 1968, Cortina): “*In determinati periodi del nuovo inizio, il ruolo dell'analista assomiglia per molti aspetti a quello delle sostanze o degli oggetti primari. L'analista deve esserci...*”. Balint affermava che ci sono due livelli di regressione, una benigna e una maligna. La regressione maligna è quella che noi vediamo nei pazienti dei manicomi, quando li vediamo che girano con la busta di plastica in cui portano tutto quello che hanno; con le loro stereotipie, che sono regrediti a dei livelli in cui la loro vita si è molto ridotta e attraverso questa riduzione sopravvivono. Hanno avuto una regressione maligna, hanno ridotto il loro ambito di vita e di stimoli e, in questo modo, sono meno esposti alle sollecitazioni del mondo. Una regressione benigna invece è la possibilità di un *nuovo inizio*. Un esempio: io oggi vengo qui e per sintonizzarmi con la vostra attenzione che mi permetta una esperienza nuova. devo avere una regressione benigna. Voglio dire che normalmente non sto in un'aula universitaria, quindi devo riuscire a cercare di ricordare la mia esperienza, qual'era la capacità che io avevo da studente di annoiarmi, di essere attento, di seguire una lezione. Quindi se io oggi ho una sufficiente regressione benigna mi sintonizzo meglio con voi. Se invece non ho una regressione benigna, vengo qui, vi propongo la *mia* lezione, me ne infischio assolutamente se voi mi ascoltate o meno e probabilmente parlo da solo. Allora regressione benigna significa poter rimettere in discussione la propria configurazione per ricreare nuove configurazioni. Nell'analisi il contesto permette una regressione perché si riattivino dei processi che abbiano esiti *nuovi*. L'analista, per Balint, deve essere una *sostanza*. Ad esempio, la sabbia: che cosa è la sabbia? È soprattutto qualcosa che ti permette di fare qualcos'altro. È un elemento duttile, che ti permette di fare il castello, eccetera. Quindi l'analista deve essere una sostanza, non deve essere per definizione il castello, deve essere un dispositivo che permette di

fare altre cose. Questo è fondamentale nelle nostre stanze di analisi ma soprattutto nelle situazioni dei servizi.

2) GRUPPO → Istituzione

Il gruppo interviene verso l'istituzione. Se organizzate un gruppo in un servizio, non potete pensare che l'istituzione rimarrà la stessa. Quando ho introdotto il gruppo nella clinica in cui lavoravo, un professore, che era Filippo Ferro, mi disse "Guarda però che tu stai mettendo mano alla dinamite! cioè se tu pensi di fare il gruppo in una clinica che sostanzialmente ha un assetto manicomiale, aspettati grandi problemi!". Ed era vero. Ad esempio, nella mia carriera lavorativa, solo due volte ho avuto una colluttazione fisica con un paziente. La prima è stata con un paziente paranoico che io invitai a fare il gruppo. Si trattava di un ingegnere che tutte le sere quando andavo per il turno di notte, mi aspettava perché doveva parlare con me e parlavamo piacevolmente. Poi a un certo punto l'ho messo nel gruppo e lui ha cominciato a sviluppare un delirio per cui "io ero in accordo con la sorella e volevamo togliergli la casa"!. Finché un giorno, quando arrivai in clinica, mi accorsi che lui, già da lontano, mi aveva puntato e, quindi, io mi tolsi gli occhiali perché le sue intenzioni erano evidenti (non avevo intenzione di sostenere uno scontro fisico con lui, ma pensavo di poterlo contenere fisicamente, cosa che in parte riuscii a fare...). Poi gli ho chiesto scusa per averlo invitato a fare il gruppo, perché lui aveva ragione: nel suo linguaggio psicotico, lui aveva "una casa", ovvero la sua coastruzione paranoica, il suo delirio. Inoltre, attraverso quella sua casa veniva con me a parlare come se io fossi finalmente un suo amico e non il suo medico. Aveva ragione perché ho tolto la casa connotandolo in più suo amico io diventavo il suo a casa. Non è più venuto al gruppo; ha ripreso gradualmente ad affacciarsi al mio studio e qualche volta veniva a chiedermi come andava il gruppo. Quindi pensare di organizzare un gruppo terapeutico in un contesto sicuramente comporta grandi modificazioni di fondo nel contesto. Non vi dico poi tutte le situazioni che ha determinato all'interno dell'organizzazione. Ad esempio, sempre in quella clinica, io per fare il gruppo prendevo le sedie dalla sala d'attesa e le portavo nel mio studio. Finché un giorno vedo arrivare la caposala che mi comunica che il direttore aveva ribadito che le sedie rimanessero nella sala d'attesa. Questo, non mi meraviglia, perché ritengo giusto che l'amministrazione faccia il mestiere dell'amministrazione! Non significa che l'amministrazione sia concreta e non pensi! E' giusto che dica "Scusa, le sedie stanno là, quindi perché le devi spostare?". Io non me la sono mai presa per questo motivo, ho capito che l'amministrazione aveva bisogno di essere rassicurata. Non mi sono mai sentito attaccato da questo, anzi ho sempre fatto lo sforzo di accogliere i segnali dell'amministrazione e quelli dei pazienti come suggerimenti per costruire setting

Gruppo → Istituzione:

- 1) Ridiscute l'autonomia del contesto istituzionale
- 2) Competenza ai cambiamenti del contesto istituzionale

possibili. Poi ad un certo punto, passato un certo periodo, ci affidarono la sala centrale di questa clinica per andare fare i gruppi, ma per arrivare alla sala ci fu bisogno di un processo che, ad un certo punto, rassicurò la clinica proponendo all'amministrazione che, fare i gruppi, era una buona opportunità e che ci si guadagnava in ogni senso.

I movimenti complessi di cui vi parlo comportano un processo di continua tensione e mobilità dell'assetto istituzionale nel senso che l'istituzione avrà un movimento di coartazione interna (Maturana e Varela, 1980, parlano in questi casi di *autopoiesi*) per cui questa *dovrà riorganizzare continuamente l'autonomia*. L'autonomia di un sistema è una capacità del sistema, se il sistema è vivo, di ridiscutere la propria organizzazione interna a seguito di uno stimolo esterno (ne parlo in un piccolo libro di qualche anno fa: *Psichiatria Prossima*, 2001, Bollati Boringhieri, Torino). Ad esempio. Se in questo momento una sirena segnalasse un allarme, noi dovremmo riorganizzare la nostra autonomia interna e volendo continuare a fare la lezione, dovremmo trovare un modo nuovo, magari anche transitorio, nella nostra organizzazione. Il microfono può rappresentare esattamente questo stimolo: il microfono ha permesso che noi usassimo la nostra capacità autopoietica di pensare un sistema tale che mantenesse la sua funzione di fondo nonostante gli stimoli esterni. Quindi, organizzando un gruppo in un contesto istituzionale aspettatevi reazioni persecutorie ma anche di ordine creativo. Attenti soprattutto alle reazioni di ordine persecutorio. Non lamentatevi, perché qualunque operazione facciate il sistema, come prima risposta, e prima di essere mosso da interesse, dirà che state dando fastidio, perché il cambiamento è persecutorio.

Il gruppo fonda la competenza ai cambiamenti del contesto istituzionale. Se il contesto istituzionale è vivo reagirà in un certo modo, se il contesto istituzionale è malato (secondo me c'è sempre possibilità di fare operazioni creative, ma si tratta di livelli di possibilità; spesso il livello è molto basso...) aumenteranno i vissuti persecutori, a seguito della introduzione di un gruppo. Inevitabilmente vi sentirete dire: "Ecco, tu lo fai perché vuoi diventare capo"; "Tu lo fai perché non vuoi lavorare", ecc.. Le possibilità saranno infinite.

Sempre a proposito del gruppo che modifica l'istituzione: *"Il gruppo è nel percorso evolutivo dell'istituzione"*. Io penso che qualunque istituzione ad un certo punto, indipendentemente dai progetti in campo, partorirà l'idea che si possa fare un gruppo. Cioè non è possibile che l'istituzione rimanga sempre quella e vada avanti senza essere mai sedotta dalla possibilità che sia partorito al suo interno un gruppo! Ad un certo punto ci si annoia terribilmente e qualcuno, "il mistico" come direbbe Bion, deve uscire da questa noia proponendo di fare un gruppo e assumendosene la responsabilità e l'angoscia. La possibilità di fare un gruppo fa parte del percorso evolutivo dell'istituzione, poi sta a noi cogliere questa possibilità, cioè quando si rende possibile questa operazione. Nel mio caso è stata l'impotenza che avevo

soluzione quantitativa (difesa):

**tecnica/specialisti/domanda*

rispetto ad una serie di pazienti per i quali non potevo fare niente. Erano pazienti che volevano solo ricoverarsi e a malapena prendevano dei farmaci. Quindi io ho pensato alla possibilità, con altri colleghi, di creare qualcosa, che noi poi, un po' ironicamente chiamavamo "la piazza". Per voi, ora, la piazza è Facebook. Ai nostri tempi c'era la piazza: quando uno non sapeva che fare, usciva e andava in piazza e, bene o male, qualcuno si poteva sempre incontrare, senza bisogno di darsi appuntamenti. Allora, un gruppo per pazienti psicotici in una istituzione è questo. Cioè una situazione dove molta gente viene perché c'è un appuntamento molto poco definito, all'interno di una situazione familiare ed accogliente che non comporti molte sollecitazioni specifiche.

Spesso, le nostre amministrazioni ci chiedono di fare dei gruppi perché questo è "economico" nel senso che permette di vedere più pazienti in poco tempo. Io, per quanto riconosca che questa sia anche una opportunità, ho una profonda riserva verso questa posizione. Quando il gruppo diventa una soluzione "quantitativa", come ho accennato prima, si tratta di una situazione falsa che peggiorerà il contesto, cioè fare il gruppo per vedere un maggior numero di pazienti alla lunga non funziona. Fare i gruppi è qualcosa di molto stimolante, però può essere anche molto faticoso e se non è stimolante prevale la fatica e non ce la fate più. Voglio dire che portare avanti un gruppo, se non è appassionante, è una condizione che, dopo un po', fa emergere mille motivi per cui non è più il caso di portare avanti il progetto del gruppo e appena si può si lascia perdere. Bisogna coltivarne la passione. E se l'approccio concerne soluzioni solo quantitative, dura pochissimo. Invece l'esempio del gruppo come soluzione qualitativa è quello che accade a Bion. Bion faceva il medico in un reparto militare di quattrocento persone, tutti abbastanza "messi male" per l'esperienza della guerra. Chiaramente un medico e qualche collaboratore con tutte queste persone non poteva fare niente. La soluzione più immediata poteva essere una soluzione quantitativa! Di chiamare cinquanta medici? No, l'idea poteva essere soprattutto qualitativa, ovvero modificare i parametri di fondo dell'approccio al reparto e, quindi ai pazienti. Bion fece appello all'idea dell'ordine, dell'organizzazione e del bisogno di un capo che i militari hanno per definizione per organizzarsi in gruppi in modo tale da potersi occupare di loro. Bion ha considerato il numero 400 come qualcosa che poteva essere organizzato in sotto-unità e mediante le sotto-unità lui poteva fare i suoi interventi rispetto a queste quattrocento persone, in un modo tale che non sarebbe stato possibile occupandosene singolarmente. Questo lo fanno i podisti. Ho scoperto che alcuni podisti quando fanno la maratona non fanno quarantadue chilometri, fanno quarantadue volte mille metri. Perché la fatica è minore. Questa non è una stupidaggine: è una cosa che li aiuta molto. Nel senso che quella situazione può essere rappresentata ed affrontata secondo altri parametri. I 400 militari visti secondo un'altra ottica diventano qualcos'altro. Allora per Bion, così come per Pichon-Rivière, per Garcia-Badaracco, ci sono delle situazioni in cui, messi di

fronte ad un contesto difficile (che comunque comportava impotenza) l'idea non è quella di cercare quantitativamente una soluzione ma di modificare i parametri. Pichon-Rivière in Argentina, ogni mattina quando si recava in reparto, non trovava gli infermieri o i medici del giorno prima perché erano stati "desaparecidos"! In questo caso cosa si fa? Ad un certo punto utilizza i pazienti per fare dei gruppi che avessero degli obiettivi. Per cui lui utilizza dei pazienti all'interno di un contesto perché per motivi molto concreti gli viene a mancare il personale, e per questo può inventare una situazione nuova. Lo stesso, sempre in Argentina accade a Badaracco che, per questo può introdurre i gruppi multifamiliari. Si tratta di soluzioni qualitative, perché si tratta di vedere l'oggetto da un altro vertice, piuttosto che continuare a vedere la cosa per quella che è. Se si continua a vedere la cosa per quella che è c'è poco da fare, c'è solo da accettarne le limitazioni e prima o poi il sistema si proporrà saturo.

Sempre sul gruppo che modifica l'istituzione, diciamo che nella storia della nascita dei gruppi nelle istituzioni "Il clima della domanda è il pensiero da cogliere" (alludo al concetto di *preconception* di Bion). Nel senso che il gruppo deve collocarsi nel clima della domanda. Nella mia esperienza la domanda era "Ci sono un sacco di pazienti psicotici gravi, per i quali l'istituzione può dare soltanto ricoveri e farmaci. Si può fare qualcos'altro? Si può inventare qualcosa che li contenga? Che non sia aumentare i farmaci ed i ricoveri?" Il gruppo potrebbe essere una piccola soluzione per questi pazienti, nella mia esperienza lo è.

"In metodologia analitica", dice Bion, "il criterio non consiste nello stabilire se un uso è giusto o sbagliato, se ha un significato o se è verificabile, ma nel determinare se esso sia in grado o meno di promuovere un avanzamento" (Bion 1962, *Apprendere dall'esperienza*). Voglio dire che la psicoanalisi non si riduce alle dottrine che vanno utilizzate in modo netto, ma le dottrine vanno usate per cogliere dei fenomeni e per collocare noi all'interno di questi movimenti. Le teorie servono a noi, non ai pazienti; ai pazienti non importa nulla che io sia psicoanalista. Loro vogliono usufruire del fatto che io sono psicoanalista, quindi sono io che devo usare le mie competenze teoriche per entrare in contatto con i pazienti. Ai miei pazienti interessa che io faccia qualcosa perché ci sia un avanzamento nei loro processi mentali; tutto il resto non importa. Quindi una posizione dell'analista può essere giusta o sbagliata non in sé, ma solo in relazione all'avanzamento del processo terapeutico. A questo punto ci si potrebbe chiedere: "ci sono posizioni sbagliate che producono un avanzamento?"

Gruppo ↔ Saturazione

- più possibilità per gli operatori di rappresentarsi il paziente;
- opportunità per il campo dell'accoglienza/valutazione;
- livelli di collaborazione;

EFFETTI:

- Ampliamento delle capacità di accoglienza degli operatori e del "clima"
- Competenze psicoterapeutiche degli operatori;

ne tempo
elementi
io adesso
more: chi
io e voi
riusciamo a stabilire una sufficiente relazione per cui io colgo da voi delle buone cose e voi da me altrettanto. Oppure, se la situazione è a senso unico l'altro reagisce in

modo da interrompere la comunicazione, giustamente!. Quindi se una tecnica produce un avanzamento alla lunga funziona, altrimenti sarà il contesto che suggerirà il blocco della tecnica.

Se in un contesto istituzionale è attivo un gruppo terapeutico, *gli operatori hanno più possibilità di rappresentarsi il paziente*. Voglio sostenere che se io vedo un paziente per una prima visita, e nel mio servizio si prescrivono solo farmaci io non potrò collocare quel paziente all'interno di altri processi, cioè non è possibile pensare che a quel paziente si possa suggerire una terapia individuale, familiare o magari un gruppo. Voglio sostenere che il gruppo, in un campo istituzionale, è un ulteriore dispositivo che permette di immaginare, sognare il paziente all'interno di un percorso. Quindi più opportunità si hanno a disposizione più sarà possibile rappresentarsi il paziente in modo vivo, In fondo, l'uso del cinema a cui accennava la prof.ssa Marinelli all'inizio, è in questa linea. Cioè per me il cinema serve non tanto per capire - anzi sono abbastanza contrario all'idea che il cinema serva per andare ad analizzare le nevrosi del regista, l'Edipo, ecc – quanto per sognare delle proprie storie. Il cinema, per la gente comune e per gli analisti in particolare, serve per sviluppare immagini che possano portare ad ampliare la rappresentazione dei fatti concreti che ci colgono nella vita. Io vado al cinema per sedermi e godere di un film; ma poi accade che dopo o durante il film mi vengono in mente delle cose che non riesco a cogliere secondo un diverso vertice. Non vado al cinema per questo, ma inevitabilmente è quello che succede e, per me, è un bel modo di godere ed usare il cinema. Succede che ti viene in mente una determinata cosa che non sei riuscito ad affrontare prima; le associazioni vengono attivate dal cinema che funziona come un volano di immagini. Il cinema per la nostra mente è un dispositivo evocativo e creativo prima che esplicativo di qualcosa (persino i documentari, dal mio punto di vista, hanno questa funzione). In questa linea me ne sono occupato in un piccolo libro qualche anno fa (*Le visioni di uno psicoanalista*, Antigone, Torino, 2009). È terribile andare al cinema per trovare le categorie della psicoanalisi: “ecco questo è il conflitto edipico”; oppure: “è evidente che il regista abbia avuto un conflitto con la madre, perché la madre l'ha lasciato!”, ecc... Magari è la verità ma il regista non ha chiesto alcuna interpretazione, ed io penso che chiunque ha il diritto di avere tutti i traumi che vuole, ma finché non lo chiede non siamo autorizzati a fare interpretazioni. Se non c'è un paziente che – sia in modo esplicito che implicito - pone una domanda, non c'è psicoanalisi! Però se abbiamo possibilità di immaginare il paziente e la nostra stessa appartenenza all'istituzione, secondo altri vertici, questo è ricco per l'istituzione. Quindi i gruppi sono un ulteriore vertice per immaginare il paziente. Ciò è vero anche nell'*accoglienza/valutazione* oppure per *la collaborazione dei vari contesti*.

Il tema della *saturazione* nei servizi è un tema di cui a tutti piace tanto parlare: “Ah ma io ho troppi pazienti...Ma io non posso più...”. La saturazione non può essere una *limitazione*, perché in un servizio pubblico io non posso dire al paziente “mi dispiace,

io ne ho visti dieci, non ne posso vedere undici!". No. Il paziente è l'undicesimo e io ho il dovere di inventarmi qualcosa - avrebbe detto Bion con i suoi quattrocento militari in un reparto - per cui una qualche risposta psicologica bisogna darla. In questo senso, il gruppo permette tutta una serie di opportunità, sicuramente aumenta la possibilità di accogliere i pazienti, non numericamente ma di accoglierli in senso ampio. Peraltro aumenta sia le capacità di accoglienza, che le competenze psicoterapeutiche degli operatori. Se c'è un gruppo terapeutico all'interno del servizio, gli operatori (infermieri, assistenti sociali, eccetera) pensano di più *psicologicamente*. Nel senso che è possibile che emergano domande o opportunità per confrontarsi, è possibile che quel paziente possa essere rappresentato maggiormente secondo un registro psicologico. Quindi è un tassello che aumenta la *competenza del pensiero psicologico sui pazienti*.

3) ISTITUZIONE → Gruppo

L'Istituzione interviene sul gruppo. Questo punto lo abbiamo già accennato all'inizio: voi non potete "mettere il camice una volta sì e una volta no", siete sempre gli stessi, dovete avere sempre il camice o non dovete mai avere il camice (ovviamente non parlo in senso concreto, ma nel senso di assumere una identità chiara all'interno del campo istituzionale...). Quindi, possiamo sostenere che l'istituzione obbliga ad avere un certo setting. Noi sappiamo che il setting non è qualcosa di buono o di non buono; è il dispositivo che permette di fare un determinato percorso e di attribuire un preciso senso psicologico a tutto quello che vi succede dentro. Questa sala non è il dispositivo che ci permette di comunicare, ci permette di stare insieme e di attivare un processo. Sta a me e a voi organizzare la comunicazione, certo se non ci fosse la sala sarebbe un po' più difficile, ma troveremmo comunque una soluzione per permetterci il processo della comunicazione.

Il setting, direbbe Bleger (1967), è un elemento non processuale che deve permettere processi. Ad esempio: il microfono. Il microfono sta qui da sempre, qualcuno si è mai chiesto che succede se il microfono funziona o non funziona? Diamo per scontato che funzioni finché, come accade oggi a noi, può non funzionare. Allora il microfono è un elemento del setting, non processuale (la sua presenza o assenza non modifica, nella sostanza, la nostra comunicazione, anche se da qualche tempo, come

direbbe, McLuhan, 1964, si sa bene che il medium è comunicazione, ma questo è un tema che per ora sospendiamo, cogliendo del setting la caratteristica non processuale...). Ad un certo punto il microfono, che dovrebbe funzionare, non funziona, nel suo non funzionare si segnala, cioè nel momento in cui non siamo più riusciti a parlare il microfono è diventato un elemento importante, molto più importante di quello che era prima. Cioè è entrato all'interno di un processo e ha obbligato me e voi a dover fare qualcosa che spiega le mie competenze a trovare una soluzione e le vostre competenze a trovare una soluzione. Cioè attraverso un elemento casuale – il microfono non funziona – abbiamo attivato un processo che svela di me determinate caratteristiche e di voi altre. Voglio sostenere che il setting è un dispositivo che si presta ad essere usato dai soggetti che ne sono all'interno per attivare processi. Quindi non perdiamo tempo a dire se è buono o non buono che ci sia: se c'è il microfono va bene, se non c'è – sul piano psicologico - va bene lo stesso. Quello che serve è che quando un elemento del setting si segnala dobbiamo cogliere le opportunità processuali che offre e che non erano prevedibili prima. Una mia paziente border, ad un certo punto dell'analisi, ha iniziato ad infilare, nella stanza d'analisi, il dito nella fessura della mia carta da parati. Io non mi ero mai accorto che la mia carta da parati avesse una fessura! In quel momento quella situazione – la fessura della carta da parati – è diventata un elemento che mi preoccupava molto e che eccitava molto la paziente. Però sicuramente, un elemento che io non avevo mai visto è diventato potente e permetteva a me e alla mia paziente di introdurre un possibile dialogo aggressivo che fin'allora non era stato possibile se non su altri registri, magari più concreti. Attraverso l'evento dell'attaccare la mia carta da parati, si offrono possibilità di comunicazioni tra me e la paziente. Io, ovviamente mi sono trovato in profonda difficoltà (che è il vero progetto dei pazienti border...); ho fatto una serie di operazioni finché ho dovuto ristabilire il setting come limite e ho detto alla paziente che purtroppo o smetteva di rovinarmi la carta da parati oppure io non sapevo più come seguirla. La paziente ha accettato di non mettere più il dito nella carta da parati ma io ho riportato quel processo ad una situazione compatibile, perché era diventata una situazione di sfida continua e io non potevo seguire la paziente in una sfida continua. Le ho detto sostanzialmente “Se vuoi parlare, parliamo. Se vuoi sfidarmi sulla terreno di chi distrugge di più, io non posso permetterti di distruggere un dispositivo che permette a te e a me di mantenerci vivi entrambi, e quindi non posso più seguirti”. Però la fessura ha permesso a me e a lei di fare i conti con livelli di conflittualità, anche violenta, che prima non erano presenti. Questa era una paziente gravemente border che in quel momento ha usato un elemento del setting per comunicare la sua capacità di distruggere e io ero chiamato a difendermi o psicologicamente o concretamente.

ISTITUZIONE → Gruppo

- gruppo come *frattale* dell'istituzione
Rappresentazione *concreta* e funzione *dinamica*
- Gruppo come rappresentazione dinamica del contesto istituzionale (*funzione psicoterapeutica*)
- Contesto istituzionale come risorsa e non *limite*;
- il vissuto negativo di *limite* è un segnale di saturazione;
- opportunità di setting complessi;
- interventi multipli nella stessa cornice.

- Specificità -

- ribadire la funzione del setting complesso;
- contesto istituzionale come estensione del gruppo;
- *fattore* del “clima”
- discontinuità e serialità

Il gruppo rispetto all'istituzione è un frattale. Con “frattale” si intende che una piccola unità viene ad essere la riproduzione in piccolo dell'intero sistema a cui appartiene. Cioè nel frattale è sintetizzata, in scala ridotta, l'organizzazione del sistema. Su questo abbiamo molto discusso con Claudio Neri, che era il vostro professore dello scorso anno, perché lui ha qualche perplessità che sia così, cioè che il gruppo debba essere esattamente la riproposizione dell'istituzione. Credo che, per alcuni versi, abbia ragione. Però noi adesso cogliamo la dimensione più semplice. Voglio dire che nel piccolo gruppo, quello terapeutico, un operatore non può essere differente da quello che è – appunto la situazione del camice. Io nel gruppo devo essere quello che sono nell'istituzione, se sono diverso dall'istituzione creo una conflittualità e la devo saper gestire. Penso che, particolarmente in questi casi di pazienti molto gravi, conviene che il piccolo gruppo sia la riproposizione dell'istituzione. Che vuol dire? Vuol dire che l'istituzione pubblica fa pagare? No. L'istituzione pubblica accetta i ritardi e le assenze? Sì. L'istituzione permette che delle persone che vanno via per un lungo periodo poi rientrino dopo questo lungo periodo? Sì. L'istituzione permette che io mentre sto facendo una terapia posso essere chiamato per altri motivi urgenti e quindi mi allontani per poi ritornare? Lo posso fare? Sì. Queste sono tutte cose che si possono fare nell'istituzione e non si possono fare in un contesto privato. Vuol dire che il gruppo alla fine viene organizzato riproponendo esattamente questi parametri “concreti”. Il gruppo che io seguo procede da venti-venticinque anni. Confesso che non so esattamente quanti sono i veri pazienti che *girano* intorno al gruppo, normalmente sono presenti una decina – dieci, dodici – ma ne girano, penso, almeno venticinque. Questo significa che certe volte dopo un anno o più, un paziente arriva e alla mia richiesta di spiegazioni la risposta che dà è un “Scusi, dottore, oggi è lunedì, sono venuto al gruppo!”. Questo vuol dire che quel paziente ha continuato ad avere una relazione

sincretica con quel gruppo anche se non è venuto per un lungo periodo. Questo è buono? Sì, è buono. Sarebbe meglio che i pazienti, invece, ad un certo punto vengano dimessi dal gruppo? Non in quel contesto. Perché nel frattale nessuna istituzione può dire “ti dimetto”, il Csm non dimette nessuno, semmai può terminare fasi di percorsi; modifica la sua relazione col paziente ma il paziente può tornare quando vuole. Un esempio, se vogliamo, ancora più estremo: durante la seduta un paziente non ce la fa o comunque ha un comportamento talmente violento e distruttivo verso l’eventualità che si possa creare un processo, in quel momento, che attacca in modo violento gli elementi di base che permettono l’esistenza stessa del gruppo (intolleranza, persecutorietà, agiti provocatori, ecc...). Questo, nella mia esperienza è successo poche volte; più volte succede che ci siano pazienti che non ce la fanno e trovano il loro modo (vanno in bagno, parlano al telefono, dicono di non farcela, fino a chiedere di poter uscire...). Puntualmente quando chiedono ed hanno visibilmente bisogno di uscire dalla seduta, io concordo e accetto che loro escano, ma sollecito che quando se la sentono possano rientrare. In sostanza, uso il gruppo come qualcosa che è la riproposizione di un servizio pubblico, in cui le persone se ne possono pure andare però quando tu pensi che loro ne abbiano bisogno, li solleciti a ritornare potendosi sentire accolti da un gruppo che ha resistito alla loro violenza distruttiva. Molti di questi pazienti stanno fuori, però, stando fuori, *partecipano* al gruppo. Ricordo una paziente gravemente paranoica che ad un certo punto uscì, ma non andò a casa, rimase in corridoio e dal corridoio faceva un gran chiasso, parlava con tutti e mentre lei parlava quelli del gruppo ascoltavano e c’erano dei commenti a questa paziente che però stava parlando nel corridoio. Io sapevo che, anche se stava nel corridoio, non era abbandonata: qualcuno sapeva che stavo conducendo il gruppo e siccome “mi volevano bene” in quel momento i miei colleghi lavoravano per il gruppo. Questo ha permesso che la sua rabbia trovasse contenimento in un setting allargato, fatto non solo dalla stanza, ma da territori limitrofi più ampi e tolleranti. Per questo, a un certo punto la paziente è rientrata. Ricordo che quando rientrò una paziente riportò un sogno e in questo sogno c’era un sommergibile che era emerso e nell’emergere aveva toccato una nave che stava sopra, il problema era che nell’emergere c’era stato uno scontro fisico! Era visibilmente la descrizione di quello che era successo però questo sogno poteva anche essere usato come possibilità di vedere che cosa era successo, chi si era salvato, che danni ne erano conseguiti. Cioè c’era stata un’emersione grave, che finalmente era stata possibile senza distruzioni irreparabili ma con la possibilità di valutare i danni. A questo punto si può dire “Ma il sogno c’era prima!”. Sì, c’era prima. Ma era successo che quella paziente aveva attivato un qualcosa che nel gruppo era stato possibile pensare come il contenuto del sogno e che attraverso il contributo di un altro partecipante quella paziente poteva proporre a se e al gruppo che, effettivamente, le collisioni sono possibili e non sempre catastrofiche: determinano danni, però ci sono dei salvagente, delle scialuppe, ci si può salvare in mille modi, eccetera. Fu possibile recuperare – anzi, potrei dire fare avanzare - la situazione del gruppo. Voglio dire

che tutto quello che caratterizza l'istituzione bisogna riportarlo nel gruppo, perché diventi setting, che attiverà processi. Questo è possibile quando sappiamo che l'istituzione funziona esattamente come il gruppo. Ad esempio uno dei motivi per cui non c'è un numero chiuso di partecipanti al gruppo, è perché sono i pazienti che scendono e salgono dal vagone del gruppo. Perché questo? Perché l'istituzione è esattamente come il gruppo: non dura dieci anni e poi chiude, il Csm esisteva prima che io arrivassi ed esisterà anche dopo. Io sono entrato per una fase della mia vita poi ne uscirò per una serie di motivi però la base è il servizio, la base in questo caso è il gruppo.

Bisogna ribadire la funzione sempre di *setting complessi*. Quindi abbiamo capito che i setting di cui parliamo sono non *complicati*, non peggiori: sono *complessi* e non è detto che le cose complesse siano peggiori di quelle semplici. Certe volte offrono molte più possibilità. Io penso che le istituzioni siano una grande invenzione che noi abbiamo e che ci permettono di seguire dei pazienti che altrimenti non sarebbero seguiti proprio per la complessità.

Discontinuità e serialità. È quello a cui facevo riferimento prima. Cioè nei servizi ci sono dei pazienti che vengono per sei mesi, poi non vengono più, poi ritornano dopo tre anni. Per questi pazienti possiamo dire che c'è stato un fallimento terapeutico? Possiamo dire che non sono motivati alle psicoterapie? No. Sono delle persone che possono pensare di fare un tratto di strada e dopo un po' ne fanno un altro. È l'istituzione che è chiamata a segnare e a descrivere la continuità. Il paziente che si presenta dopo un anno al gruppo e mi sorprende, in realtà ha fatto semplicemente dei pezzi di percorso, è il gruppo che accoglie e descrive questi pezzi di percorso come continui. Tanto è vero che quello che viene dopo un anno troverà chi ci stava prima e altri che non ci saranno più. Cioè la *serialità* è la soluzione degli episodi. Si tratta di un concetto che ho trovato ne "La costellazione materna" di Stern (1995). L'idea di Stern è che in quel momento c'è una particolare malattia che si chiama maternità: accade solo in quel periodo e, per fortuna, poi le cose cambiano. In quel momento intervengono situazioni particolarmente potenti che dopo non accadranno. Si tratta di piccoli frammenti, sia dell'esperienza della maternità ma anche di terapie che possono essere fatte con i bambini e le loro madri, che possono essere sospesi e poi vengono ripresi altre volte. Sono dei fallimenti? No, non sono dei fallimenti, descrivono delle *serialità*. Certe volte noi pensiamo di aver avuto successo con un paziente semplicemente perché non lo vediamo più, ma magari è semplicemente andato da un altro terapeuta. La serialità è qualcosa di importante di cui sono capaci le istituzioni, soprattutto, perché abbiamo le cartelle cliniche e l'archivio. Molti pazienti ritornano nel nostro servizio senza dire che sono stati precedentemente seguiti da noi ma è l'istituzione che lo sa e glielo restituisce, e questo è enormemente importante. Il gruppo funziona bene quando funziona in questo modo di permettere serialità: si può tornare nel gruppo e fare un altro pezzo

di strada. Molti dicono che questo è disturbante, ma se una persona non può fare di più va bene che faccia quello. Allora la discontinuità è un fattore possibile, utile anche, che si può permettere all'interno di una situazione pubblica e gruppale.

Esempi:

- a) *Celeste*: introdurre l'angoscia;
- b) *Paola*: fuori la stanza;
- c) *Donatella*: la prescrizione alla cura

Paola è la paziente di cui vi parlavo prima che stava fuori dalla stanza; è una paziente paranoica che in particolari sedute veniva in gruppo, attaccava il gruppo e usciva, o io qualche volta le suggerivo di uscire fin tanto che non se la sentiva di rientrare. Certe volte questo l'ho dovuto fare anche in modo concreto: non si tratta di un'espulsione ma è il tentativo di suggerire ai pazienti di tenere intero un *oggetto* – perché i primi a soffrire di questi attacchi al gruppo sarebbero proprio i pazienti che vedrebbero confermata la loro distruttività, per cui bisogna aiutare i pazienti a stabilire una sufficiente distanza dal rischio di essere distruttivi.

Celeste, è una persona che, pur essendo stata in passato una miss di bellezza, per un certo periodo non si lavava. Aveva tre cani in casa: quindi si può immaginare cosa portava, perciò introduceva degli elementi veramente gravi nel gruppo che determinavano delle reazioni, ma soprattutto rideva sempre. La sua partecipazione al gruppo era il ridere, e non riusciva a dare nessuna altra comunicazione. Questo creava grossi problemi soprattutto in alcuni pazienti che si sentivano presi in giro dal fatto che lei ridesse, finché ad un certo punto una paziente commentò: “però, dottore, se noi non guardassimo Celeste, non è un riso, ma quello è un pianto”. Fu un momento importante per il gruppo, cioè improvvisamente quella situazione che dava fastidio poté essere vista per qualcosa che apparentemente era il suo reciproco ma che era la sua sostanza. È stato possibile, ad un certo punto, che quella comunicazione grave – sporca, in senso proprio fisico – potesse essere colta per quello che era, mentre immediatamente si proponeva come qualcosa di molto, molto violento. Per cui, ci sono percorsi che prima di arrivare alla intuizione del pianto dell'altra paziente passano molti mesi, però dal quel momento in poi le cose cambiarono notevolmente. È una paziente che dopo molti anni ora sta molto meglio.

[*La prof.ssa Marinelli introduce una domanda di una studentessa*]

Sofia: “Lei ha detto che nelle istituzioni c'è una consistenza di gravità e terapie, ma quindi anche all'interno del gruppo ci sono svariate gravità e anche magari patologie differenti? Cioè è possibile questo?”

Allora io ho detto che questo gruppo è nato proprio perché io ero impotente rispetto ad un serie di pazienti. Alla fine sono quasi tutti miei pazienti in questo gruppo, solo due sono di altri miei colleghi. Il motivo per cui nasce questo gruppo sono io, nel senso che io non sapevo come occuparmi di una quantità di pazienti gravi e quindi, indirettamente, la prima omogeneità clinica è che si tratta di pazienti gravi che io non so assolutamente come avvicinare. Quindi in un certo senso c'è diversità di pazienti dal punto di vista clinico: si tratta di pazienti gravemente psicotici, non cronici e che hanno delle situazioni molto ancora floride da un punto di vista psicotico e border, soprattutto schizofrenico. Ad un certo punto io mi sono posto un problema su quali pazienti prendere o non prendere nel gruppo. In un primo momento pensavo – e ci sono elementi teorici che si muoverebbero in questa linea – che i pazienti paranoici ben strutturati non era il caso di prenderli nel gruppo. Devo dire che invece è successo che nel gruppo, per una serie di motivi concreti, sono entrati alcuni pazienti paranoici, e questi pazienti hanno saputo fare un buon uso del gruppo. Quindi io ho rivisto anche questa mia idea iniziale basata sulla considerazione che chi avesse una disposizione strutturale di rivedere in modo persecutorio ogni propria relazione e i contatti con la realtà non era il caso di accoglierlo nel gruppo. Riprendo la domanda che era: nel gruppo ci sono diverse patologie? Sì. Di quali patologie si tratta? Dell'area psicotica. I border certe volte sono quelli che, per definizione, non ce la fanno a tollerare l'esistenza del gruppo. Un border difficilmente riesce a tollerare un livello depressivo minimo per poter stare in un gruppo, accettarne la frustrazione delle regole e dare spazio agli altri. Quindi, spesso dei pazienti border vengono invitati al gruppo ma sono quelli che poi più facilmente vanno via. Quindi grossomodo la patologia è dell'area psicotica grave, ma non cronica. Persone che non sono in grado di accettare un minimo di contrattualità, anche sufficientemente ampia. Per tollerare un setting duale. Una della presentazioni che faccio ai pazienti del gruppo, quando li invito per la prima volta, è: “Lei viene e sta, se non vuole dire niente può non dire niente, mentre quando ci incontriamo io e lei da soli il problema di che cosa dire lo ha.” e spesso la risposta è un “Sì, però devo venire a dire i fatti miei agli altri?”. Io rispondo: “Lei si mette in un angolo e se non vuole dire niente non dice assolutamente niente”. Questa possibilità di *appartenere* ad una situazione dove si è liberi di non dire niente è qualcosa che rassicura molto i pazienti gravi, molto più rispetto al dover partecipare ad una seduta individuale e dover dire per forza qualcosa.

Sofia: “No, io mi chiedevo più che altro in che modo si sviluppasse, ecco, la coesistenza nello stesso gruppo di patologie o di gravità diverse. Però lei mi ha detto che il punto di omogeneità è il fatto che lei non sapesse come avvicinarli e quindi ... non avevo colto quale fosse il punto di omogeneità!”

Poi ognuno dei pazienti porta quello che ha, fa il suo mestiere! Celeste poteva portare solo la puzza, lo sporco, la bruttezza e la ex bellezza (la sua bellezza, per

quanto coperta, si vedeva bene!). Poi poteva portare come sua unica comunicazione qualcosa che sembrava essere un ridere, finché poi ad un certo punto è stato possibile che questo fosse un pianto. Lei poteva portare questo. Altre persone, per esempio Paola portava l'idea che noi (non solo del gruppo, ma dell'istituzione in generale...) eravamo il motivo della sua sofferenza: le avevamo messo un amministratore di sostegno "per controllarla", le avevamo rubato dei soldi e che, da quanto esisteva il Csm, la sua vita era peggiorata. Questa paziente può cogliere il corridoio come unico spazio in cui permettersi relazioni "a distanza di sicurezza". Cioè ognuno offre il suo contributo; ognuno porta sulla scena la sua cifra patologica.

Nella mia idea, il progetto del gruppo è quello di sopravvivere a una seduta; cioè che le persone possano stare dalle dodici all'una e un quarto del lunedì e si permettano l'esperienza di qualcosa che comincia e che finisce, in cui loro sono stati protagonisti. Se poi dopo faranno altre sedute non mi interessa. A me interessa che ci sia l'esperienza di portare a termine un percorso finito e che per quanto psicotici, paranoidi o border, questi pazienti possano cominciare e finire un percorso. Per cui io devo proteggere il processo del gruppo e questo alcune volte – quando vedo che ci sono attacchi potenti al funzionamento del gruppo – implica che io debba fare delle azioni per proteggere il gruppo, non *contro* chi lo vuole attaccare ma *anche* per chi lo vuole attaccare, perché a chi attacca deve rimanere l'esperienza che nonostante la sua psicosi il gruppo va avanti (non è talmente potente da distruggere il mondo). Paola nel corridoio può permettersi di far esplodere il sottomarino, dentro sarebbe stata una collisione molto grave impossibile da sostenere.

Carola: "Scusi, io non ho capito perché li ha definiti pazienti non cronici, dal momento che non vengono dimessi, insomma non guariscono?"

Sì, non cronici è una brutta parola che, per me, sul piano clinico, non significa nulla perché la cronicità comincia nel momento dell'esordio. Che vogliamo intendere quando parliamo di cronicità? Parliamo di quella categoria di pazienti regrediti *malignamente* (Balint, 1968) ad un livello dove gli elementi di relazione sono quelli concreti, quelli che io chiamerei le cose. Allora possiamo pensare a un'area di pazienti – dove però ci sono ampie intersezioni ed è difficile capire dove comincia uno o l'altro – in cui, ad un certo punto di un percorso schizofrenico, prevale un registro comunicativo sempre più concreto, anche per nostro contributo, perché noi facciamo molto per far regredire i pazienti ad un livello dove siano un pochino più tranquilli e non diano troppo fastidio. Si tratta di pazienti che non sono più in grado di relazionarsi attraverso elementi dell'ordine verbale/simbolico, ma si relazionano a noi con degli elementi dell'ordine concreto, per cui io con molti pazienti mi relaziono andando a prendere il caffè, o facendo attività elementari precise. Seguo tutta una serie di pazienti con cui mi relaziono andando a fare colazione, perché uso la colazione come unica possibilità concreta per stabilire una

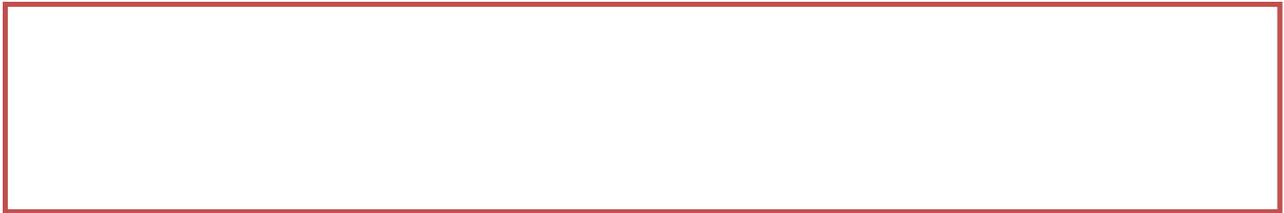
comunicazione con loro e mentre facciamo la strada per andare al bar – sto pensando ad un paziente che sta in una comunità terapeutica, io lo raggiungo e lo invito a fare colazione. Perché? Perché a me piace fare colazione al bar, davvero! E chiedo a lui se mi accompagna. Nel tratto di strada verso il bar, parliamo. Quando a questo paziente proponi un colloquio in una stanza neanche si siede. Invece, per lui l'idea della colazione è un elemento concreto che gli permette di parlare con un'altra persona. Questo è un paziente che tempo fa avevo inserito nel gruppo ma lui ha passato l'intera seduta ad allacciarsi e slacciarsi la scarpa, poi non è più venuto, ma, col senno di poi, lui già aveva segnalato il registro delle sue competenze relazionali: poteva stare con le persone solo facendo qualcosa di concreto, non poteva accettare di relazionarsi da un punto di vista comportamentale! Poteva stare nel gruppo finché aveva qualcosa da fare che gli impedisse la relazione esplicita. Quindi parlo di cronico nel senso di “quali sono le caratteristiche degli elementi che permettono la relazione tra noi ed i pazienti”. Dobbiamo accettare che, seppure in una scala molto ampia di livelli, per molti la relazione è mediata solo da elementi concreti. Molti pazienti noi li seguivamo solo attraverso il lavoro, le gite, dando i sussidi, andando a fare il corso di computer. Noi facciamo i corsi di computer ai pazienti? No, noi usiamo i computer per relazionarci con i pazienti, poi i corsi li fanno altri.



Allora, il gruppo è importante per i pazienti psicotici. Le istituzioni sono fondamentali per seguire i pazienti psicotici, Io seguo pazienti psicotici a studio, ma, onestamente, riconosco che sono selezionati. Pazienti psicotici gravi io non ho potuto seguirli privatamente, mentre la grossa quota di psicotici – particolarmente i border – non si possono seguire se non nell'istituzione. Se qualcuno vuole seguire questa tipologia di pazienti sappia che ha bisogno dell'istituzione. All'interno dell'istituzione, come dicevo prima, io ho poi avuto bisogno dei gruppi per seguire un certo numero di pazienti. Accade che alcuni pazienti psicotici possono essere seguiti bene nell'istituzione se all'interno di questa c'è un gruppo. Altrimenti gli psicotici sono seguiti dall'istituzione soprattutto attraverso farmaci e ricoveri, quindi essendo un po' aiutati ad andare il prima possibile verso una *regressione maligna*. Il gruppo rimette in discussione le diagnosi:, Celeste che, vi dicevo, è una persona che da subito sarebbe stata ricoverata in modo definitivo in un reparto psichiatrico, attualmente è una persona che ha trovato un fidanzato; si prende cura – come può - di suo figlio e, da un po' di tempo, se ne prende cura bene. Si reca ogni tanto in un paese fuori l'Italia dove lei ha trovato questo fidanzato; va sei mesi e torna, impensabile per come poteva apparire all'esordio! Io sono andato a trovarla alcune volte in una Panda in una villa e nella Panda vivevano per settimane lei e tre cani. Possiamo dire che l'evoluzione di questa persona è stata enorme, io credo grazie

Gruppo → psicosi

➤ **pazienti psicotici:** offrire una qualche forma di terapia – la più adeguata possibile – a pazienti molto regrediti incapaci di relazione individuale, all'istituzione, grazie al gruppo e grazie alle sue potenzialità. Ma in altri contesti e in altri tempi, una persona così sarebbe stata da subito messa in una stanza e lasciata. Io credo che molti dei nostri pazienti siano stati fortunati ad essere seguiti da noi nelle istituzioni, altrimenti la loro vita sarebbe andata in un altro modo. Quindi le istituzioni servono, e i gruppi all'interno delle istituzioni sono una buona opportunità



Quindi *Il gruppo offre una qualche forma di terapia – la più adeguata possibile – a pazienti molto regrediti incapaci di relazione individuale.* Questo è in continuità con quello che dicevo prima. Per me il gruppo – a me prima che ai pazienti – serve per dare una cura ad alcuni pazienti a cui non saprei dare nessuna cura. *Prima che terapia è accoglienza e contenimento, il primo progetto è di riuscire a stare nel gruppo.* Quello che vi dicevo prima: non è che i pazienti devono capire granché nel gruppo, non mi interessa che ci siano delle raffinate interpretazioni. È tutto funzionale al fatto che i pazienti devono riuscire a stare un'ora e un quarto, dall'inizio alla fine, in un contenitore che abbia qualcosa di definito per loro; che abbiano l'esperienza di iniziare e portare a termine un'esperienza. Per uno psicotico questo è qualcosa di enorme. Cioè la possibilità di cominciare e di separarsi. Lo psicotico quando entra in relazione con un oggetto *diventa* l'oggetto e separarsi da quell'oggetto significa morire. Quindi per un paziente psicotico entrare in un gruppo, seguire una parabola e sapere che poi si dovrà separare e dovrà aspettare un'altra settimana, è *ontologicamente* intollerabile. Per questo, sperimentare di essere in grado di portare avanti questa esperienza è qualcosa di enorme. Il mio compito è di permettere a questi pazienti di fare questa esperienza. Poi il resto: interpretazioni, sogni, eccetera sono tutti funzionali a questa esperienza. Questo riguarda anche me. Ad esempio questo gruppo dura da vent'anni. Si tiene sempre il lunedì. Dalle dodici all'una e un quarto. Io ho avuto molti motivi personali per cambiare gli orari: è ovvio! in venti anni le cose cambiano, allora ho fatto in modo – e finora mi è riuscito – di mantenere il gruppo sempre a quell'ora e in quel giorno. Perché è importante? Perché questo con l'andare del tempo diventa strutturale sin dall'inizio. Ad esempio io vado a fare delle visite domiciliari ad un paziente, di solito il mercoledì – perché? Perché il mercoledì non ho la stanza e mi conviene andare il mercoledì! Una volta questo paziente, gravissimo - è un paziente che per togliergli il materasso da terra pieno di insetti ce n'è voluto (perché lui su quel materasso dormiva, non poteva dormire su quello nuovo, perché quello era il *suo* - poiché non potevo andarci il

-Specificità -

mercoledì sono andato di martedì e mi ha detto: “Dottore, ma oggi è mercoledì?”,
cioè per lui la mia visita era il mercoledì e questa costante aveva segnato per lui la
scansione del suo tempo e io non avrei mai immaginato che fosse capace di
organizzare il suo tempo in base alla mia costanza della visita. A me ha emozionato
molto questo: lui mi aveva usato bene! Cioè usava i miei incontri con lui per dare un
certo ordine alla sua vita. E quindi il fatto che lui, indipendentemente da quello che
io potevo immaginare collegasse la visita con il mercoledì è stata una grossa
restituzione da parte sua dello sforzo che facevo. Mi sono sentito molto importante
attraverso questa comunicazione del paziente.



Il gruppo rispetto alla psicosi è importante perché nelle psicosi i processi non possono essere visti come qualcosa di continuo. La psicosi per definizione non tollera la processualità, non tollera la continuità. Uno psicotico deve *sapere* che la sua esperienza non è un processo, che può controllare in modo onnipotente quel processo e può farne quello che vuole, ma sapere che: “io partecipo ad un incontro di gruppo, posso ascoltare gli altri che stanno parlando e poi posso andare via tranquillamente” è qualcosa che uno psicotico non tollererebbe. Ad esempio, quando in un gruppo di persone, come ad esempio qui, ora, tra di noi, c'è qualche soggetto più psicotico di altri, quella persona fa di tutto, implicitamente, per segnalarsi in qualche modo, ovvero per sospendere l'esperienza dolorosa di appartenere ad un gruppo (si segnalerebbe allontanandosi o escludendosi dal gruppo; proporrebbe interventi che gli altri sentirebbero, a vario livello, incongrui al contesto; si segnalerebbe come persona poco simpatica o visibilmente antipatica, ecc...). Perché l'esperienza di appartenere ad un contesto in cui ascoltare e poi eventualmente interloquire non coincide con l'aspettativa psicotica.

Giulia: “Lei ha parlato del fatto che sicuramente all'interno di questo gruppo di base ci deve essere questa accoglienza e questo contenimento, in un contesto di non processualità, insomma senza di schemi rigidi, però poi il passo successivo – se di passo si può parlare – qual è? Cioè su cosa fa leva lei? e soprattutto lei che cosa prova? ... In questi momenti, cioè sia nella fase di contenimento che nelle fasi successive, per arrivare poi a vedere una paziente che fiorisce e si trasforma. Lei che cosa sente? Lei che cosa prova?”

La processualità è la sostanza di cui dicevo prima; il gruppo deve esistere e deve essere un elemento di *fiducia di base* per la persona. Cioè, la persona deve sapere che può succedere di tutto ma il lunedì dalle dodici all'una e un quarto, se proprio non sa dove sbattere la testa viene al gruppo la e c'è qualcosa che per lui, è di

contenimento. Per quanto concerne la seconda domanda, mi sa che si è compreso: io stavo parlando del paziente che mi ha detto del mercoledì e, persino qui, mi sono emozionato, no?

Giulia: “Forse non sono riuscita a fare una domanda chiara. Manca un pezzo però, cioè dalla fase di contenimento alla fase “quasi finale” – anche se poi probabilmente non è mai finale – c’è qualcosa. Non si passa così in modo repentino da “avere la certezza che c’è qualcosa che mi possa contenere” a una fase in cui la mia vita di paziente si trasforma concretamente e “posso avere una relazione, posso avere un rapporto con mio figlio”. Cioè c’è un “buco” tra queste due situazioni. E poi, lei non si è mai sentito onnipotente? Cioè, con questa specifica paziente, l’onnipotenza lei non l’ha sentita? Cioè, vedere che questa donna si è trasformata...”

No, mi sono sentito gratificato e tuttora mi sento gratificato. Penso di averla aiutata molto, penso che se lei non avesse trovato me in quel determinato periodo della mia vita, poteva tranquillamente avere un altro destino. Io penso di essere stato importante per lei. Però la domanda che lei mi fa è: “Se ad un certo punto tu attivi dei processi” – se ho capito bene – “poi c’è un esito. Quello intermedio come lo vedi?”. Allora, se incontri un paziente - non perché lo hai deciso a tavolino - in qualche modo ti emoziona. Oggi, in questo momento, io mi posso sentire emozionato da Francesco, il paziente del mercoledì, nonostante abbia ricordato una scena di sette, otto anni fa! Significa che questo paziente ha modificato qualcosa nella mia vita e, nella misura in cui mi emoziono per lui, gli posso restituire qualcosa in cui lui si sente competente, ma non perché glielo dico ma perché si *sente*. Voglio dire che, a quel livello di relazione, il paziente vuole sentirsi capace di modificare il mondo e il mondo in quel momento sono io. Se io nel parlare di questo paziente e nell’aver scoperto che ero importante per lui, questo è qualcosa che lui mi ha restituito allora e che è attiva tuttora . Non si tratta buonismo; secondo me questa è tecnica che usa un processo intersoggettivo dove usiamo quello che siamo per sintonizzarci con un’altra persona (Stern, 1985). Significa che questa persona, emozionandomi, ha modificato qualcosa del mondo e, se io continuo ad emozionarmi per quello che è successo tra me e lui, lui è vivo. La domanda potrebbe essere: “Come fai a restituirgli questa emozione?” Non ha senso pensare a questa dinamica sul piano lineare; la prossima volta che lo incontro – o magari incontro qualcun altro – io sono cambiato rispetto a quella configurazione e viene automatico, non ci devo pensare!. Prima della lezione di oggi, io non pensavo affatto ai miei incontri con Francesco! Credo che l’ultima volta che ne ho parlato sia stato qualche anno fa – perché ci sono tre/quattro scene di questo paziente che io continuo a ricordare – ma io non sapevo che oggi avrei incontrato qui quelle micro-esperienze così emotivamente legate a quel paziente... questo noi lo chiamiamo transfert, nel senso che ad un certo punto il tempo si azzerà e tu ti trovi esattamente in una situazione emotiva di un tempo passato. Perché quella emozione è ancora

viva. Allora, io accolgo nel gruppo determinati pazienti. Poi qualche paziente, piano piano, sta meglio. La domanda è: “Cos’è successo? Come fai a capire che quella persona sta meglio?” (è questa la domanda?). Io penso che sia il paziente, ovviamente, che ce lo dice. Certo, non sta meglio solo per noi!. Potrebbe aver fatto mille altre cose, anzi sicuramente non sta meglio solo per la nostra funzione o quella del gruppo: dobbiamo sempre sapere che sono accadute mille altre cose, ma la relazione con noi è speciale, perché non è concreta, ma si fonda sul transfert, il che vuol dire che nel transfert, in un certo senso, si rivede continuamente tutta la propria vita. Sicuramente possiamo sapere che questa persona ci propone qualcosa di vivo con cui facciamo i conti e che, in qualche modo, questa emozione, indipendentemente da ciò che decidiamo, passerà e sarà restituita, semplicemente, quando la incontriamo. Una madre con il figlio non è che sta sempre a dirgli “Ah che bravo tu, quando sono venuta a prenderti a scuola, mi hai sorriso” però la madre lo sa, e anche il figlio lo sa!. Forse, non riesco ad essere chiaro perché stiamo parlando di pancia, e solo certe volte la pancia ti dice delle cose. Noi siamo dei tecnici che devono usare la pancia e, come direbbe Bion (1965), devono trovare delle teorie nelle cose che ti succedono nella pancia. Ci riusciamo sempre fino ad un certo punto, però dobbiamo fidarci della pancia. Il nostro lavoro ha a che fare con delle emozioni su cui noi riflettiamo, ma che poi non riusciamo a gestire completamente. Io mi occupo di molti pazienti gravi. Perché? Potrei trovare molti motivi, un tempo ero responsabile del servizio, quindi tutte le situazioni gravi ricadevano alla fine su di me e io me ne dovevo per forza occupare. Però io so che ho una certa affinità per le situazioni gravi, Per quale motivo? Non so, per la mia vita, per tanti motivi. Ma questa affinità, come direbbe Bleger (1964) è il mio strumento di lavoro.

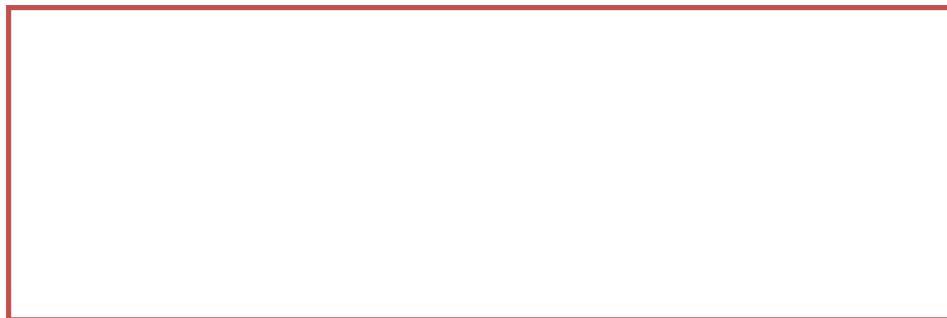
Giulia: “Grazie”.

Quindi il bello del gruppo e delle psicosi è che entrambi hanno questa affinità: odiano la processualità. Anzi il gruppo potrebbe organizzarsi secondo la processualità, ma, se si occupa di pazienti gravi nell’istituzione, un gruppo si deve organizzare per accogliere la non processualità, deve organizzare una processualità nella continuità istituzionale, ma deve permettere episodi. Ossia deve sintonizzarsi con la non processualità, perché questa è una modalità di vita di alcune persone, alcune volte. Il riconoscimento della non processualità non deve colpevolizzare. Chi conosce Stern (1985; vedi anche: Boston Group, 2010) sa che “sintonizzarsi” rappresenta un elemento fondamentale di relazione. La “sintonizzazione affettiva” è quello che imparano a fare le madri da subito con i loro figli: non stanno lì a cercare di capire che fare! Nei gruppi nelle istituzioni la sintonizzazione alla non processualità è fondamentale.

Nei gruppi è possibile accogliere - per gli esempi che vi ho fatto dovrebbe essere ormai chiaro - delle *soluzioni schizo-paranoidee non massive*. Cioè i pazienti

- necessita del "continuo";
- instabilità delle scissioni/rappresentazioni;

vengono e fanno delle operazioni: ridere, non tollerare che il gruppo si proceda, sentire che l'altra sta ridendo contro di te, eccetera. Cioè, quando va bene, il gruppo è capace di contenere alcune volte queste seduzioni schizo-paranoidee non massive. Le terapie individuali molto meno. Cioè, è molto più difficile in una relazione individuale, contenere psicologicamente un paziente che vi attacca perché vi ritiene responsabili del fatto che sta sentendo una determinata voce. Mentre il gruppo è un po' più "largo". Ci sono degli *insight attraverso il gruppo*, il sogno che vi ho detto prima è questo. Cioè interviene un sogno che aderisce perfettamente alla situazione che si sta creando ma è detto da un'altra paziente su un evento che sta accadendo qui e ora. Questa è la bellezza del mestiere che facciamo: noi abbiamo a che fare con un sogno fatto una settimana prima, che viene narrato *adesso* nel gruppo e che ci spiega quello che sta accadendo adesso nel gruppo in quella persona e in tutti gli altri partecipanti, conduttori compresi! Mettere insieme questi parametri non è qualcosa di logico, eppure noi sappiamo che ha una sua logica. Nel nostro mestiere questo è fondamentale ma non è una nostra invenzione! Sappiamo che la mente non è lineare, non ha una modalità solo di tipo sequenziale. La mente permette che un sogno fatto una settimana prima possa spiegare un evento che sta accadendo adesso in un'altra persona. In base a questo voi dovrete avere un piacere enorme a fare il mestiere che volete fare e ancora di più di fare dei gruppi, perché nei gruppi queste cose sono estremamente visibili.

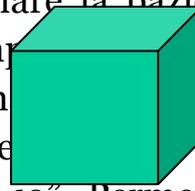


Nel gruppo accadono una serie di situazioni importanti. Tra le più importanti io vi segnalerei quella del *registro somatico*. Più che in altri contesti il corpo nel gruppo è importante. Per cui voi avete il mal di pancia, il paziente che va al bagno, le caramelle che vengono passate in un determinato momento, ed infine, quando un tempo quando si poteva fumare nel gruppo, il fumare, ecc.. Ad esempio ricordo un paziente che nel gruppo si alzò e venne da me e disse: "Dottore, mi vuole sentire il cuore?". Io non fui capace, la dottoressa che conduceva il gruppo con me colse meglio la situazione; si avvicinò e gli sentì il cuore. Un'altra paziente ad un certo punto si alzò, si avvicinò a me e mi chiese di abbracciarla. Io di solito queste cose riesco a farle, però alcune volte non ci riesco, mi attardo a pensare e a voler capire e, quindi, non le faccio subito. In quella occasione ebbi qualche esitamento prima di farlo, e non lo feci. Si alzò un paziente e le disse: "Non ti preoccupare: ti abbraccio io!". Sicuramente c'è qualche cosa per cui, in quei momenti, ho avuto difficoltà a

1°) gruppo → attivazione el β (transferali e contingenti)

gruppo come α → trasformazioni α

toccare il paziente, il sentire il cuore, abbracciare la paziente, per me è risultato difficile, mentre ha attivato la disponibilità empatica di qualcun altro nel gruppo. Questa mia difficoltà non la giudico né buona né cattiva. Io sono così e mi presento per quello che sono. Ma questo per i pazienti di intervenire. Permette a una dottoressa di dire "Sì, ti sento io". Permette un gioco che però si trasmette solo a livello somatico ed attiva comportamenti e relazioni. Più c'è regressione benigna, ma anche maligna, più c'è il registro somatico. Per cui a livello del gruppo il problema del corpo è enormemente presente. Gli agiti sono all'ordine del giorno, nel senso che in un gruppo persino lo spostamento di sedie, il passaggio di caramelle, l'andare via e il tornare sono tutte delle comunicazioni agite, che però non è giusto impedirle, ma devono essere usate perché hanno un preciso significato all'interno del percorso. Soprattutto i pazienti che si incontrano per conto proprio dopo il gruppo. In questi casi pur estremi, dire: "Ah, questo non si fa!... Mi raccomando, c'è la regola: non andate a fare la pizza dopo". Devo dire che nel gruppo che seguo, pur in tanti anni, non è mai successo che i pazienti si siano incontrati autonomamente fuori. Io credo che ci sia una implicita regola che attiene forse a un mio livello di severità, che non la vede bene. E quindi non è mai successo, però qualora qualcuno ponga il problema, il problema non è dire: "Ah, non si fa!", il problema è far rientrare quella comunicazione in cui due persone si vogliono organizzare secondo un assunto di base, potremmo dire di *accoppiamento*: "noi due contro tutti gli altri". Questa non è un'operazione che va bloccata ma va *interpretata*. Interpretata è una parola grossa. Va usata perché sta proponendo una nuova soluzione limitata al gruppo. E' comunque un contributo, non è un attacco al gruppo.



Questo che vi propongo è molto importante. A me aiuta molto questo schema, che è cubo di Bion, chiamiamolo così. E' una bella cosa nel nostro lavoro ancora di più per gli psicotici. E' l'esempio che vi dicevo prima: una paziente ride, l'altro dice: "forse

piange”. Per fare questa operazione bisogna avere a mente un dispositivo che è questo cubo. Se togliete i trattini fate fatica a vedere quale faccia sia avanti e quale indietro. Può essere prima l’una poi l’altra. Questa è l’operazione da fare continuamente nelle situazioni particolarmente psicotiche, anche se vale sempre nelle situazioni terapeutiche, altrimenti entriamo in una situazione simmetrica. Se noi vediamo la stessa faccia che il paziente ci presenta, ci poniamo in una posizione simmetrica. Ci sarà una comunicazione, ma la posizione creativa emerge nel momento in cui, la faccia che il paziente presenta, ad es. quella anteriore, noi la facciamo diventare posteriore e quindi introduciamo un altro vertice. In questo senso accadono tutte le scene di cui vi ho parlato. Quando la paziente chiede l’abbraccio e io non l’ho saputo dare, è perché non ho saputo cambiare il vertice della situazione, per cui ho preso l’abbraccio come abbraccio. Non ho saputo sentire in quei secondi che bisognava modificare il vertice. Quella persona non mi stava chiedendo “un abbraccio”, mi stava chiedendo contatto, calore, voleva sentirsi, e farsi sentire, viva. Voleva sentirsi contenuta e io ho preso la comunicazione come abbraccio e l’abbraccio mi ha messo in difficoltà. Però l’ha fatto l’altro paziente e ha detto: “Non ti preoccupare, ci sto io”. Però questo suggerimento che ci viene da Bion non bisogna essere bioniani per utilizzarlo. Credo che bisogna essere sufficientemente capaci e creativi nelle relazioni terapeutiche per fare questo, particolarmente nei gruppi con pazienti psicotici.

Per quanto concerne la comunicazione somatica, un’altra teoria a cui faccio riferimento è la teoria dei Codici Multipli della Wilma Bucci (1997). E’ una teoria per cui una determinata emozione deve poter essere trasferita su altri codici, per cui qualcosa che è somatico deve poter essere trasferito in qualcosa che è verbale, simbolico, presimbolico. Il trasferimento sui vari codici di una determinata emozione determina o comunque descrive la trasformazione dell’emozione. La mia emozione del paziente del mercoledì adesso è un’emozione che mi tocca anche sul piano della partecipazione somatica. Si tratta di un’operazione di trasferimento di codice di comunicazione. In quel momento si trattava di un’operazione concreta. Io non mi sono emozionato quella volta, io mi emoziono più quando ci penso e mi emoziono adesso! Quella volta devo aver preso la comunicazione dal paziente come una cosa che mi faceva piacere. L’emozione somatica invece mi coglie adesso. Sicuramente la reazione che ho avuto adesso è molto diversa dalla reazione che ho avuto in quel momento che era molto più gratificante, mentre adesso l’emozione è più somatica.

[*riferendosi alla slide*] La seduta deve essere, quindi, *un’esperienza originale*. Non ci interessa che il paziente debba fare molte sedute, debba venire per tanto tempo: ogni volta il paziente deve fare UNA seduta, poi ne farà un’altra, poi magari un’altra ancora. Più sedute fa, più tasselli mette alla sua esperienza di essere competente alla continuità. Però se è capace di fare una sola seduta, va bene, poi speriamo che ne faccia qualcun’altra dopo. Ma il progetto è che, ogni volta, ci sia una seduta che inizi

e finisca. Un altro punto: la *competenza alla violenza*. I pazienti devono sapere di poter essere violenti, ma non distruttivi. Cioè possono sperimentare frammenti di partecipazione, ma attraverso il gruppo e l'istituzione potrà essere resa seriale questa loro discontinuità. Inoltre si tratta in un certo senso di *sopravvivenza*, perché dall'inizio alla fine a noi ci sembra un'ora e un quarto, ma per questi pazienti spesso è una vita. Ricordo Luca che a un certo punto ha detto: "Angelica mi fa ricordare una mia maestra delle elementari". Indicava Angelica, una paziente molto grave, ebfrenica (quella dell'abbraccio di cui ho parlato prima) che nel gruppo era diventata improvvisamente la *sua* maestra delle elementari. Però attraverso questo è stato interessante tutto lo sviluppo della seduta.

"Il senso di un Sé nucleare", questo concetto è preso da Stern (1985), *"sarebbe effimero ove mancasse la continuità dell'esperienza"*. Cioè l'esperienza deve essere continua ma deve essere resa seriale e continua dalla madre, da un interlocutore. *"La continuità, o storicità, è l'ingrediente fondamentale che distingue un'interazione da una relazione... La capacità necessaria al bambino per questa forma di continuità è la memoria"* (Stern, 1985, p.103).

La continuità del senso di Sé ultimamente è uno degli elementi a cui gli psicoanalisti danno molta importanza. Prima ancora della esperienza, conflittuale, pulsionale eccetera (i modelli della psicoanalisi sono diversi e numerosi...), molta della psicoanalisi attuale - sicuramente quella a cui faccio maggior riferimento io - sostiene che la mente è continuamente tesa alle soluzioni adattative rispetto all'ambiente al fine di sostenere la continuità del sé. Il soggetto tenta di mantenere una sua continuità nel cambiamento (Bromberg, 1998; 2006; 2011). All'interno del gruppo il progetto è questo: i pazienti che sono per definizione organizzati secondo una discontinuità o una frammentarietà, devono poter trovare all'interno del gruppo, spesso semplicemente attraverso il gruppo concreto, una continuità del proprio senso del Sé. Quindi: lunedì, l'altro lunedì, l'altro lunedì... Dopo un anno il gruppo: "Perché un anno prima io venivo qua!"; "Perché questa paziente mi ricorda, questa paziente è la mia insegnante delle scuole elementari, *adesso*". Allora il paziente, attraverso il gruppo, non sta ripetendo una propria conflittualità, rivedendo la propria storia con il padre, la madre... Questo è anche vero, ma non è la cosa più importante. Il gruppo è un dispositivo che permette l'esperienza a questi pazienti di una continuità. Se volete è un po' come il vostro corso di insegnamento. Voi partecipate alle lezioni; però uno può venire una volta, tre volte, eccetera. Questo corso, la lezione, la laurea, eccetera hanno senso nella misura in cui poi si inscrivono in una qualche forma di continuità. Poi ciascuno di noi frequenterà le lezioni perché gli piace quell'insegnante, quell'insegnamento... Cioè noi cerchiamo una continuità in un qualcosa che è dato, ma deve essere una *nostra* continuità. Se noi invece prendessimo il corso di laurea come un insieme di tanti esami che sono tutti uguali tra loro, senza che ne descriviamo una nostra continuità sarebbe assolutamente qualcosa di sterile. Quindi noi cerchiamo una nostra continuità all'interno di un

contesto che di per sé ci offre delle possibilità. E' continuo il fatto che c'è il corso di laurea in psicologia? Questa non è continuità. La continuità la realizziamo noi per come riusciamo a utilizzare i frammenti che sono all'interno del corso.

Penso che Abbiamo finito.

Avevo pensato di proporvi un rimontaggio di un film, ma pare che non sia possibile perché ci sono problemi per la proiezione. Credo che la metà di voi abbia visto il film cui mi riferisco. Se la metà di voi non l'ha visto è grave. Perché questo è stato un film che ha girato a Roma per almeno due mesi, l'estate scorsa. Si tratta di "*Monsieur Lazhar*". Chi l'ha visto? Nessuno? Incredibile! C'è qualcosa che mi sfugge! Allora, andatelo a vedere perché è bello. Racconta di una classe all'interno della quale ... Ma andate al cinema ogni tanto ragazzi? E' fondamentale andare al cinema!. Perché se non andate al cinema e leggete solo i libri è un po' noioso. Se invece uno va *anche* al cinema, capisce meglio i libri che legge. Vi dico un po' di questo film, e magari se lo andate a vedere, come potreste utilizzarlo. Racconta di una classe di ragazzi, potrebbe essere una classe di scuola media nostra, e si svolge in Canada credo, dove un'insegnante si impicca all'interno della classe, vista da un alunno. Quindi c'è un trauma terribile che riguarda la classe. Chiaramente a seguito di questo trauma (vi sto dando già la lettura che abbiamo fatto io e Paolo Boccara nel rimontaggio), come è giusto che sia, si blocca tutto e per la classe non è possibile andare avanti. Non è possibile neanche trovare un insegnante sostituto perché il trauma è talmente potente che, come direbbe qualcuno, "rende presente il futuro" (2000). Non c'è possibilità di futuro: qualunque insegnante è un impiccato all'interno di quella classe! E finché dura il trauma quella classe non avrà un insegnante. La direttrice e gli altri si danno da fare, chiamano una psicologa, ma non serve, perché il trauma è potente. Si presenta un signore che è un algerino e dice di essere un insegnante che cerca lavoro. Naturalmente lo prendono subito perché non avevano nessun'altra possibilità. Il nuovo maestro è subito capace di entrare in contatto con la classe. Però, parallelamente emerge quale sia la natura della capacità di questa persona – forse implicitamente è la risposta a quello che chiedeva lei prima – a saper entrare in contatto con questa classe pesantemente ferita. Il motivo è che lui, come algerino, era reduce da una storia in cui la sua famiglia era stata massacrata, moglie e due figli... Però vi sto raccontando il film; mi dispiace... Però non fa nulla perché ognuno poi vede il film di cui ha bisogno. Quindi, siccome oggi il video non funziona, vi dico almeno come lo abbiamo letto noi. Penso che farebbe piacere pure rivederlo. I film si devono anche rivedere. Allora Lazhar entra in contatto con questa classe perché lui aveva un'esperienza pesante, traumatica, almeno quanto quella della classe. Non era la stessa. Però lui conosceva che cosa significava avere a che fare con quelle situazioni. Il senso è che sia possibile entrare in contatto con una situazione traumatica gruppale – in questo caso perché si tratta di una classe – attraverso la disponibilità di questa persona a vedere nella classe quelli che sono i suoi figli, la moglie. Può occuparsi di quegli alunni perché serve a lui occuparsi di quella classe.

Lazhar non è un maestro che si immola alla classe, ma lui attiva quello che chiamo Processo Dissociativo (Riefolo, 2010; 2011), cioè attraverso questa esperienza Lazhar può permettersi finalmente un'esperienza di cura per sé stesso. Perché questa classe può essere vista come gruppo? Perché all'interno di questa classe c'è il ragazzo border, che è il portatore del trauma. Lui era stato uno dei primi per cui la professoressa, forse, si era impiccata. Questo ragazzo è pesantemente connotato, portatore di questo trauma, finché non è possibile che, attaccato dal resto della classe, lui non possa finalmente liberarsi da questa esperienza. Ma lui deve essere attaccato dal resto della classe perché lì c'è un trauma che viene reso soggettivo secondo i vari personaggi. Per cui nella classe, come nel gruppo, ci sono i personaggi che sono portatori della situazione traumatica, altri personaggi che attaccano in modo persecutorio il motivo della sofferenza, c'è il conduttore del gruppo che non sta lì a fare semplicemente il suo mestiere, sta lì a fare il suo mestiere che significa lavorare con quello che lui è, quindi in un certo senso deve portare nel gruppo qualcosa che lo riguarda. In più, per quanto mi riguarda, c'è anche una bella colonna sonora finale, e mi piace sentirla sempre e mi piace sapere che è la colonna sonora di quel film e dei gruppi che io faccio. E' un walzer finale. E' bello. E tra l'altro ha a che fare con l'abbraccio finale tra il professore e la ragazza protagonista che sarebbe il genius loci della situazione: quella che custodisce la memoria, i contatti, stabilisce i nessi tra le varie situazioni, permette nel bene e nel male i contatti tra i vari partecipanti. E' una classe eterogenea, anche da un punto di vista di provenienza etnica. Vengono da tutto il mondo. Nei nostri servizi i nostri pazienti vengono da tutto il mondo. Per cui l'idea era di prendere questo film, che, nel progetto del regista, non ha niente a che fare con i gruppi. È stato utilizzato e reso funzionale da me e Paolo Boccara, perché è possibile descrivere qualcosa che riguardava i gruppi. Però se poi lo andate a vedere c'è da capire perché e chi è questo professore. Questo non ve lo dico. Molto passa anche da questo. Che potrebbe essere la domanda finale che un po' ha percorso tutta la nostra lezione e che è la domanda che sostiene i movimenti dei gruppi e delle nostre terapie. Cioè: "questo qua, chi è nella realtà?".

Vi ringrazio.

Prof.ssa Marinelli: Allora, io ho modo di inserirmi in questo momento, senza il microfono e questa cosa mi fa accorgere di quanto noi abbiamo anche di concretezza nelle nostre abitudini: appoggiarsi all'uso concreto del microfono per prendere la parola. Perché desidero sicuramente lasciare il posto a qualche domanda (vedevo che c'era Simone oppure altre) e poi, veramente sfruttare fino in fondo la generosità viva che il Dottor Riefolo ha portato. E volevo anche far notare che, non solo lui ci ha fatto vivere una temporalità, una processualità, oggi. La funzione contenitore-contenuto tra lui, noi e tutti. Ha avuto una durata e una processualità. E' come averci fatto vivere con quale strumentazione la mente dello psicoanalista e dello psichiatra lavora, riportando continuamente un qui e ora e l'esame di realtà. In quale contesto, in che modo, in quale gruppo, senza spostare mai l'attenzione. Come se... noi

abbiamo fatto un convegno qualche mese fa con Hinshelwood che poneva dei problemi dal punto di vista del metodologo e dell'epistemologo, però qui oggi abbiamo vissuto una metodologia della "mente al lavoro" nel lavoro clinico e soprattutto nel processo di gruppo in una maniera estremamente viva. Io desidero veramente ringraziare Pino Riefolo per la generosità con cui ci ha fatto prender parte a questo effettivo linguaggio delle cose. Credo che, approfittando ancora di questa sua generosità, possiamo dare spazio a qualche domanda.

Simone: "Io volevo chiedere quanto poi venga anche riconosciuta l'efficienza del gruppo all'interno della istituzione. Come il gruppo non sia utile solo all'utenza, ai pazienti, ma sia utile anche alle istituzioni. Cioè se l'istituzione riconosce il lavoro che viene fatto con l'utenza, se va a sostenere..."

Prof.ssa Marinelli: "Se si modifica"

Simone: "Esatto. Pensavo anche quando ha parlato del fatto che le hanno fatto notare che prendeva le sedie dalla sala d'attesa, che magari potesse essere anche un modo per far uscire dalla clandestinità il gruppo e farlo diventare qualcosa dell'istituzione che avesse abbastanza le sue sedie, se poi c'è effettivamente un riconoscimento e le istituzioni sono anche leggermente modificabili. E come si modifica all'ingresso di un gruppo utile ed efficiente."

Dott. Riefolo: "Secondo Bion le trasformazioni sono dolorose. Nino Ferro se ne occupa anche. Per cui dobbiamo dare per scontato che le trasformazioni che noi introduciamo nei contesti, ma anche nei pazienti, sono dolorose. Quindi non aspettiamoci riconoscimenti. Non perché la gente ce l'ha con noi, perché fa parte dei processi. Se noi determiniamo dei cambiamenti, immediatamente ci saranno dei movimenti di consenso, ma ci saranno automaticamente dei movimenti "attacco persecutorio". Quindi qualunque cosa noi facciamo, se la facciamo aspettandoci la gratificazione, poi tutto salta! Nel senso che non si va avanti. Però l'altra gratificazione, quella narcisistica, sarebbe altrettanto grave. Cioè nel dire: "Tanto lo so che ce l'hanno poi con me, ma io me ne infischio, io sono bravo e vado avanti lo stesso!". Questa è pericolosa tanto quanto l'altra. La cosa importante, non facile, però importante, è di sapere che se attiviamo un processo noi non siamo fuori dal processo. Quindi attendersi una gratificazione vuol dire mettersi in una posizione in cui siamo fuori dal processo. Abbiamo lanciato il sasso e poi vediamo che succede. Non è così! Noi dobbiamo sapere che siamo dentro il processo, quindi cogliere le domande e le perplessità dolorose che ci vengono dallo stare nel processo. Io devo sapere che ho messo in moto qualcosa che determinerà dei movimenti e devo essere curioso e interessato ad aspettare quali saranno i suggerimenti che mi vengono. Quindi quando mi hanno tolto le sedie, per me il proprietario della clinica ha fatto il suo mestiere, sano! Se non l'avesse fatto sarebbe stato un cretino che non sapeva gestire la sua clinica. Perché lui contava le sedie. Lui però mi ha dato un suggerimento e mi ha detto che io dovevo organizzarmi un posto mio con le mie

risorse senza dover pensare che tanto da fuori qualcuno me le dava per forza, e me le dovevo procurare. Quindi io sono andato avanti cercando di parlare il suo linguaggio. Il suo linguaggio era quello della gratificazione ampiamente economica. Cioè: “Se una cosa mi fa guadagnare più sedie io la sostengo. Se mi fa guadagnare a stento le sedie io non la sostengo”. L’andare avanti in questo modo ha permesso che i pazienti all’inizio stavano nello studio, ci arrangiavamo un po’. Si faceva però gruppo comunque, con una serie di problemi. Poi piano piano è stato possibile che i pazienti ne parlassero. Le situazioni intorno si muovevano a partire dal gruppo. Il movimento successivo dell’amministrazione è stato: “C’è la possibilità che questa cosa mi serva. E se mi serve io ci metto il marchio”. Il marchio è: “Ti do la mia stanza”. Io penso di essere stato attaccato anche quando mi hanno dato la stanza di rappresentanza della clinica. Perché in quel caso ti danno praticamente qualcosa per cui la clinica dice: “E’ merito mio se tu ora fai il gruppo!”. A me va bene tutto. Però capisco la sua domanda. Lei si chiede: il contesto riconosce questo? Il contesto reagisce attivando per forza un movimento che sarà gratificante e persecutorio, come è giusto che sia. Io mi devo mettere nel movimento; se mi metto fuori dal movimento perdo, sia se mi metto fuori lamentandomi, sia se mi metto fuori narcisisticamente. Stare dentro significa che non so cosa succede, ma devo ascoltare gli elementi del campo. In quel caso, a un certo punto accadde che le sedie non ci venivano più tolte, ci danno la stanza e si va avanti, a quel punto, bene. Poteva anche darsi che ci sia una reazione di indifferenza che comunque è violenta. Io ho fatto e faccio gruppi nel servizio territoriale. Inizialmente la gente se ne infischia del fatto che facessi il gruppo e diceva: “Vabbè, fa il gruppo: lasciamolo fare”. Poi piano piano qualcuno si incuriosiva. Qualcuno magari si è risentito perché a un certo punto i pazienti uscivano nel corridoio e davano fastidio. Però è stata una possibilità anche di parlare con quelli che si indispettavano perché uno esce nel corridoio e “non si può fare!”, eccetera. Per me la gratificazione è dare l’attenzione al processo, non agli esiti. Qual è l’esito che noi vogliamo di un gruppo che viene fatto nelle istituzioni? Che ci aumentano lo stipendio? Scordatevelo! Che qualcuno ci dica: “Siccome tu fai i gruppi allora ti do un incarico”? Scodatevi anche questo. L’esito è che io vivo meglio in un posto dove faccio i gruppi. Nel senso: mi diverto di più! Nel senso che ho una relazione maggiormente viva con il lavoro che faccio e siccome passo gran parte della mia vita a fare il mestiere che faccio, onestamente, se mi diverto è meglio. Altrimenti è pesante! Mentre siamo gratificati dal processo, questo sì. Un dentista, un otorino eccetera non vengono gratificati dal processo. Noi sì. Io, quando il paziente mi dice: “Dottore lei il mercoledì vieni qua a trovarmi” posso emozionarmi, mentre questo difficilmente succede a un dentista; questa è la mia gratificazione. Si tratta di fare l’eroe? O di essere buoni? No, perché fa parte del mio mestiere, non perché sono buono.

Dovete apprezzare i processi, non curatevi di perseguire gli esiti. Dovete sapere che mettete in movimento le cose e se mettete in movimento le cose nessuno più poi è in

grado di capire che sta succedendo. Perché una persona qualunque che non capisce queste cose, pensa subito che sta succedendo un gran movimento, un caos, ed ha ragione dal suo punto di vista. Mentre noi siamo competenti a smuovere le acque e a capire che smuovendo le acque accadono eventi buoni, altrimenti smuovere le cose spaventa le persone. Gli psichiatri, la psichiatria, la medicina puntano agli esiti. Noi puntiamo all'attivazione dei processi. Un autore che a me piace molto, Bromberg, che è un buon teorico, parla di *Processo Dissociativo*: cioè dice che – poi forse abbiamo finito ma questo è importante per darvi da riflettere, vi lascio il compito – la dissociazione non è un elemento dell'ordine patologico ma è un elemento che fonda la nostra organizzazione mentale. Cioè affinché voi apprendiate qualcosa e perché io oggi apprenda qualcosa da questa esperienza della lezione con voi, devo fare in modo che le vostre certezze siano scisse e dissociate, cioè si allentino i nessi solidi che voi avete rispetto alle vostre conoscenze e competenze. Per cui il mio progetto è di attivare delle dissociazioni che riorganizzino ulteriore dissociazione dell'ordine creativo. Quindi il fine nostro è attivare il *Processo Dissociativo*. Cioè dal movimento ci sarà inevitabilmente una riorganizzazione simultaneamente difensiva, nel senso che io dico: “Sì, io questa cosa la sapevo, non mi dici niente di nuovo”, ma anche *simultaneamente* creativa perché dico:” Certo, questo già la sapevo, però poi tutto sommato ciò che mi ha detto lui non è proprio qualcosa che io sapevo. Mi dice qualcosa di nuovo che mi mette qualche dubbio”. Il *Processo Dissociativo* è: rompo e riorganizzo continuamente. Questo è fisiologico, e lo facciamo sempre per strutturare la nostra mente. Quindi sospendiamo l'idea della dissociazione come elemento patologico: ci serve a poco. Utilizziamo invece l'idea della dissociazione come elemento che ci permette delle opportunità creative.

Prof.ssa Marinelli: “Bene, io credo che abbiamo un esempio del praticare le cose che vengono dette, non sono didascalie. Sono praticate perché il dott. Riefolo fino in fondo – mi ricordo la Tustin, Frances Tustin, venne una volta, parlando dei pazienti autistici, e diceva: “Voi, nella seduta fino all'ultimo minuto, quando accompagnate il vostro analizzando alla porta, lo salutate, fino all'ultimo minuto ascoltate. Perché potrebbe essere ancora sulla porta che lui dirà una cosa, oppure quello spazio di quella seduta potrebbe non essere stato giusto se poi all'ultimo minuto viene distrutto. Voi fino alla fine”. Allora mi sembra che oggi sia difficile salutarci perché abbiamo questo esempio del nostro relatore che ci tiene fino in fondo e fino alla fine con questa testimonianza di cose che rimangono vive e che rimangono dentro un processo, che non vengono invece esportate come didascalie o cosa già sapute o già pensate o indicazioni di percorso o altre falsificazioni, diciamo. E, invece, lui testimonia che sta in un processo fino in fondo rispondendo a queste domande con una restituzione che le dinamizza, che le rende con una regressione buona, benigna... Questa cosa di creare una dissociazione per pescare delle risorse mi sembra un buon saluto per la lezione di oggi. Io credo che abbiamo sfruttato il relatore fino in fondo. Grazie!”

Riferimenti bibliografici.

- Badaracco J. G. (2000). *Psicoanalisi multifamiliare*, Bollati Boringhieri, Torino, 2004.
- Balint M. (1968), *The basic fault* (tr. it. in *La regressione*, Cortina, Milano, 1983).
- Bion W.R (1961). *Experiences in groups and other papers*, Tavistock publ., London, 1961. (tr. it. *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1971).
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*, Tavistock, London (tr. it. *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma, 1972).
- Bion W.R. (1963). *Elements of psychoanalysis*, Heinemann, London. (tr. it. *Elementi della psicoanalisi*, Armando, Roma, 1973).
- Bion W.R. (1965). *Trasformations: Change from learning to growth*. Heinemann, London.. (trad. it. *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*, Armando, Roma, 1973).
- Bleger J. (1966) *Psychanalyse du cadre psychanalytique*, in: C. Genovese (a cura di) *Setting e processo psicanalitico*, 243-256. Anche in: *Simbiosis y ambigüedad, estudio psicoanalitico*, Buenos Aires: Paidòs (trad. it. *Simbiosi e ambiguità*, Lauretana, Loreto. 1992).
- Bleger J. (1964). *La entrevista psicologica*, (trad. it. *Il colloquio psicologico (suo impiego nella diagnosi e nella ricerca)*, in: *Psicoigiene e psicologia istituzionale*, Lauretana, Loreto, 1989).
- Bion W. R. (1966) *Psychanalyse du cadre psychanalytique*, in: C. Genovese (a cura di) *Setting e processo psicanalitico*, 243-256.
- Boccaro P., Riefolo G., Gaddini A. (2000). *Cinema e sogno nello spazio psicoanalitico* in Bolognini (a cura di) *Il sogno cento anni dopo* Bollati Boringhieri, Torino
- Boccaro P., Riefolo G. (2002). *Psicoanalisti al cinema. Alcune considerazioni di metodo su "cinema e psicoanalisi"*. *Rivista di Psicoanalisi*, XLVIII, 3, 691-705.
- Boccaro P. Riefolo G. (2012). *Ricreazione in psicoanalisi. Immagini al cinema e stati dissociati del Sé*. *Psiche, on-line*, 2.
- Boccaro P. Riefolo G. (2012). *Storie in attesa. Quando i film parlano di noi con i nostri pazienti*. In Piperno R., Zani R. (a cura di) *Abitare l'altro. La psicoterapia nella prospettiva intersoggettiva*. Franco Angeli, Milano, pp- 149-172
- Boston Change Process Study Group (2010). *Change in psychotherapy*, Norton & Company, (tr. it. *Il cambiamento in psicoterapia*, Cortina, Milano, 2012).
- Bromberg Ph. M. (1998). *Standing in the spaces. Essays on clinical process, trauma and dissociation*, Hillsdale, New York: The Analytic Press, (tr. it. *Clinica del trauma e della dissociazione*, Milano: Cortina, 2007).
- Bromberg Ph. M. (2006). *Awakening the dreamer. Clinical journeys*, The Analytic Press, New York, (tr. it. *Destare il sognatore*, Cortina, Milano, 2009).
- Bromberg Ph. M. (2011). *The shadow of the tsunami and growth of the relation mind*, Taylor & Francis Group, London, (tr. it., *L'ombra dello tsunami*, Cortina, Milano, 2012).

- Bucci W., *Psychoanalysis and cognitive sciences*, Guilford Press, New York (1997) (tr. it. *Psicoanalisi e scienza cognitiva. Una teoria del Codice Multiplo*, Fioriti, Roma, 1999).
- Ferro A. (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione*, Milano, Cortina.
- Glover E. (1931). L'effetto terapeutico di una interpretazione inesatta. Contributo alla teoria della suggestione. in Glover E (1950), *La tecnica della psicoanalisi*, Astrolabio, Roma, 1971.
- Maturana H. R., Varela F. J. (1980). *Autopoiesis and cognition. The relation of the living*. Reidel, Dordrecht, Holland. (trad. it. *Autopoiesi e cognizione. La relazione del vivente*. Marsilio, Venezia, 1985).
- Mc Luhan M. (1964). *Gli strumenti del comunicare*, Il Saggiatore, Milano, 1967.
- Meares R. (2000). *Intimità e alienazione*, (tr. it. Cortina, Milano, 2005).
- Neri C., Catalano R., Salemme P. (a cura di) (2014). *Fare Gruppo nelle Istituzioni* Franco Angeli, Milano.
- Pichon-Riviere E., Korob A., (1965). Gruppi operativi e malattia unica, in Pichon-Riviere E., (1971). *El proceso grupal. Del psicoàlisis a la psicología social (I)*. (Trad. it. *Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*, Lauretana, Loreto, 1985).
- Riefolo G. (2001). *Psichiatria prossima. La psichiatria territoriale in un'epoca di crisi*. Bollati-Boringhieri, Torino.
- Riefolo G. (2004). Gruppo con pazienti psicotici e funzione dell'istituzione. *Psicoter. Psicoanal.*, XI, 2, 137-147.
- Riefolo G. (2009). *Le visioni di uno psicoanalista. La poltrona dietro lo schermo* Antigone, Torino.
- Riefolo G. (2011). Un processo circolare. Scissione, dissociazione e configurazioni nel processo analitico, *Quaderni de gli argonauti*, XI, 22:45-64.
- Riefolo G. (2012). Scissione e dissociazioni nell'evoluzione del processo analitico. in, Campoli G., Meterangelis G., Pirrongelli C. (a cura di) *Dissociazione, scissione, rimozione*, Franco Angeli, Milano, pp.163-180.
- Riefolo G. (2013). Scenari e cose dei servizi riabilitativi, in: G. Leo, G. Riefolo (a cura di) *Psicoanalisi e luoghi della riabilitazione*, Frenis-Zero, Lecce, pp. 137-179.
- Riefolo G. (2015). Del buon uso dei limiti, *Riv. Sper. Freniatria*, CXXXIX, 1, 53-73.
- Riefolo G., Illano F. (2014). La terapia Psicoanalitica per pazienti psicotici, in C. Neri, R. Patalano e P. Salemme (a cura di) *Fare Gruppo nelle Istituzioni* Franco Angeli, Milano, 2014, pp. 96-102.
- Stern D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. Basic Books, New York. (trad. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987).
- Stern D. (1995). *The motherhood constellation*. Basic Books, New York. (trad. It. *La costellazione materna*, Bollati-Boringhieri, Torino, 1995).