

Gruppo: Omogeneità e differenze

Quarta edizione, 2018

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

Comitato scientifico: P.Boccaro (Roma) G.Cantarella (Milano) L.Cappelli (Roma) P.Cruciani (Roma) N.Fina (Milano) R.Friedman (Haifa) R.D.Hinshelwood (Londra) R. Kaës (Lione) C.Neri (Roma) M.Pines (Londra) J.Puget (Buenos Aires) F.Tagliagambe (Milano) G.C.Zavattini (Roma)

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

Direttore: Silvia Corbella, Stefania Marinelli

Web Master: Marco Dimastrogiacomo

Consulente per le immagini: Marco Tramonte

Individuo, Famiglia, Gruppo
a cura di **Giuseppe Livio Comin**

Autori: Denis Mellier, Francesco Comelli, Giulia Piana, Niccolò Chiodini, Giorgia Desideri, Michele Castelli, Francesca Borgogno, Cristina Canzio, Rosapia Lauro Grotto, Debora Tringali, Serena Denaro, Mariaclotilde Colucci, Dario Iozzelli, Flavia Salierno, Sandra Moretti e Chiara Rocchi, Maria Angela Spina

Interviste: a Giuseppe Saraò, a cura di Giuseppe Livio Comin. A Simonetta Bruni, a cura di Stefania Marinelli

Sezione approfondimenti culturali

Contributo all'edizione di **Denis Mellier:**

Notes sur la groupalité psychique

In home page: *Testi in lingua originale*

Recensioni

Adelina Detcheva: *Transiti corpo-mente* di Carla De Toffoli, a cura di Basilio Bonfiglio, Franco Angeli, Milano.

Alessio Ciardi: *Paesaggi del trauma* di Di Matteo Giancotti, Bompiani, Milano.

Susanna Piermattei: *Simbiosi/Fusionalità e costruzione della soggettività* di Basilio Bonfiglio, Franco Angeli, Milano.

Vittoria Rotunno: *Essere in gruppo: Modelli e interventi*, FrancoAngeli, Roma.

Daniela La Porta: *Anoressie: patologie del sé corporeo*, a cura di A. Ciocca, F. Dazzi, S. Marinelli, Franco Angeli, Milano.

Silvia Del Buono: *Le nuove sfide della psicoanalisi* a cura di Alessandro Raggi e Maria Cristina Butti, OM Edizioni, Firenze.

Indice

Introduzione

Giuseppe Livio Comin.....pag. 5

Contributi

Attualità di Psicologia delle masse e analisi dell'Io, ritorno ad un testo fondatore
Denis Mellier.....pag. 10

Presupposti relativi alla Griglia sulle gruppalità transgenerazionali manifeste e latenti nelle famiglie come gruppi a tre generazioni: campo familiare, *setting* diversificati, gruppo multifamiliare e dinamiche di gruppo
F.Comelli,G.Piana,N.Chiodini,G.Desideri,M.Castelli,F.Borgogno.....pag. 23

Il Gruppo Multifamiliare come funzione strutturante della famiglia e dell'individuo
Cristina Canzio..... pag. 41

Prendersi cura dei fratelli in un *setting* di salute mentale: uno strumento fenomenologico-ermeneutico
Rosapia Lauro Grotto, Serena Denaro e Debora Tringali.....pag. 55

Il gruppo come regolatore affettivo e proprietà emergente del campo intersoggettivo in un reparto di psichiatria: considerazioni a posteriori
Mariaclotilde Colucci.....pag. 74

Sulla possibilità di pensare e sentire legami e appartenenze nel lavoro clinico con utenti e famiglie
Dario Iozzelli.....pag. 85

Seconda stella a destra.Racconto breve di un'esperienza riuscita: i Progetti Assistenziali Individuali nel Ser.T. di Civita Castellana
Flavia Salierno.....pag. 108

La dimensione grupppale dell'Accoglienza all'interno del Centro di Salute Mentale
Sandra Moretti e Chiara Rocchi.....pag. 115

Il segreto nel Disagio mentale: il giovane adulto fra Famiglia e Gruppo
Angela Maria Spina.....pag. 123

Interviste

Intervista a Giuseppe Saraò

a cura di *Giuseppe Livio Comin*.....pag. 134

Intervista a Simonetta Bruni

a cura di *Stefania Marinelli*pag. 141

Approfondimenti culturali.....pag. 148

Il Pensiero di *Denis Mellier*: Notes sur la groupalité psychique, in Home Page
Testi in lingua originale

Recensioni.....pag. 149

Introduzione

Di **Giuseppe Livio Comin**

Individuo, famiglia, gruppo è una successione pensata sia nel senso dello sviluppo del soggetto umano, sia in senso clinico, cioè della cura dei disturbi soggettivi ed intersoggettivi che hanno la loro genesi e le loro manifestazioni all'interno dei legami affettivi primari (famiglia) e all'interno di quelli secondari (gruppo/comunità).

Un contributo teorico di **Denis Mellier** introduce il tema della psicologia dei gruppi mediante una riflessione sulla *Actualité de "Psychologie des foules et analyse du moi"*, *retour vers un texte fondateur* (v. il testo francese nella sezione Testi in lingua originale, in Home Page), *Attualità di «Psicologia delle masse e analisi dell'Io»*, ritorno ad un testo fondatore.

L'autore qui parte dall'assunto che "Psicologia delle masse e analisi dell'Io" di Freud sia il fondamento della concezione psicoanalitica del gruppo. Evidenzia una serie di chiavi concettuali successive: una chiave "nevrotica" che evidenzia il ruolo del leader e del padre come strutturante il gruppo, una "narcisistica" che focalizza le proiezioni fra i membri del gruppo, quella di Bleger che si centra sui processi arcaici, infine quella di Winnicott prima e di Bion poi che consentono, con Kaës, di arrivare ad una metapsicologia intersoggettiva basata sulla natura grupppale della mente.

Il lavoro di **Francesco Comelli, Giulia Piana, Niccolò Chiodini, Giorgia Desideri, Michele Castelli, Francesca Borgogno**, è il primo contributo italiano di questo numero della rivista: propone i presupposti di una concettualizzazione psicoanalitica che mettendo assieme, appunto, individuo, famiglia e gruppo sviluppa uno strumento di lavoro originale e di grande potenzialità – in una fase, l'attuale, in cui fioriscono con facilità concetti e teorie ma mancano strumenti tecnici che tengano il passo con i cambiamenti delle manifestazioni psicopatologiche che osserviamo.

La "Griglia sulle gruppalità transgenerazionali" che Francesco Comelli ed i suoi colleghi qui introducono e che presto pubblicheranno in un volume specifico, si riconduce alla necessità di valutare le aree relazionali inconsapevoli nei gruppi famigliari, soprattutto per pazienti limitati nelle capacità di simbolizzazione e mentalizzazione. La Griglia è pensata come uno strumento di lavoro per favorire l'individuazione di vissuti famigliari comuni a due o tre generazioni, dunque si tratta di uno strumento volto alla rilevazione di quelle aree gruppalità transgenerazionali che producono un paziente-sintomo.

La validità dello strumento che questi colleghi propongono è anche legata al collegamento fra gli elementi evidenziati dalla Griglia e l'analisi delle dinamiche della *équipe*, ossia del gruppo di lavoro che cura. Più specificatamente lo strumento Griglia può consentire, sul modello della “circolazione extracorporea”, di osservare il funzionamento dell'*équipe* come il contenitore di elementi contattati dai membri del gruppo familiare attraverso modalità difensive.

Questo strumento è rivolto non solo a pazienti resistenti ad altre terapie ma anche nei casi di conflittualità familiare e in quelli di separazione o di ricongiungimento fra coniugi, e può essere utilizzato oltre che dalle *équipe* istituzionali anche dai gruppi di cura privati e dal singolo terapeuta.

Anche nel lavoro di **Cristina Canzio**, individuo, gruppo e famiglia sono le assi portanti della sua elaborazione – e fin dal titolo: “Il gruppo Multifamiliare come funzione strutturante della famiglia e dell'individuo”. L'autrice, che è la Presidente dell'Associazione Italiana Gruppi Multifamiliari e che da molti anni è impegnata in Italia nella conoscenza e nello sviluppo della metodologia elaborata dal Prof. E. Mandelbaum, propone una esperienza di gruppi multifamiliari costituiti da famiglie inviate dal Tribunale dei Minori di Firenze a Centri di Salute Mentale della zona. Partendo da “Alcune considerazioni introduttive sulla moderna vita interiore”, particolarmente originali nel loro taglio psicoanalitico, Cristina Canzio continua raccontando l'origine (verso la fine degli anni 60, a Buenos Aires, con J. Garcia Badaracco) e l'evoluzione del dispositivo terapeutico dei GMF (Gruppi Multifamiliari). Si sofferma poi, attraverso l'esperienza prima detta, sulle “Caratteristiche del processo terapeutico e suoi vantaggi operativi”, come ad esempio “Le risonanze emozionali”, “Il modelling”, “Le identificazioni multiple”, le “Esperienze trasformatrici” da un lato, e dall'altro lato – sempre come esempio delle varie caratteristiche - la “Individuazione precoce di patologie latenti” e la “Riduzione dei tempi di trattamento”.

Rosapia Lauro Grotto, Serena Denaro, Debora Tringali, nel successivo lavoro, propongono uno studio fenomenologico-ermeneutico da un punto di vista poco esplorato nel disagio individuale e familiare: quello dei fratelli. Lo studio avviene nell'ambito della “popolazione” di un Centro di Salute Mentale e esplora lo stravolgimento e la lacerazione nel tessuto affettivo familiare, conseguente all'evento di un suo membro che si ammala gravemente, che vivono i fratelli e le sorelle di quel paziente. Da un punto di vista qualitativo, segnalano gli autori, le componenti psichiche investite dall'evento riguardano aspetti come l'equilibrio identitario (dei fratelli/e), la perdita di intimità, l'abbassamento della qualità della vita, ecc. I risultati dello studio hanno evidenziato tre “macro-aree tematiche” pertinenti ai fenomeni osservati: “il percorso terapeutico”, “i vissuti

dei fratelli per come percepiti dagli operatori”, “l’area del legame simbiotico”. Questi risultati sono stati successivamente discussi e confrontati con tutti gli operatori del Centro di Salute Mentale in cui la ricerca si è svolta, anche con la finalità di favorire una maggiore visibilità ad angoli poco illuminati del territorio familiare in cui spesso i fratelli del “paziente grave” vengono relegati o in cui si rifugiano. Il lavoro presenta poi una parte finale di considerazioni sul “codice fraterno” visto da un punto di vista psicoanalitico.

Nel quarto lavoro, **Mariaclotilde Colucci** affronta un tema cruciale della cura nei servizi di salute mentale: la pensabilità nel reparto ospedaliero di psichiatria, cioè la pensabilità nel luogo più confuso e saturo di elementi condensati di tutti fra i luoghi della cura dei disturbi psichici gravi. L’autrice per la sua elaborazione utilizza l’esperienza di un gruppo ad orientamento analitico che lei stessa ha con altri condotto all’interno di un SPDC. Si tratta di un’esperienza raccontata attraverso i presupposti psicoanalitici del funzionamento della mente e del funzionamento delle istituzioni, attraverso la costruzione del *setting* del gruppo psicoterapeutico dentro il campo istituzionale del reparto di psichiatria e attraverso delle vignette cliniche del gruppo medesimo. Nelle considerazioni finali Mariaclotilde Colucci evidenzia il potenziale curativo del dispositivo gruppale in relazione ai processi di regolazione affettiva e a quelli di formazione identitaria, oltre che in riferimento alla necessità del gruppo curante di potersi sperimentare come soggetto pensante.

Anche **Dario Iozzelli** presenta un lavoro che si riconduce ad esperienze nell’istituzione sanitaria e, anche qui, in riferimento alla necessità e alla difficoltà di “pensare sotto il fuoco dell’artiglieria”. Il contesto è quello del lavoro clinico con soggetti in età evolutiva e le loro famiglie. Ed il focus è sulle interrelazioni fra due campi relazionali e di pensiero: la famiglia, nella declinazione soggetto sofferente/famiglia ed il gruppo di lavoro, nella declinazione operatore/*équipe*. L’autore parte da una cornice sulla strumentazione psicoanalitica per pensare e per intervenire in quest’ambito, evidenziando poi specifici aspetti del dibattito sull’incontro fra psicoanalisi e servizi di salute mentale. Successivamente sviluppa un approfondimento dei fenomeni di riproduzione e ripetizione nell’ambito della dinamica fra gruppo che cura e gruppo familiare curato, partendo dall’ipotesi che ciò che si incontra nella domanda può essere una forma di ripetizione. Dario Iozzelli poi declina il suo ricco lavoro attraverso l’esemplificazione di due situazioni cliniche.

Flavia Salierno racconta la sua esperienza di analista nell’ambito di un servizio per le tossicodipendenze, contesto in cui la pensabilità e la mentalizzazione non sono facili da attivare e sviluppare. Inizia soffermandosi sulle caratteristiche del luogo di lavoro come spazio fisico e psichico in grado di accogliere la situazione mentale che spesso il soggetto tossicodipendente

propone, cioè una situazione in cui convergono potenti conflittualità inconse con traumi transgenerazionali. Flavia Salierno si sofferma sulle funzioni del gruppo di lavoro come interlocutore di emozioni alterate, frammentazioni ed angosce, per specificare poi i Piani Assistenziali Individuali come strumento particolarmente favorevole delle situazioni cosiddette a “doppia diagnosi” (cioè pazienti con una diagnosi sia di tossicodipendenza che di tipo psichiatrico). Si tratta di uno strumento che può consentire la possibilità di interventi mirati e specifici per ogni paziente, superando così i limiti di un intervento generalizzato. L'autrice conclude riportando dei flash clinici e ricordando che “Svoltando dopo la seconda stella a destra, l'isola che non c'è si può anche incontrare” purché si possano continuamente cambiare le condizioni di cura e l'assetto del gruppo di lavoro secondo la soggettività di quel paziente.

Anche **Sandra Moretti e Chiara Rocchi** nel loro lavoro si occupano della cura nel servizio sanitario, specificatamente delle funzioni di un “gruppo accoglienza” all'interno di un Centro di Salute Mentale. Questo particolare *setting* trova il suo significato in due assunti concettuali e metodologici: il primo è che se si concepiscono i sintomi come parte manifesta di conflitti psichici latenti, allora diventa concettualmente fuorviante affrontare il (presunto) funzionamento psicotico dei pazienti solo – o prevalentemente – con il funzionamento nevrotico (o presunto tale) degli operatori; il secondo è che il paziente grave può non essere facilmente in grado di utilizzare la relazione terapeutica “verticale” con lo specialista e che invece possa, a volte, più facilmente utilizzare relazioni più orizzontali, in un certo senso più “fraterne” con altri operatori. Ecco allora l'utilità di un *setting* come quello raccontato in questa esperienza. Le due autrici articolano il loro lavoro attraverso la descrizione del Gruppo Accoglienza, di come avviene l'invio e chi viene inviato a questo tipo di *setting*, di chi sono e come si relazionano gli operatori dell'accoglienza, per parlare infine del rapporto fra Accoglienza e Cura.

Angela Maria Spina propone una elaborazione in cui il gruppo psicoterapeutico – una esperienza condotta dall'autrice a lungo in un Servizio di Salute Mentale – rappresenta un efficace dispositivo per aiutare il soggetto a recuperare vecchi vissuti non elaborati. La focalizzazione è qui sul soggetto adolescente, che si trova ad affrontare trasformazioni che possono richiamare angosce di kafkiana memoria. In particolare l'autrice si sofferma sul “segreto” e sul suo doppio significato, quello del “secernere”, del “far nascere” e quello del nascondere. Un doppio facilmente riconducibile anche all'ambivalenza dell'adolescente, impegnato, a volte affaticato, in un continuo nascondere e mostrare, in un continuo e oscillante bisogno di indipendenza e dipendenza. Il lavoro prosegue evidenziando i passaggi volti al processo di separazione-individuazione che una paziente riesce a fare supportata dalle funzioni

trasformative del gruppo psicoterapeutico.

A questi lavori seguono *due Interviste*. La prima è rivolta da G.L.Comin a **Giuseppe Saraò** e si riferisce all'esperienza dell'intervistato come psicoanalista primario di un servizio psichiatrico impostato come servizio di salute mentale di comunità. Qui l'esplorazione avviene attraverso domande che riguardano la funzione della leadership e della comunità dei fratelli, le funzioni dei *setting* individuali e dei *setting* gruppali, la teoria della mente in riferimento alla teoria e all'etica della cura. Giuseppe Saraò racconta scorci di una esperienza piuttosto rara, vissuta con ragione e passione.

Fra i fili conduttori che collegano le esperienze e le elaborazioni sopra menzionate vorrei qui sottolinearne una.

Le discipline scientifiche applicate sono implicitamente anche discipline sociali, nel senso che inevitabilmente si trovano a muoversi sui bisogni della società e a dare risposte, sia pure risposte tecniche: ricondurre allora il gruppo al centro della vita degli organismi che curano e che vivono, come la famiglia (come propongono tutti gli autori del numero della rivista *Argo*), consente di aggiungere all'individualismo paranoico dilagante germi di tessuto connettivo "di comunità".

La seconda intervista è rivolta da S.Marinelli a **Simonetta Bruni** e si articola su tre domande che esplorano la sua esperienza nella conduzione di gruppi ad orientamento analitico e nel lavoro con gli adolescenti. La prima domanda, e quindi la prima esplorazione, riguarda il funzionamento del gruppo con gli adolescenti, la seconda riguarda le condizioni in cui l'attuale generazione di adolescenti vive e la terza si riferisce al ruolo della famiglia all'interno del processo di cura dell'adolescente. Simonetta Bruni articola le sue risposte trasmettendo i contenuti di una esperienza fortemente impegnata e profondamente elaborata.

Attualità di «Psicologia delle masse e analisi dell'Io» ritorno ad un testo fondatore

Denis Mellier

Abstract

L'autore analizza il testo di Freud «Psicologia delle masse e analisi dell'Io» perché è alla base della psicoanalisi di gruppo e all'origine di molteplici prospettive sull'istituzione. Il clinico così si trova di fronte a diverse teorie, a volte contardittorie sul *setting* istituzionale.

Freud scrive il testo in un momento cruciale di riqualificazione concettuale negli anni '20. Egli oscilla fra una presentazione di fenomeni sociali e la ricerca del processo intrapsichico e il suo obiettivo di disimpegnare l' «ideale dell'Io» come «stadio nell'Io» poggia sulla presenza nella realtà sociale di una «folla primaria» che sottende sempre qualsiasi gruppo o istituzione. L'organizzazione di tale folla primaria lo conduce ad abordare nuovi concetti.

Saranno fatte diverse letture di questo testo : alcune più « nevrotiche » pongono l'accento sul ruolo del capo o padre strutturante del gruppo, altre più «narcisistiche» pongono l'accento sulle proiezioni fra gli individui, mentre quelle iniziate da Bleger si centrano sui processi arcaici. L'apporto di Winnicott è diversamente valorizzato al fine di individuare il rapporto fra gli individui, mentre la concettualizzazione di Bion si iscrive profondamente in questo saggio e consente di aprire, con Kaës, una vera metapsicologia intersoggettiva basata sulla natura gruppale della psiche.

Parole chiave: gruppo, istituzione, intersoggettività, intrapsichico, Freud

L'epoca è drammaticamente ricca di eventi che mostrano quanto la «psicologia di massa» che Freud ha analizzato a suo tempo non abbia perso nulla della sua acutezza. Potremmo evocare gli «effetti di massa» che il XX secolo ha per la prima volta portato alla ribalta. La *shoah*, la soluzione definitiva, i genocidi e più vicino a noi Daesch, dicono quanto la «psicologia collettiva» sia assai intrecciata con la «psicologia individuale» e viceversa.

Con lo sviluppo della psicoanalisi di gruppo che seguì Bion, Foulkes, Pichon Rivière, Anzieu e Kaës per nominare solo gli autori più noti, questo testo può essere considerato come l'origine di questo approccio, anche se Freud come sappiamo non ha mai messo in pratica un dispositivo psicoanalitico di gruppo come lo concepiamo oggi. In esso anche la dimensione istituzionale è stata evidenziata, così che agli autori soprannominati dovrebbero essere aggiunti gli autori «storici» come Jaques, Bleger, Castoriadis o Tosquelles e più vicini a noi

Enriquez, Hochmann, Furtos o Fustier, ognuno per un campo in particolare, come il lavoro, l'autismo, l'infanzia disadattata o la precarietà.

Dal gruppo all'istituzione, dall'istituzione al gruppo sociale o al livello «storico-sociale», sappiamo da Enriquez che questi livelli non possono più essere confusi senza rischi. Il testo freudiano non ha ancora stabilito tutte queste differenze, ma quelle tra la «folla primaria» (con leader, cioè potenzialmente tutti i gruppi) e la «folla organizzata» (o «istituzione» diremmo oggi) è presente. E' un testo quindi molto attuale. Ed è questa attualità, teorica, persino epistemologica, che vogliamo trattare.

«Psicologia delle masse e analisi dell'Io» (1) è un testo che ci appare molto ricco aprendo un pensiero che si chiarisce gradualmente, si trasforma e ci condice alle differenti concezioni specifiche della clinica attuale. Da questo testo sono state sviluppate molteplici interpretazioni. Assumiamo il rischio di rivederlo e analizzarlo per mostrare come potrebbe ora aiutarci a mettere insieme i diversi modi interpretativi di pensare la psiche a contatti con gli altri, per mostrare come la «psiche è un gruppo».

Questo compito è rischioso, come tutti quelli che partono da un testo fondatore, soprattutto perché esistono molte opere e non potremmo essere né esaustivi né sufficientemente equipaggiati concettualmente per discutere tutte le opere. Tuttavia, proponiamo la nostra analisi perché è un testo e una rilettura che ci ha aiutato molto, sia dal punto di vista teorico che clinico. Di fronte a tutte le sfide nel campo, di fronte a teorie divergenti o addirittura contraddittorie provenienti da diverse scuole psicoanalitiche, il clinico può sentirsi impotente, costretto ad adottare un punto di vista che non lo soddisfa completamente, o a perdersi nella sua clinica particolare.

Il testo di Freud potrebbe essere un antidoto a una visione troppo manichea, troppo coerente o troppo «esplicativa» della complessità della realtà psichica in questo campo. La nostra ipotesi si basa sull'idea che un tale testo, «in costruzione» nel percorso di Freud, contenga in sé diverse vie interpretative che saranno poi affrontate o anche perfino ignorate. In questo senso, la rilettura è necessaria per ristabilire continuamente i collegamenti tra le nostre pratiche, le nostre teorie, la nostra posizione di fronte al *malessere* contemporaneo, che R. Kaës (2014) analizza molto bene nei suoi ultimi lavori.

Dopo una presentazione del testo, della sua storia, dei suoi contenuti e delle sue concettualizzazioni, svilupperemo la nostra analisi in due fasi: identificheremo le diverse interpretazioni che hanno fatto seguito al testo di Freud e poi ci soffermeremo sull'opera di Bion, che ci consente di sviluppare con R. Kaës una metapsicologia basata sulla gruppalità psichica.

Un posto cardine nell'opera freudiana

Questo tipo di saggio, spesso incluso nella categoria dei testi di «psicoanalisi applicata», non ha nulla a che fare con l'applicazione a un oggetto esterno dedotta da una teoria precedentemente costruita. Affrontando costantemente i problemi dei suoi pazienti e la necessità di fondare una «metapsicologia» coerente e razionale, Freud conduce le sue indagini su un campo diverso da quello della cura. Si basa piuttosto sulla ricchezza delle conoscenze del suo tempo per testare le sue ipotesi cliniche.

Se Freud parla esplicitamente nel testo di «psicologia collettiva», notiamo intanto che lo ha costantemente introdotto nelle sue osservazioni. Con «Totem et tabou» (1912-1913), più centrato sulla cultura e l'istituzione e «Disagio della civiltà» (1929) più legato al sociale e all'«azione della cultura», che sono i suoi saggi più noti, questo testo si colloca in un momento cruciale.

Come sappiamo, la psicoanalisi fu istituita con e contro l'ipnosi, una pratica nella quale il gruppo poteva essere molto presente nel diciannovesimo secolo. Se Freud sostiene così per tutta la sua vita l'idea che la psicoanalisi sia un trattamento (individuale) per la nevrosi, riconosce molto presto, ad esempio, l'esistenza del transfert in altri tipi di trattamento praticati negli studi medici. «Risponderemo che gli stessi fenomeni si verificano ovunque, ma che si tratta di riconoscere la loro natura» (1912: 58). Ora questo saggio che affronta la differenza tra una folla e un'istituzione, che riguarda i legami degli individui tra loro (l'inter-psichico), in se stessi (l'intrapsichico) e tra loro per trasmissione (il trans-psichico) svela una riflessione su ciò che oggi chiameremmo le basi dell'intersoggettività e della gruppalità psichica. Può essere considerato come il primo atto di una clinica psicoanalitica istituzionale perché abbraccia tutta la complessità di questi diversi registri della realtà psichica.

La ricchezza di questo testo può essere correlata al suo posto storico nell'opera freudiana. Localizzato anche dopo la guerra del 1914-1918, corrisponde a una fase di riorganizzazione e psicologica e teorica di Freud. Dopo una prima stesura tra febbraio e settembre 1920, Freud redige la versione finale nel febbraio-marzo 1921, che sarà pubblicata ad aprile. In questo saggio va avanti, in un certo senso, con il problema del narcisismo che ha introdotto sette anni prima per rispondere al monismo di Jung, «Introduzione al narcisismo» (1914). Cerca più esplicitamente di approfondire le questioni cliniche della malinconia, il saggio su «Lutto e malinconia» (1916-1917) non lo soddisfa completamente. Nello stesso periodo scrive «Al di là del principio di piacere» (1920) dove la questione della ripetizione ha dato origine all'ipotesi della pulsione di morte. In questa «analisi dell'io», la funzione che soddisfa «l'ideale dell'io» gli servirà poco dopo per gettare le basi di quello che viene chiamata la seconda topica, con «Io e l'Es» (1923). Questo testo quindi non ha una concettualizzazione omogenea, prende a prestito da due topiche, con diverse teorie pulsionali.

Questo saggio non va nelle terre della psicologia dei popoli come Freud aveva fatto con l'etnologia scrivendo «Totem e tabù» per stabilire analogie tra le vite dei primitivi e quelle dei nevrotici. Fin dall'inizio la psicologia collettiva «è» una psicologia individuale, o più esattamente, spiegherà ulteriormente come, la psicologia dell'individuo proviene dalla psicologia collettiva. Così Freud analizza direttamente, come materiale clinico, le opere di Gustave Le Bon, con «Psicologia delle folle» (1895) nella traduzione tedesca, e quelle di William McDougall, «The Group Mind» (1920).

Una posizione che oscilla tra l'intrapsichico e l'intersoggettivo

Presentare questo testo serve a individuare la posizione di Freud e il suo obiettivo. La sua posizione può vedersi in una frase spesso citata che compare nell'Introduzione, «Nella vita psichica dell'individuo considerato da solo, l'Altro interviene normalmente come modello, supporto e avversario, e dunque anche la psicologia individuale è subito e contemporaneamente, una psicologia sociale, nel senso che è ampliata, ma perfettamente giustificata». (1981, 123). L'intero testo, tuttavia, è preso in questo doppio movimento.

Il suo obiettivo, definire uno stadio nell'Io, passa attraverso l'analisi della psicologia delle folle. Abbiamo nel testo una definizione di «folla primaria» che anticipa tutte le ulteriori definizioni del gruppo: «A seguito delle osservazioni di cui sopra, comunque siamo pienamente in grado di formulare la costituzione libidica di una folla. Almeno una folla, come l'abbiamo considerata, che ha quindi un leader, e non una folla secondaria, che per un eccesso di «organizzazione» non è riuscita ad acquisire le proprietà di un individuo. Una tale folla primaria è una somma di individui, che hanno messo uno e lo stesso oggetto al posto del loro ideale dell'Io e di conseguenza si sono identificati l'uno con l'altro. (1981, 181).

Sarebbe utile riprendere passo dopo passo la lettura di questo saggio, diviso in XII capitoli. Lo riassumeremo brevemente qui. Freud fa il primo passo su alcuni dati sociologici del suo tempo: si affida al lavoro di Le Bon e McDougall per mostrare come l'individuo nella folla, perde tutti i contenuti emotivi e cognitivi. Opponendosi alla teoria di questi sociologi, egli sottolinea l'importanza per i partecipanti di un «oggetto esterno» investito da tutti. Se un esercito perde il suo capo, «la sua testa» (vedi Oloferne) (1981, 159), il panico che ne consegue è spiegato da una sospensione dei legami affettivi dell'investimento libidico, come nell'ansia nevrotica. Sottolinea fra l'altro quanto questo amore del leader abbia come corollario intolleranza verso il non credente, cioè coloro che sono fuori dal gruppo. Considerando altre situazioni di gruppo, si interroga sul ruolo dell'odio, in particolare su quello che nel 1929 chiamerà il «narcisismo delle piccole differenze», utile a trattenere solo la componente libidica, la sola capace di originare legami psichici stabili. Freud così assume vari elementi psicoanalitici.

Questo amore dell'oggetto ha una connessione con la relazione ipnotista-ipnotizzato e si ritrova nel legame amoroso – l'oggetto amato è messo allora da tutti i partecipanti al posto dell'ideale dell'io. Per spiegare questa comunità dell'ideale Freud riprende le diverse teorie sull'identificazione, per sviluppare un particolare tipo di identificazione mediante la comunità affettiva, ed è ciò che accade nella folla, nella quale ogni partecipante che ama lo stesso oggetto si identifica con i suoi simili. Freud qui indica una peculiarità della pulsione sessuale, inibita nella meta.

Gli ultimi capitoli paiono spiegare la sua tesi. La folla primaria appare come una rinascita dell'orda primitiva che descritta in «Totem e tabù». In ogni individuo c'è una psicologia della folla, una sottomissione a un padre originario, inquietante e temuto, che spiegherebbe lo stato di sottomissione del soggetto nell'ipnosi. L'analisi si conclude con l'idea dell'esistenza di uno stadio nel sé, l'ideale dell'io. Questo è più o meno differenziato in base all'età, agli individui e alla patologia. Ogni individuo appartiene dunque a diversi gruppi, «abbandona il suo ideale contrario all'ideale della folla incarnato dal leader» (1981, 198-199). Questa distinzione sarebbe cancellata periodicamente, come nelle feste in cui sono consentiti tutti gli eccessi, o nella malinconia e nella mania in cui una delle due parti trionfa sull'altra.

Ponendosi in questa esplorazione simultanea della realtà esterna (quella delle folle) e della realtà psichica (l'oggetto della psicoanalisi) Freud introduce, di fatto, una nuova posizione, non solipsistica, con una concettualizzazione appropriata, più intersoggettiva.

Un rinnovamento concettuale

Freud riprende e aggiorna le sue opere precedenti, ma la sua posizione anticipa di fatto una concettualizzazione più inter-soggettiva, «bi-fronte», girata una verso il mondo intrapsichico, l'altra verso la realtà di vita intersoggettiva, potremmo dire oggi.

Il fine essendo quello di individuare uno «stadio nell'io», prima è stato studiato il concetto dell'«ideale dell'io». Dopo l'introduzione del 1914 questo acquisisce una consistenza, sia per spiegare la struttura della folla che per chiarire le sfide identificatorie, i fenomeni introiettivi e soprattutto la melanconia. Dal 1923 Freud indicherà tale istanza come quella del «Super-io». Nella ricapitolazione del 1933, egli parla del «Super-io» e non dell'«ideale dell'io».

Nei diversi tipi di identificazione che ha ricapitolato, Freud distingue due origini dell'introiezione a seconda che concerna l'oggetto amato, la scelta d'oggetto, oppure che sia effettuata su un oggetto assunto come modello. Il processo edipico così è precisato e lo sarà ulteriormente nel 1924 nel «Tramonto del complesso edipico» dove Freud sviluppa in modo originale l'esistenza di una **identificazione mediante la comunità affettiva**, che può essere replicata

da un processo di rimozione comune. Fa l'esempio delle ragazze di un collegio che si identificano con quella che ha ricevuto una lettera dal suo innamorato e di conseguenza, non per compassione specifica Freud, identificandosi con lei e prendono il suo sintomo. Invece di attenersi a un'interpretazione di un tipo di isteria Freud pone l'accento sulla «comunità affettiva». Questo processo, intersoggettivo, è fondamentale per comprendere la consistenza del gruppo o della folla.

Gli **impulsi sessuali inibiti nella meta** hanno un posto molto importante in questo saggio. La soddisfazione non può aver luogo a causa di un ostacolo interno o esterno. A volte quando pensa alla tenerezza del bambino durante la latenza (1981, 176), sembra che derivino dalla repressione, in altre volte sembra che non sia necessario. Il **sentimento sociale**, per esempio, deriverebbe da «un'inversione di un sentimento inizialmente ostile in un legame positivo, che ha la natura di un'identificazione» (1981, 187). La soddisfazione diretta può quindi riemergere dietro tali impulsi (Freud sottolinea a questo proposito che l'amore omosessuale è molto più adatto ai legami con la folla, anche quando sono diretti). La sublimazione rappresenterebbe un ulteriore passaggio di trasformazione della pulsione. Freud insiste che soltanto queste pulsioni sono quelle capaci di legame nella folla. «Le tendenze sessuali dirette sono sfavorevoli a svilupparsi nella folla» (1981, 212) come si vede per gli amanti che si mettono fuori dalla folla (Bion riprenderà questa idea di «accoppiamento»), o il nevrotico che si soddisfa direttamente attraverso il sintomo.

Freud estende le sue conclusioni di Totem e Tabù, l'**Orda primitiva** è descritta come «mito scientifico». Dopo l'omicidio del padre e la comunità di fratelli, la nascita della «psicologia della folla» sarebbe stata realizzata dalla storia di un «primo poeta epico» (il figlio prediletto della madre). Inventando un mito (bugiardo), quello dell'Eroe solo con il Padre, questo primo uomo, che si distingue dalla massa, istituisce così una psicologia individuale. E propone un «ideale dell'io» che gli individui potranno condividere.

La formula della folla, tre diverse interpretazioni

La nostra analisi mira a dimostrare che questo testo ha avuto molteplici estensioni. In qualsiasi istituzione la formula primaria della folla è pronta a emergere, con una regressione dell'individuo e delle sue facoltà di pensiero. Entrambi i movimenti costitutivi della formula della folla – la scelta d'oggetto centrale e («di conseguenza») le identificazioni laterali – cioè l'investimento centrale e la messa in comune di elementi psichici, hanno spesso implicitamente ricevuto diverse interpretazioni, a sostegno di diverse concezioni dell'istituzione e delle modalità di intervenire.

Prendiamo l'esempio del *setting* per introdurre la questione. Il *setting* include in un'istituzione una molteplicità di funzioni, e questo rischia di distorcere il

concetto. Eppure tutti sanno quanto sia importante il *setting* per la pratica clinica. Il *setting* può avere una funzione simbolica, servire da ricettacolo delle proiezioni dei soggetti, luogo depositario della loro parte psicotica; la sua relazione con il gruppo può essere transizionale o rigida come la stessa istituzione... altrettanto del resto quanto le teorie, i processi possibili di analisi e di cambiamento e altrettanto quanto le realtà, complementari, che sono da identificare, pena la confusione, anche se a volte deplorevoli per la clinica e per i soggetti. Le istituzioni non perdonano.

Sono possibili tre letture diverse della formula della folla, a seconda che la versione sia dominata più da processi nevrotici, narcisistici o arcaici.

1) La versione nevrotica si basa su rilievo dato al ruolo del «leader» come «padre», così come al lavoro della «parola» e al lavoro della cultura.

La formula della folla appare per più versi come una declinazione della «Orda primitiva», un complemento di Totem e Tabù. Molti autori associano il ruolo centrale del leader a quello del Padre e, in un modo o nell'altro, alla sua funzione simbolica. Le opere di Lacan hanno reso possibile identificare un ordine simbolico che solo il linguaggio, la «parola» può pienamente incarnare. Con lo stadio dello specchio, la relazione con il simile è fundamentalmente contrassegnata da un processo immaginario, di alienazione. La folla, l'istituzione, il gruppo sono luoghi in cui l'immaginario tenta di contenere la mancanza, la castrazione, l'impotenza dei soggetti riuniti insieme. Qualsiasi clinica istituzionale è contrassegnata da questo requisito del lavoro.

Nei lavori inaugurali del CEFFRAP (2) (Anzieu, 1972), le regole dell'intervento psicoanalitico nel gruppo di formazione si basano su quello che potrebbe essere definito il *setting* simbolico dell'istituzione. A. Missenard indica ad esempio che la posizione del leader (il 'capo' di Freud), che è quella dello psicoanalista, non deve quindi soddisfare il bisogno di identificazione dei partecipanti. Il lavoro dell'analista si svolge secondo la dinamica transfero-controtransferale, ma ha a sua volta come riferimento un'istituzione simbolica, che ha istituito il *setting* formativo di cui molti operatori adottano la posizione all'interno dell'istituzione. Il rischio della non-istituzione (Roustang, 1981; Levy, 2012) comporta il peso dell'immaginazione che grava sulle *équipes*, bloccate nelle sfide dell'ideale o della sutura delle ferite. L'elaborazione passa necessariamente per un'analisi del desiderio del curante (Ansermet, Sorrentino 1991).

Il linguaggio è talvolta considerato dopo Lacan come l'essenza stessa dell'istituzione, molti analisti si affidano principalmente a questa «istituzione» per far fronte a un'evoluzione della società de-istituzionalizzante. Nella sua pratica istituzionale J.-P. Lebrun (2008) sostiene l'idea di ripristinare una «funzione eccezionale», un ruolo razionale per «almeno uno» all'interno delle *équipes*, per garantire una differenziazione minima dei ruoli, nelle funzioni gerarchiche garanti della legge.

Il Disagio della civiltà (*Kulturarbeit*) che Freud pubblicherà più tardi nel 1929 appare a molti come una constatazione pessimistica che emerge nel saggio. E. Enriquez (1983, 85-86) nota, per esempio, che la folla funzionerebbe come una nevrosi collettiva, per impedire all'individuo di essere portatore di nevrosi. P.L. Assoun (1997, 588) indica come la cultura cerca incessantemente di riattualizzare l'assassinio del padre attraverso l'idealizzazione, nonostante esso sia l'oggetto di un malessere legato alla pulsione di morte. G. Gaillard (2008) pone l'accento su questo aspetto della lotta con la pulsione di morte nei gruppi di supervisione.

Questa versione che si potrebbe dire «nevrotica», o anche «lacaniana», della formula della folla pone un limite. La tentazione forse grande a volte, di negare qualsiasi senso alla vita psichica del gruppo, concentrandosi solo sugli effetti del pensiero verbale (Rouzel, 2007).

2) La versione più narcisistica si basa sull'evidenziazione del ruolo delle identificazioni narcisistiche e delle regressioni prodotte dai fenomeni gruppali.

E. Jaques introduce esplicitamente una «versione kleiniana» nella lettura di questo saggio. Rileggendo l'esempio dei soldati che perdono il loro generale (Oloferne), egli ritiene che sia l'identificazione proiettiva che lega questi soldati al loro capo (una scelta d'oggetto quindi più narcisistica che libidica). Le difese che egli evidenzia presenti nelle organizzazioni derivano da questa prospettiva in cui le ansie primarie (schizo-paranoide e depressiva) sono messe in comune nel fenomeno della folla (accanto a ciò che appare più come

il «ideale dell'io» che l'ideale dell'io). José Bleger (1966), continuando il suo lavoro, dimostrerà che nel fatto di essere insieme per i membri del gruppo si tratta più di «deposito» della parte indifferenziata, psicotica che di proiezioni.

Questa prospettiva inaugura lo studio dei processi relativi alle ansie all'interno dell'istituzione. In un certo senso, Paul Fustier (1987) continua la logica di E. Jaques descrivendo i diversi trattamenti istituzionali per quelle ansie che rischiano di disorganizzare l'istituzione (uno funziona da isolante, il « contenitore radioattivo», l'altro da «riciclo». Lo stesso si può dire per R. Roussillon (1987) e il problema del trattamento dei «residui» negli «interstizi».

Didier Anzieu (1975) riprende la descrizione di Freud e Le Bon per evidenziare soprattutto la fantasmizzazione della «potenza della madre divoratrice» (253). Su tale base egli ha particolarmente messo l'accento sulla fantasmizzazione dell'immagine materna nei gruppi, l'oralità e i fenomeni regressivi («il gruppo è una bocca», « il gruppo è il sogno»), o sull' «Io-ideale» che è costitutivo dell'illusione gruppale. René Kaës (1976) ha anche sottolineato l'importanza dell'immagine del corpo e degli oggetti parziali nell'apparato della psiche.

3) Una versione più «arcaica» si basa sull'esplorazione dei registri più primitivi della psiche.

Questa interpretazione «narcisistica» della formula della folla, iniziata da Jaques, in qualche modo diventa radicalizzata nell'opera di Bleger: le parti che sono messe in comune nella folla, sono le parti più sincretiche, simbiotiche o psicotiche dei singoli individui (termini per lui equivalenti). Le identificazioni sollecitate saranno quelle specifiche delle identificazioni adesive. La «posizione» coinvolta nel senso kleiniano del termine, è una posizione precedente alla scissione-idealizzazione propria della posizione «schizo-paranoide» Bleger la chiama «glischroïde» propria dei nuclei agglutinati, indifferenziati, che sarebbero all'origine di tutte le successive differenziazioni. Il registro psichico principalmente interessato, è quello dell'originario, che funziona come «tutto o niente», «accettazione o rifiuto». La psiche di massa prende così un senso collettivo, la «banda» (vedi Meltzer), il clan mafioso, banda, gruppo settario, i gruppi fanatici mostrano come una tale indifferenziazione dei corpi può essere l'«organizzatore» della gruppalità.

Gruppalità psichica e funzione contenitiva, verso una metapsicologia intersoggettiva

Il contributo della transizionalità o l'accento messo sui fenomeni sociali introducono anche altre articolazioni fra le tre letture date. Tuttavia, con Bion, la natura gruppale della psiche permette più profondamente il dispiegarsi di una vera metapsicologia intersoggettiva, con R. Kaës.

Ponendo l'accento sulla categoria dell'intermediario R. Kaës (1976; 1983) sottolinea il carattere fondamentalmente *doubleface* dell'ideale dell'Io, di cui una parte appartiene alla logica dell'individuo, un'altra parte organizza quella dell'insieme. Il leader occupa questo posto quando le psiche dei singoli soggetti si riuniscono per formare un gruppo. L'apparato psichico gruppale così è collocato inizialmente nello spazio intermedio fra lo spazio del dentro, la gruppalità interna del soggetto, e lo spazio del fuori, i gruppi esterni, la società.

In questa interpretazione «winnicottiana» della formula della folla, la qualità di questo dispositivo può raggiungere momenti creativi quando il dispositivo è dominato dalla transizionalità, o irrigidirsi nelle situazioni di isomorfismo gruppale o di posizioni ideologiche, o addirittura disaggregarsi nella crisi. Le opere di Jean-Pierre Pinel (1996) si iscrivono in questa logica, per cui la crisi, l'attacco dei curanti sono considerati un fallimento di quella transizionalità.

Questo testo, la cui traduzione più rigorosa è quella di «psicologia di massa» (Freud, 2010), è diventato anche un riferimento per la sociologia, la filosofia o la politica (Gad Wolkowicz et al., 2012). La Scuola di Francoforte ha sviluppato una «teoria critica» che si basa su Freud per pensare in modo specifico l'essenza del fascismo. Attualmente, dopo il lavoro di Axel Honneth, Stéphane Haber (2012) mostra per esempio come Freud abbia considerato particolarmente in questo testo il posto dello psichico nel sociale, attraverso il posto degli affetti. L'analisi

delle altre opere di Freud mostra il suo attuale contributo a una sociologia che permetterebbe di tracciare un'analisi della patologia del sociale.

Con Bion e le opere di R. Kaës questo testo prenderà profondità evidenziando la groupalità psichica, il processo di contenimento e infine una metapsicologia intersoggettiva.

La particolarità di questo testo è di oscillare costantemente tra «psicologia individuale» e «psicologia della folla» rendendo così possibile di basare l'idea di una groupalità psichica e una prospettiva radicalmente intersoggettiva della metapsicologia (Kaës, 1993). Questo testo ha influenzato fortemente Bion nella sua concezione della metapsicologia.

In «Le dinamiche dei gruppi» (testo pubblicato nel 1952 e ripetuto nell'opera del 1962), lo discute e scopre che la concezione di Freud è incompleta perché si basa su un modello familiare, nevrotico (1962, 124). Ha altre idee sul leader, il panico o il luogo della libido, in base all'esperienza che ha con gruppi che dirige come terapeuta. Preferisce usare i concetti di M. Klein, perché consentono un approccio psicotico al gruppo, come nei concetti di gruppo specifici da lui introdotti (il «nucleo centrale» e gli «assunti di base»).

Diversi anni dopo, nel 1970, riprende il modello grupale in modo più radicale per considerare qualsiasi processo analitico e sviluppare una vera versione psicotica dell'assassinio del padre (pp. 135-136): si tratta di istituire un «senso comune» perché una prima separazione, discriminazione, può essere fatta tra dio e l'uomo comune (Mellier 1996). Questo fondamento diventa un elemento essenziale dell'approccio psicotico conflittuale in termini di ansie catastrofiche, ma anche potenzialmente un modello inestimabile per pensare a processi istituzionali (Menziès Lyth, 1988, Geissmann, 1991, Mellier 2000). Bion torna così all'idea contestata da Freud (1981: 185), che «l'uomo è un animale politico». Questa versione «bioniana» della formula della folla fonda dopo Freud l'idea che la psiche è grupale. Se E. Pichon-Rivière (1971) ha sottolineato nella sua teoria dei gruppi operativi, seguendo il testo di Freud, che «tutta la psicologia è strettamente sociale», una prospettiva propriamente psicoanalitica della groupalità si è sviluppata con Kaës (1993 ; 2009), con la teoria dell'istituzione, delle alleanze inconsce, ma anche del sogno, e con Claudio Neri (1995) e la sua concezione delle trasformazioni nel gruppo.

Il testo di Freud è anche molto presente in Bion, soprattutto considerando l'importanza che attribuisce ai processi di contenimento degli individui e allo specifico posto che attribuisce all'«accoppiamento» (*pairing*).

La problematica di questa opera è la perdita delle capacità di contenimento dell'individuo all'interno di una folla, mentre la figura della coppia di innamorati appare più volte come antagonista della stessa folla. Bion affronterà questa questione in modo più preciso. Nel gruppo (Bion, 1962), l'assunto di base di accoppiamento è l'unico vettorizzato dalla libido, e diventa resistenza se la

soddisfazione si realizza, o fonte di cambiamento, se non si realizza. Troviamo in lui, con l'idea di contenimento, la presa in carico della distinzione che Freud aveva fatto tra impulsi sessuali inibiti nella meta e quelli che si soddisfano direttamente. Per lui la psicoanalisi (classica) è un gruppo di lavoro che tende a favorire l'assunto di base (l'esercito, quello della lotta-fuga, la chiesa, quello della dipendenza). Questo modello sarà poi sistematizzato nel 1970 con il tema del cambiamento catastrofico e la dialettica tra la nuova idea (il Genio), il gruppo e l'Establishment.

Possiamo riprendere questa configurazione nella clinica istituzionale. L'accoppiamento deve essere considerato tra uno che accoglie e uno che è accolto, tra un operatore e un paziente (una relazione privilegiata), che concerne il divieto fondativo e simbolico della istituzione (Mellier, 2002, 2012). Può essere pericoloso, se si realizza, ma anche potenziale fonte di cambiamento, se non viene realizzato. La dinamica all'interno di una *équipe* può essere vista come la contraddizione tra una coppia curante-curato potenzialmente produttiva e il gruppo che deve contenerla e impedire che si realizzi.

Le opere di R. Kaës, possiamo citarle tutte su questo punto, si iscrivono profondamente in una metapsicologia intersoggettiva che corrisponde con i tre tipi di lettura dati, ponendo l'accento sulla «parola», altrettanto bene quanto i vari altri apporti di Winnicott o dei sociologi, se ci concentriamo sul problema bioniano della gruppalità psichica.

«Psicologia delle masse e analisi dell'Io» è quindi un testo molto attuale. Testo fondativo, rimane un prezioso «oggetto comune» per tutte le teorie dell'istituzione che si sono sviluppate da allora.

Traduzione dal francese di Stefania Marinelli. Testo originale in Home Page

Bibliografia

Ansermet, F., Sorrentino, M.G., 1991, *Malaise dans l'institution. Le soignant et son désir*, Paris, Anthropos-Économica.

Anzieu, D. et al., 1972, *Le travail psychanalytique dans les groupes*, Paris, Dunod.

Anzieu, D., 1975, *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*, Paris, Dunod, (2ème éd. 1981).

Assoun, P.L., 1997, *Psychanalyse*, Paris, PUF.

Bion, W. R., 1961, *Recherches sur les petits groupes*, trad. fr., Paris, PUF, 1965 .

Bion, W. R., 1970, *Attention and Interprétation*, trad. fr., *L'Attention et l'interprétation. Une approche scientifique de la compréhension intuitive en psychanalyse et dans les groupes*, Paris, Payot, 1974.

Bleger, J., 1966, *Psychanalyse du cadre psychanalytique*, in KAES R. et al., *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 1979, 255-274.

- Enriquez, E., 1983, *De la Horde à l'Etat*, Paris, Gallimard.
- Freud S., 1914, Pour introduire le narcissisme, trad. fr., in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1973, pp. 81-105.
- Freud, S., 1912, La dynamique du transfert, trad. fr., *Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1981, p. 50-60.
- Freud, S., 1912-1913, *Totem et tabou*, trad. fr. Paris, Payot, 1983.
- Freud, S., 1916-1917, Deuil et mélancolie, trad. fr. in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968.
- Freud, S., 1920, Au-delà du principe du plaisir, trad. fr., in *Essais de psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1983, 41-116.
- Freud, S., 1921, 'Massen Psychologie Und Ich-Analyse', (traduction par P. Cotet, A. Bourguignon, J. Altounian, O. Bourguignon et A. Rauzy) Psychologie des foules et analyse du moi. In *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, 123-217.
- Freud, S., 1923, Le Moi et le ça, trad. fr., in *Essais de psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1983, 221-273.
- Freud, S., 1929, *Malaise dans la civilisation*, trad. fr., Paris, PUF, 1971.
- Fustier, P., 1987, L'infrastructure imaginaire des institutions, in R. Kaës et al. *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*. Paris, Dunod, p.131-156.
- Gad Wolkowicz, M., Moreau T., Nouss A., Rabinovitch G., eds., 2012, *La psychologie de masse, aujourd'hui. Schibboleth/actualité de Freud*, Sèvres, Les éditions des Rosiers.
- Gaillard, G., 2008, « Se prêter à la déliaison » Narcissisme groupal et tolérance au féminin dans les institutions, *Connexions*, 2 n° 90, p. 107-121.
- Geissmann, C., Geissmann, P., 1991, Études psychanalytiques des modèles identificatoires en institution thérapeutique pour enfants psychotiques, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 10, 110-125.
- Haber, S. (2012) *Freud Sociologue*, édition Le bord de l'eau, Paris, 157p.
- Jaques, E., 1955, Systèmes sociaux en tant que défenses contre l'anxiété. Contribution à l'étude psychanalytique des processus sociaux, tr. fr., in Levy A. ed., *Psychologie sociale, textes fondamentaux anglais et américains*, Paris, Dunod, 1965, 546-565.
- Kaës, R., 1976, *L'appareil psychique groupal*, Paris, Dunod, nouvelle édition 2010.
- Kaës, R., 1983, La catégorie de l'intermédiaire et l'articulation psycho-sociale, *Bulletin de Psychologie*, XXXVI, 60, p. 587-593.
- Kaës, R., 1993, *Le groupe et le Sujet du groupe. Éléments pour une théorie psychanalytique des groupes*, Paris, Dunod.
- Kaës, R., 2007, *Un singulier pluriel, La psychanalyse à l'épreuve du groupe*, Paris, Dunod.
- Kaës, R., 2009, *Les Alliances inconscientes*, Paris, Dunod.
- Kaës, R., 2012, *Le Malêtre*, Paris, Dunod.

- Kaës, R. et al., 1997, *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod.
- Lebrun, J.P., 2008, *Clinique de l'institution*, Toulouse, Erès.
- Lévy, G., 2012, «De l'Un-stitution», in J-J. Barreau (sous la direction de) *La situation de la psychanalyse, Acte 1*, Paris, In Press 223 -233.
- Mellier, D., 2000, L'individu en équipe, W. R. Bion, l'institution et la conflictualité, *Cahier de Psychologie Clinique*, 14, 161-185.
- Mellier, D., 2011, *L'inconscient à la crèche. Dynamique des équipes et accueil des bébés*, Toulouse, Erès (1ère édition, 2002).
- Mellier, D., 2012, Ce qui fait équipe, exigence d'un travail pulsionnel et appareillage psychique en institution soignante, *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 14, 131-144.
- Mellier, D., 2013, Freud-Psychologie des masses et analyse du moi, in D. Drieu, ed., *46 commentaires de textes en clinique institutionnelle*, Paris, Dunod, 87-95.
- Menzies Lyth, I. E. P., 1988, *Containing anxiety in Institutions: Selected Essays*, London, Free Association Books.
- Neri, C., 1995, *Le groupe*, Paris, Dunod, 1997.
- Pichon-Riviere, E., 1971, *Le processus groupal*, trad. fr., Ramonville Saint-Agne, Erès, 2004.
- Pinel, J.-P., 1996, La déliaison pathologique des liens institutionnels, in KAËS R. (sous la direction de) *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod, 48-79.
- Roussillon, R., 1987, Espaces et pratiques institutionnelles : Le débarras et l'interstice. In Kaës R. et al. *L'institution et les institutions: Etudes psychanalytiques*, Dunod, 157-178.
- Roustang, F., 1980, Le mythe de «l'Un», *Confrontation*, 12-20.

Note

1. Useremo la traduzione francese citata nei Riferimenti. E' usato il termine "Psicologia delle folle", indubbiamente con riferimento all'opera francese di Le Bon; il testo tedesco potrebbe, tuttavia, indicare di seguire su questo punto la traduzione di J. Laplanche, "Psicologia delle masse", un'espressione che usiamo anche qui. Si noti che la traduzione inglese si concentra sul gruppo.
2. Il Circolo francese di studi per la formazione e la ricerca (CFFRAP) ha rappresentato in Francia per oltre cinquant'anni il luogo per eccellenza della formazione psicoanalitica di gruppo, con il lavoro dei pionieri Didier Anzieu, René Kaës, André Missenard, Bejarano ecc.

Denis Mellier, Professore di psicologia e psicopatologia. Direttore del Laboratorio di Psicologia EA 3188, Université de Bourgogne Franche-Comté.

Email: denis.mellier@univ-fcomte.fr

Presupposti relativi alla *Griglia* sulle gruppalità transgenerazionali manifeste e latenti nelle famiglie come gruppi a tre generazioni: campo familiare, *setting* diversificati, gruppo multifamiliare e dinamiche di *équipe*

Francesco Comelli, Giulia Piana, Niccolò Chiodini, Giorgia Desideri, Michele Castelli, Francesca Borgogno

Abstract

Il lavoro parte dal considerare che la psichiatria mostra una certa difficoltà nell'incontro con l'ignoto relazionale, seguendo una pragmaticità (pedagogica nel campo familiare) che culturalmente esclude l'incontro con le angosce primarie delle realtà esistenziali di gruppo delle famiglie.

Per realizzare lo studio delle famiglie in maniera legata al mondo teorico dei gruppi, può essere necessario valutare le aree gruppali e relazionali inconsapevoli nei gruppi familiari: è da questa esigenza che nasce lo strumento "Griglia per lo studio dei gruppi transgenerazionali", che qui viene introdotto nei suoi presupposti e che sarà a breve pubblicato in uno specifico volume.

Questa griglia oltre ad avere una utilità diagnostica delle funzioni familiari operanti e permettere di identificarle come fenomeni di gruppo, ha anche lo scopo di consentire ai curanti di riflettere sul gruppo familiare e sui relativi traumi, facendo maggiormente circolare questi ultimi sia fra i componenti stessi della famiglia sia fra quelli delle *équipe*. Essa può essere applicata sia a pazienti resistenti ad altre terapie che nei casi di disturbi familiari e di crisi della genitorialità; e l'utilizzazione può essere fatta sia da *équipe* istituzionali che private, oltre che dal singolo terapeuta.

È inoltre un'occasione aperta per lavorare gruppalmente sulle famiglie, potendo nel tempo scegliere *setting* adeguati per i genitori o per i figli, in un modo misto, pensato e non univoco.

Parole chiave: transgenerazionale, strumento di valutazione, gruppi manifesti e latenti

Presupposti

La psichiatria oggi è organizzata in molte aree mediante protocolli guida o secondo tecnologie di cura (Comelli, 2014, 2015) che spesso, anche se non sempre, trascurano la dimensione relazionale delle realtà di gruppo operanti in un soggetto o nel suo gruppo familiare, e delle quali non sempre vi è consapevolezza, probabilmente per via della mitologia occidentale dell'individuo cartesiano (Gordon, Ringer 2017). La psichiatria mostra dunque una certa difficoltà nell'incontro con l'ignoto relazionale o con ciò che non la conferma, seguendo una pragmaticità (pedagogica nel campo familiare) che culturalmente

esclude l'incontro con le angosce primarie delle realtà esistenziali di gruppo delle famiglie. È inoltre possibile che la psichiatria odierna sia essa stessa espressione di un mondo che contribuisce a sviluppare stress e disagi, e chi non risponde alle cure è considerato pertanto come resistente a esse, mentre è possibile che abbia bisogno di cure differenti, proprio per le lacune della disciplina stessa.

Partendo da questi presupposti, il nostro gruppo di lavoro si è dedicato alle relazioni fra individuo e gruppo con l'applicazione di alcuni principi psicoanalitici di gruppo anche in spazi esterni all'analisi o alle terapie, e ha indagato all'interno dei gruppi originari di tutti noi su alcuni spunti di riflessione che riguardano la salute dell'individuo e del gruppo familiare.

Spesso le persone curate possono usufruire delle cure tradizionali anche con buoni risultati, ma poi sono riconsegnate a spazi e a contenitori malati, come alcune famiglie o parti della società.

Ciò che ci sembra nuovo e importante è il fatto che la domanda di cura sia accolta in modo da restituire nuovi gruppi e nuove familiarità a chi soffre, estendendo la psicoanalisi da studio non solo del soggetto ma, quando occorre, anche dei gruppi familiari ed eventualmente in una disciplina più allargata ed estesa anche a spazi extraclinici e di gruppo.

Per realizzare lo studio delle famiglie in maniera legata al mondo teorico dei gruppi, può essere necessario valutare le aree gruppali e relazionali inconsapevoli nei gruppi familiari e successivamente, come terapeuti, dar luogo a dispositivi che valorizzino il senso del gruppo, pensato nelle sue diverse espressioni. In base a queste considerazioni, e per fornire risposte a casi con deficit di simbolizzazione e di mentalizzazione, si è pensato di studiare meglio il campo familiare come area simbolizzabile e significabile, alla luce delle realtà di gruppo delle tre generazioni.

La pratica clinica ha permesso di sviluppare uno strumento di lavoro efficace: la griglia sui gruppi transgenerazionali dedicata alla rilevazione, quando possibile, di aree gruppali familiari legate ai sintomi del membro portavoce di un disagio. L'uso della griglia può favorire l'individuazione di vissuti familiari comuni a due o tre generazioni, consentendo poi nell'*équipe* diversi processi di identificazione o di distanziamento dalle dinamiche rilevate che creano, in piccolo, un ulteriore campo gruppale parafamiliare. L'analisi delle dinamiche di gruppo può costituire un ulteriore strumento di valutazione e di condivisione di tematiche familiari, spesso invece condannate a rimanere solo interne alla famiglia patogena.

Finalità della griglia

La griglia ha lo scopo di aiutare le famiglie e i soggetti con un disagio conclamato e resistente a diverse terapie (Shapiro, 2011) a rivalutare aree psicologiche e somatiche condivise col gruppo familiare di origine, siano esse manifeste oppure

latenti, e cioè legate ad aree traumatiche o a gruppalità non espresse nelle tre generazioni.

È possibile che i dolori o i traumi che hanno investito la famiglia, dalla terza generazione in poi, abbiano generato un modo di pensare funzionale a non trattare il trauma o altri difficili eventi familiari. In molti casi queste aree mentali contengono uno o più membri della famiglia, fra cui in massima parte il paziente designato, la cui cura non può prescindere anche dal parallelo trattamento di questo campo familiare.

Uno degli scopi della griglia è quello di trasformare un disagio del singolo o della famiglia, anche in presenza di gravi conflittualità, in un assetto migliore per la comprensione dei sintomi del paziente designato, di solito l'ultimo della catena generazionale, e per una impostazione di terapia del campo familiare o dei singoli più accurata alla luce dei risultati del presente strumento.

Sebbene la griglia non sia uno strumento statistico, mostra comunque un'area di ricerca che muove da competenze emergenti da diversi campi, in primo luogo dalla conoscenza dei gruppi psicoanalitici e del lavoro di Bion (1961,1962,1963). Anche nei casi di separazione o di ricongiungimento fra coniugi, la griglia può essere uno strumento per capire quanto le gruppalità familiari manifeste o latenti, ognuna appartenente al proprio nucleo originario, impediscano una reale ed effettiva comprensione delle dinamiche familiari in gioco, al fine di prendere scelte più opportune o pensate nell'interesse di tutti, scongiurando indipendenze non sostenibili o dipendenze insopportabili e nocive. Inoltre, la griglia è anche uno stimolo per le *équipe* o per i singoli operatori per monitorare questioni familiari o per acquisire linguaggi comuni su tematiche così importanti per il singolo paziente. Ciò vale sia per *équipe* di operatori di studi professionali e di istituzioni, che per il singolo terapeuta alle prese con un caso difficile che necessiti di supporto per la gestione dei familiari.

L'*équipe* di operatori può pertanto confrontarsi sia sulle dinamiche dei pazienti, sia sulle dinamiche interne, lavorando parte della griglia su tematiche di controtransfert del terapeuta. La griglia può infine esitare in una precisa indicazione terapeutica per singoli familiari, per l'intero gruppo o parti di esso, verso una cura più adeguata o più mirata in base alle gruppalità familiari su cui intervenire: in sostanza che *setting* pensare dopo la comprensione di alcuni aspetti rilevati. L'uso della griglia può inoltre essere rivolto ai genitori in assenza del figlio, che per diversi motivi non vuole curarsi, e dunque va valorizzato il reperimento anche di un solo dato significativo del gruppo familiare che nel tempo potrà essere valutato ed esaminato dai terapeuti con maggior serenità e costanza. Riportare i gruppi al centro degli organismi viventi di cura rappresenta un'alternativa all'individualismo settoriale, anche e soprattutto nelle *équipe* psichiatriche, facendo attenzione a non confondere il lavoro d'*équipe* con una generica idea di multidisciplinarietà (facilmente tendente a frammentare): il

gruppo *équipe* viene pensato come un “organismo” dotato di “funzioni somatiche” e mentali, che può ripensare i dispositivi terapeutici più prossimi al paziente, ma a partire da un “transito” dei derivati del paziente (e dei terapeuti) nell'*équipe* stessa. È per questo che è corretto parlare di “organismi *équipe*” come laboratori di rêverie (Ogden, 2009, 2015) esterni ai pazienti, seguendo la metafora della circolazione extracorporea dei temi del paziente nell'organismo *équipe*. In questo modo le intersoggettività delle *équipe* possono far rivivere ambiti intersoggettivi più sani rispetto a quelli obbligati del gruppo familiare di appartenenza del paziente. Ciò spinge l'*équipe* a produrre (e quindi orientare verso una posizione personale) le trasformazioni microculturali non violente in una singola istituzione. Poter pensare in psichiatria con una funzione psicoanalitica, soprattutto di gruppo, è a nostro avviso importante per scongiurare il rischio di una concretezza nemica del divenire e potenzialmente tendente a sviluppare assetti religiosi, con prevalenze di meccanismi di massa regolatori delle relazioni. Nel rapporto fra mente estesa familiare (Corrao 1999) e soggetto la prima diventa uno spazio ectopico di deposito di contenuti del soggetto, e l'*équipe* funziona da contenitore per gli elementi che i soggetti del gruppo familiare hanno potuto affrontare solo mediante strategie difensive. Operativamente è da prevedere una restituzione delle idee emerse dalla griglia che può avvenire sia in un'unica seduta che essere gradualmente all'interno dei setting di cura. Essa di certo rimane una “fotografia dinamica” di una condizione che l'*équipe* può riprendere e rivedere nel tempo. È implicito che ci riferiamo a casi in cui la mente del singolo è ancora incorporata in maniera totale o parziale in un gruppo familiare tutto da valutare nella sua patogenicità.

L'utilizzo della griglia implica che vi sia preferenzialmente una *équipe*, anche piccola, ma in grado di fornire un gruppo alternativo in cui far albergare difficili temi familiari da pensare in trasformazione. La somministrazione della griglia, per esempio dopo un anno di lavoro con una famiglia, può permettere di comprendere il grado delle trasformazioni in atto nelle gruppalità familiari e nel singolo paziente. L'operatore che compila la griglia può svolgere il colloquio da solo o con un altro collega prevedendo una fase 1 in cui compilare la griglia stessa e una fase 2 in cui dare luogo a *setting* di lavoro e di terapia. Implicitamente la fase 1 è anche inizialmente terapeutica e il consiglio è quello di non considerare la compilazione della griglia un test meccanico da somministrare e riempire, quanto invece un primo passo verso una maggiore comprensione che può avere valenze terapeutiche, mostrando aree che i singoli soggetti del gruppo familiare non riescono a vedere in quanto indifferenziati dal proprio contenitore di appartenenza.

Presupposti – 1. Campo gruppale e familiare, e traumi affettivi

La nozione di *campo*, mutuata dai fisici (Bohr, 1961; Heisenberg in Gaburri,

1997), apre una riflessione sull'eventualità che l'osservatore, interagendo con l'osservato, lo modifichi e che le sue osservazioni non siano oggettive ma descrivano un elemento modificato dalla sua stessa osservazione. In psicoanalisi questo concetto raduna l'idea di una dimensione comune inconscia, costituita dalla confluenza di aspetti derivanti da analista e paziente: tutto ciò ci avverte dell'importanza degli elementi del campo stesso come costitutivi di ciò che permea e contiene analista e paziente nel loro insieme.

Di conseguenza si ha l'esigenza di domandarsi quali siano gli elementi costitutivi di campo già presenti nello specifico di un gruppo familiare trattato, laddove clinicamente si osserva quanto il campo gruppale si componga di tre generazioni e non di due (Comelli, 2010).

Pensando al poco tempo che ci separa dalle crudeltà del secolo scorso e dall'eredità del male che le masse hanno espresso, risulta evidente come il trauma della violenza abbia profondamente influito sui soggetti e come i traumi sociali incidano su di essi (Volkann, 2006; Nicolò, 2000).

Specularmente ciò avviene anche nelle famiglie capaci di indurci a non esperire le nostre parti ferite dal trauma, spesso parti poetiche e delicate, per paura che non siano sostenibili o apprezzabili, o che ci rendano vulnerabili.

Occorrono spazi idonei, terapie, momenti culturali che diano luce creativa alle nostre parti rimaste nel backstage, quelle più sane, più fisiologiche e tenute segrete perché considerate nocive o minaccianti i legami malati, considerate una colpa e un rischio perché in grado di mettere in crisi i legami di sicurezza, che non hanno però mai dato felicità. In tali modi si favoriscono nelle famiglie relazioni di sopravvivenza che incoraggiano dipendenze e attaccamenti malati e infantilizzazione dei figli, implicitamente funzionali ai genitori o addirittura un loro farmaco, impossibilitati a sviluppare proprie linee di autonomia, che finiscono così per ammalarsi di dipendenza.

Presupposti – 2. Legami familiari in società occidentalizzate: la questione dell'amore e un "Edipo materno"

Il nostro modo di vivere propone spesso rapporti basati sulla sicurezza, sulla dipendenza: "sto con te" per sopravvivenza reciproca, per mantenere un legame malato. Migliaia di giovani restano incastrati in ruoli spesso infantilizzati, sostenuti da un atteggiamento di difficoltà di molti genitori nel pensarsi senza figli in modalità non patologica. Ciò va chiaramente a discapito di legami più centrati sull'amore e sull'autonomia. Molti gruppi familiari hanno bisogno di aiuto per consentire a meccanismi umani e fisiologici di tornare a pulsare normalmente, attraverso una migliore regolazione dei rapporti e delle esperienze emotive. Ciò può aiutare a far riemergere il vero sé dei genitori e dei figli, inibito perché adattato a legami rigidi e a sicurezze malate.

Sullo sfondo delle odierne famiglie si osserva spesso la crisi del padre,

intervenuta anche come reazione a un secolo di maschilismo distruttivo e guerrafondaio, contro il quale si è ritenuto necessario un cambiamento in direzione della valorizzazione del materno e del femminile, che può tuttavia diventare una malattia se prende la via della difficoltà a separarsi dalle madri o da un legame malato col materno.

Se una volta era prioritario e classico l'affrancamento dal padre (più o meno padrone) per una maggiore autonomia del giovane, oggi prevale una dipendenza marcata dal materno, così da pensare a un "Edipo materno" e non più paterno, alla necessità di "uccidere" la madre, di separarsi da essa e rendersi più indipendenti, che porta con sé il tema della colpa per questa separazione. In altre parole, e semplificando molto, se una volta la colpa era legata all'uccisione simbolica del padre, ora è legata a quella della madre. I figli sono spesso alle prese con la colpa connessa alla separazione e al diventare grandi: la maggiore autonomia viene vissuta come un tradimento e con la percezione dolorosa di "essere cattivi".

Le cure debbono pertanto aiutare genitori e figli a ritrovare espressioni più sane e regolate, a trovare il coraggio di esprimere il vero sé, facendo attenzione a ciò che lo ha modificato e costretto all'anonimato, scoprendo un amore per questa parte cancellata e adattata a legami di sopravvivenza.

Il lavoro sui legami familiari può produrre una riscoperta dell'amore come propria capacità di amare se stessi o altri, con la consapevolezza che il dolore nasce da un amore traumatizzato e ferito a cui abbiamo rinunciato, diventando spesso estranei a noi stessi.

Il termine amore qui non è utilizzato per indicare esclusivamente un rapporto sentimentale, ma anche per il proprio mondo affettivo completo e non traumatizzato.

La paura di non poter gestire le grandi emozioni della vita o che esse siano solo portatrici di sventura corrisponde al fatto che alcune persone sono state traumatizzate affettivamente sia nella loro storia familiare che in quella collettiva come gruppo sociale.

Ciò porta i singoli a non credere in buone e possibili emozioni, ma a trovare strategie in grado di evitarle, annullando il senso emotivo del vero sé: i traumi affettivi fanno sì che l'area emotiva colpita smetta di vivere nella persona traumatizzata e nelle sue relazioni. La persona si ammala sia come soggetto sia come parte della relazione in cui il partner o il genitore favoriscono un adattamento a legami in cui l'area emotiva rimossa si mantiene tale. I legami diventano menzogneri e basati sulla sopravvivenza reciproca, ma anche forieri di un alto grado di colpa in caso di distanziamento.

Il lavoro con la griglia può aiutare a valutare come e perché si nasca in "culle scomode", al fine di ripristinare buone capacità di base che possono essere presenti anche in persone danneggiate e sofferenti.

Presupposti – 3. La cura del campo familiare: dal dialogo fra generazioni di terapeuti a quello con i pazienti contemporanei

È possibile che la resistenza dei pazienti alle cure sia legata a nodi e tematiche non risolte nelle generazioni precedenti, a partire dalle difficoltà personali e culturali per i genitori di trasformare le loro esperienze problematiche come figli. Ciò può aver determinato legami disregolati basati su inconsapevoli posizioni del genitore nel contenere il figlio sulla base di proprie problematiche non trattate o non consapevoli. Se ciò fosse vero sarebbe opportuno studiare i contenitori come elementi profondamente legati alle forme psicopatologiche.

I pazienti cosiddetti resistenti, che mettono in crisi i tradizionali strumenti di cura, ci hanno spinto a studiare il rapporto psicopatologia\cultura e a considerare i gruppi familiari come gruppi-ponte nel confine fra soggetto e cultura e fra soggetto e psichiatria. I gruppi familiari vengono studiati in questo tipo di lavoro sulla base del concetto di mente estesa (Corrao, 1999) esistente fra diversi soggetti, che corrisponde all'esistenza di un gruppo efficace nel produrre una grammatica intersoggettiva implicitamente condivisa.

I confini non chiari fra i traumi del genitore e i derivati nella psiche del figlio, spesso contenuta da contenitori familiari o genitoriali magari utili alla sopravvivenza del gruppo familiare (o di un suo rappresentante), favoriscono una cronica mancata separazione dai legami fra soggetti appartenenti a una diversa generazione della stessa famiglia.

Ciò può determinare fenomeni noti a chi lavora in psichiatria: lunghe storie di farmaci sempre diversi, diagnosi continuamente rinnovate, ricoveri con continue psichiatrizzazioni oppure, sempre più, rifiuto delle cure.

La resistenza del paziente non è pertanto rivolta alla psicoanalisi, ma si pone come oggettivo fallimento di diverse terapie in ragione di una impermeabilità o incomprensione dei linguaggi che il “popolo di terapeuti” è uso utilizzare.

In alcuni casi di sintomatologia incoercibile o compulsiva, accompagnata da ripetuti fallimenti terapeutici, lo studio dei gruppi familiari a tre generazioni ha potuto mettere in evidenza il funzionamento della famiglia come gruppo non tanto orizzontale quanto verticale, ossia a più generazioni, che nel tempo non ha potuto trattare o trasformare un tema traumatico per uno o più componenti del gruppo familiare stesso, con la conseguente trasmissione delle modalità di mancato trattamento del trauma da una generazione all'altra (Badaracco e Narracci, 2011; Comelli, 2010). Nel paziente designato si può osservare la presenza di stati psichici (come agiti, idee compulsive, reiterazione di funzioni) che non sono “digeribili”, come se il paziente fosse la stazione di arrivo di questo materiale, che però trova origine e stazione intermedia nei genitori, a loro volta alle prese con situazioni di intrattabilità di nuclei traumatici o di dolore non elaborato.

I nostri interventi clinici possono avvenire pertanto anche prima di un trattamento vero e proprio del paziente, prendendo in carico il gruppo familiare.

Tale approccio presuppone comunque un pensiero analitico, senza il quale questo discorso non avrebbe senso: il nostro gruppo di lavoro ha riflettuto su quanto le teorie e le prassi in uso oggi possano ritenersi adatte a curare l'adolescente contemporaneo, o se siano invece necessari modelli nuovi in grado di intendere meglio l'importanza degli "interstizi intergenerazionali" e del "non detto transgenerazionale".

Ci siamo interrogati sulle necessarie modifiche del nostro modo di lavorare rispetto alle tematiche adolescenziali odierne: in sintesi sulla psicopatologia contemporanea, che prevede almeno un cambiamento del rapporto con il lutto, con la separatezza e con il senso del limite.

Come terapeuti, rispetto ai nostri "nonni", ossia gli autori che hanno iniziato la psicoanalisi un secolo fa, molti di noi si interrogano sulla possibilità di esplorare strade maggiormente intersoggettive e di poter "fare un lutto" e una trasformazione rispetto a modalità di cura che non sono più in linea con i modi di essere o di soffrire delle persone. Oggi i pazienti adolescenti sono magari tecnicizzati o esperti in aree prestazionali, ma hanno strumenti diversi da quelli utilizzati tre generazioni fa per affrontare i lutti, le separazioni e i limiti.

Presupposti – 4. Famiglie, parentalità

La famiglia – come gruppo o come oggetto di lavoro preliminare alle terapie individuali – è una disciplina intermedia fra competenze di gruppo, individuali e sistemiche.

I lavori di Kancyper (2008); Devereux (1970); Ferro (2006) in questo senso muovono dalla terzietà necessaria per pensare a questi scenari fuori da una funzione che si schieri con un genitore o con un figlio, ma studiando le incorporazioni fra i soggetti come elemento della scena familiare. Il concetto di difesa mediante incorporazione appare infatti oggi centrale in molti contesti (Gaburri, 1997): essa è pensata da Freud (Laplanche e Pontalis, 1993) come un elemento accomunato da libido e aggressività, con impossessamento erotico e annientamento dell'oggetto portandolo dentro intero o a pezzi, ma comunque possedendolo.

Lo studio delle famiglie orienta verso una condivisione di gruppo delle posizioni di legame disregolato o di incorporazioni reciproche, che possono trovare strumenti terapeutici *ad hoc* per evitare che i pazienti (spesso i figli) rimangano cronicizzati su posizioni compulsive e di ripetizione in quanto "farmaci" per i genitori, non esprimendo quindi la loro soggettività e la trasformazione dei legami. In questi scenari di legame disregolato se il figlio si sottraesse all'essere farmaco del genitore, entrerebbe in una dinamica di danno al genitore e di colpa

primaria (Comelli, 2014).

L'incorporazione da parte di un genitore può invece essere un'idea di concepimento del figlio come estensione delle proprie difese psichiche, avviando contratti di lungo periodo fra aspetti inconsci del genitore e del figlio: Kancyper (2008) parla di un contratto di immortalità fra genitore e figlio o di reciprocità nella funzione del figlio di riparare una questione del genitore in cui è presente un deficit nel riconoscere il dolore del figlio, pensato invece in funzione di quello del genitore.

La pensabilità di questi temi è fortemente accentuata nei dispositivi di gruppo monofamiliare o multifamiliare, che nelle istituzioni hanno un senso proprio a partire dalle familiarità come scenari emotivi inconsapevoli delle istituzioni e delle *équipe*. Come a dire che un certo grado di studio delle familiarità inconse che animano un luogo istituzionale e organizzativo, produce una chiave di lettura utile a poter "stare in quella famiglia" istituzionale.

Lo studio della mitologia familiare contemporanea risulta ancora più importante e significativa in un periodo storico in cui la figura del genitore entra profondamente in crisi, sia come esito di una delusione per gli scoppi di distruttività che i genitori sociali non hanno saputo contenere nei decenni passati, sia come maggior interesse per l'area della fraternità come spazio inesplorato nella sua potenzialità curativa.

Presupposti – 5. Sopravvivenza

Lo staccarsi da parte di un membro della famiglia da questo sistema corrisponde a un vissuto di colpa e di solitudine che spesso, per gli altri componenti, viene invece vissuto come colpa per l'abbandono di un membro o di una gruppaltà familiare manifesta organizzata sulle difese dal trauma. I gruppi latenti rappresentano invece le gruppaltà non espresse a cui il soggetto non può apertamente aderire o esprimere, in quanto considerate pericolose per la propria sopravvivenza e per quella del gruppo, per il timore dello svelamento dei traumi o per prudenza nel non ferire altri componenti della famiglia.

L'intuizione di una verità familiare sequestrata, latente, rimossa e non rappresentabile se non tramite i sintomi, ci consente di esperire realtà affettive profonde, magari non conoscibili nella seduta o avvicinabili solo in parte, ma di fatto non definibili con il linguaggio oggettivante, bensì percepibili come fenomeno di gruppo. Anche una buona relazionalità latente è da valutare e da scoprire.

Se pertanto, come sottolinea Kaës, vi è un concetto di alleanza inconscia nella fondazione dei gruppi è possibile che i gruppi familiari siano inconsciamente e naturalmente radunati attorno ad alcuni assunti che potremmo definire istituzionali per quella famiglia e per la sua sopravvivenza (Kaës, 2008). Consideriamo la sopravvivenza un elemento importante che nelle diverse ere ed

epoche prende una diversa forma. Nelle famiglie i gruppi manifesti esprimono questa pulsione verso la sopravvivenza o verso tematiche anticrisi e anti-separazione che il gruppo familiare ha elaborato come rimedio a un eccesso di trauma.

Le gruppalità latenti, invece, rappresentano silenziosamente l'inesprimibilità del dolore di cui sono portatori, passando dal trauma infantile alla teoria traumatica della conoscenza (Sarno, 2014), in cui il trauma produce uno scivolamento verso l'inesistenza dello stesso. Ciò è favorito anche dal destino del trauma, nel quale gli elementi adulti che invadono il bambino albergano in un ambito di confusione fra richieste del bambino (per es. rassicurazione) e le risposte dell'adulto. L'adultizzazione del bambino traumatizzato relega il trauma a dimensioni sintomatiche o di alleanza inconscia con altre parti traumatizzate della famiglia, producendo gruppi latenti che assumono spesso il senso di aree sacrificali o sacrificate.

È possibile che questi meccanismi siano gruppali nel senso di trasmissione di contenitori di esperienza fra genitori e figli, avendo però i genitori mutuato contenitori rigidi non trasformati, ma al contempo, secondo Leoni (2015), "contenitori rotti".

I pazienti intorno ai quali si è incentrata la nostra riflessione teorico-clinica e il nostro lavoro di cura e di ricerca sono soggetti nei quali, oltre alla carenza o assenza di domanda di cura, si trova una ridotta, quando non praticamente assente, capacità di simbolizzazione degli affetti, rispetto a un grande utilizzo dell'agito, in vario modo autolesivo, anziché processi più evoluti di elaborazione del dolore psichico. Per pazienti nei quali si assiste a un deficit di domanda di cura e con i quali – come già era stato notato sin dagli studi e ricerche pionieristiche di Mara Selvini Palazzoli (1988) – l'implicazione del contesto familiare risulta strutturalmente parte della sofferenza soggettiva, è stato necessario articolare un tipo di intervento di cura a più livelli, con un coinvolgimento forte anche dei familiari, in primo luogo i genitori, e con un coordinamento e collaborazione intensi fra più terapeuti, che settimanalmente si confrontavano nel gruppo dei curanti (Comelli, 2014).

Un'idea portante è consistita nel fatto che molti pazienti, spesso trattati solo individualmente, presentassero nei loro sintomi aree del gruppo familiare a più generazioni non ancora risolte dall'intero gruppo familiare stesso. Di qui l'idea di verificare e valutare l'esistenza di tali aree e il loro rapporto con la sintomatologia resistente, in modo da evitare che la cura fosse solo su soggetti separati (per es. solo il figlio o solo il genitore), ma anche sulle aree non risolte della famiglia a più generazioni.

Una simile strutturazione del lavoro ha permesso che i pazienti riducessero grandemente i drop-out e le fughe dalle terapie: un elemento ritenuto fondamentale è stato non solo l'aver soccorso la genitorialità, ma il lavoro sulle

dinamiche del gruppo dei curanti, che hanno potuto affrontare in uno spazio “altro” le conflittualità familiari e, in definitiva, restituire al curante del singolo paziente un'idea delle aree conflittuali della famiglia del soggetto in cura, riprodotte in vivo nel nostro gruppo.

Alcune linee di criteri operativi – Descrizione dello stato attuale del paziente, miti familiari, gruppalità condivise e assunti di base in maniera manifesta o latente

L'uso della griglia parte da una relazione sugli elementi del paziente, come il suo andamento, esordio, esperienze infantili, cambiamenti caratteriali e le dinamiche attuali in gioco con le relative sintomatologie, in modo da avere il riscontro del tipo di sofferenza del paziente designato. In sostanza si tratta di una anamnesi qualitativa per gli scopi della valutazione familiare. In questa parte possono essere descritte anche eventuali alleanze con familiari, rapporti con fratelli, oltre che ogni elemento psicopatologico che contestualizzi la situazione clinica.

Riguardo ai miti familiari, gruppalità condivise latenti o manifeste, è possibile indicare le gruppalità effettive, con riferimenti desunti da:

- teorizzazione di Bion (assunti di base operanti in una linea generazionale, per esempio una gruppalità che comprende nonno materno, madre e figlio – il paziente).
- descrizione differente dalla quella degli assunti di base bioniani, ma di gruppalità che assumono un significato di mito familiare. In queste descrizioni possono essere osservate modalità di pensiero difensivo del gruppo familiare organizzate sull'allontanamento dai traumi o contenuti o atmosfere che emergono come costanti e significative.

Possiamo ritrovare il concetto di mente estesa (Corrao 1999) in diversi modi e possiamo descriverlo nell'apposita sezione secondo due modalità:

1. Fenomeni emotivi o mentali allargati all'intero campo familiare, percepibili come un problema di cultura di gruppo, di un'idea o di un trauma con modalità difensive che allagano l'intero gruppo familiare apparentemente senza frammentazioni. Queste forme di gruppalità possono anche essere miti o temi del gruppo familiare in grado di manifestarsi in differenti modalità. Si tratta di un tipo di gruppalità univoca e distesa sull'intero gruppo. La mente estesa può essere di una coppia all'interno della famiglia o di più persone. Tali modalità sarebbero dei patterns relativi all'intero gruppo familiare.
2. Gruppalità familiare manifesta o latente. Le gruppalità manifeste

esprimono fenomeni più direttamente visibili e spesso legati alle esigenze di sopravvivenza, esprimendo esigenze difensive, visibili e strutturate, che si ripetono sia nella relazione fra un genitore del paziente verso il proprio, ma anche da parte del paziente verso il genitore. Si assiste così a un isomorfismo delle dinamiche fra un genitore e il proprio, e contemporaneamente del figlio verso quel genitore. In modo corrispondente a una gruppaltà manifesta, visibile, vi è anche una gruppaltà latente non espressa che appare come un'area mancante e poco vissuta nella relazione paziente-genitore e genitore del paziente con il proprio. Si prenda come esempio un padre che ha dovuto manifestare forza e riuscita sociale nei confronti del proprio, vincendo su di esso e dimostrandosi più forte. Questa rappresenta una relazione visibile che si nota come replica fra il figlio e lui stesso, dunque con una gruppaltà manifesta basata sull'espressione di forza e sfida sia da parte del genitore verso suo padre sia da parte del figlio (paziente) verso il proprio. È una relazionalità che si replica sia nella generazione precedente che nella successiva, con vissuti emotivi isomorfi fra diverse generazioni e che indica una modalità di relazione che si mantiene e che esprime il tema del gruppo verticale costituito fra nonno paterno, padre e figlio (il nostro paziente). La gruppaltà latente, sempre fra i componenti di questo gruppo verticale, è quella legata all'esprimere affetto fra maschi, fra padri e figli, sia fra il figlio paziente e il padre e sia fra il padre verso suo padre stesso (nonno del paziente). In altre parole, le gruppaltà latenti esprimono aree gruppali silenti ma rilevabili sia da controtransfert sia da dati clinici, legate ad affetti poco esprimibili perché in conflitto con aree dei gruppi manifeste. In questo caso il controtransfert del terapeuta valutatore era di tenerezza nei confronti del padre del paziente, reputato da molti rigido e duro, ma che presentava invece assetti di affetto non integrati nella relazione con il proprio padre. Il gruppo manifesto può essere dunque legato a un assunto di base attacco-fuga fra maschi, mentre quello latente esprime un assunto di base di dipendenza sempre fra maschi, dove è però possibile comunicarsi affetti.

Operativamente in questi colloqui si ricerca, nell'asse materno e paterno del paziente, quale sia stata l'esperienza dei genitori come figli o come fratelli. Il reperire una tale configurazione può essere già sufficiente a monitorare i fenomeni analitici e di relazione che poi prendono forma nel gruppo familiare. Gli assi materno e paterno vengono compilati mediante colloquio con i genitori del paziente in uno o più colloqui di coppia o singolarmente. Andrà valutato se per il paziente è preferibile un colloquio con i genitori operato da un altro terapeuta dell'*équipe* oppure dal medesimo del paziente: alcuni possono sentire minacciato il proprio spazio, soprattutto se è già avviato un lavoro terapeutico.

Dopo tali colloqui possono essere definite meglio le tre linee generazionali che esprimono ciò che è manifesto e ciò che è latente nel gruppo verticale fra figlio, madre e un genitore della madre, e in un altro gruppo verticale fra figlio, padre e un genitore del padre. Non è necessario indicare i tanti gruppi transgenerazionali verticali possibili, ma uno o due maggiormente visibili e identificabili. In un'altra parte verranno indicate invece le esperienze del genitore del paziente con i propri fratelli e sorelle, così da confrontare anche il livello fraterno. In questi assi vanno previste una o più sessioni di colloquio in modo da consentire ai genitori di esprimere liberamente e con agio le loro situazioni emotive della crescita, dei lutti e dei traumi. La presenza effettiva dei nonni del paziente ai colloqui può anche essere prevista nei casi ove possibile, ma non è indispensabile in quanto si ritiene più indicato ascoltare i genitori dei pazienti nel racconto delle loro realtà di figli. Le situazioni relazionali dei genitori come figli mostreranno quali tipi di interdipendenza o di mandato vi è stato fra elementi più manifesti e legati alla sopravvivenza o alla difesa dal trauma per una data linea generazionale, e quali linee sono invece meno esprimibili, pensabili, e quindi latenti e rilevate per via di un vissuto controtrasferale, per non mettere a rischio le parti manifeste difensive per l'intero gruppo familiare. Trovare cioè la concordanza fra dinamiche figlio-genitore sia nel paziente che nel genitore rispetto ai suoi nonni e valutare se esse siano in una linea visibile e manifesta, o se invece siano latenti e poco espresse. L'individuazione di questi meccanismi fra tre generazioni può aiutarci a orientare le cure e a sostenere i familiari o i pazienti nel loro lavoro di soggettivazione, oltre a farci comprendere il senso dei sintomi in maniera più legata alle figure dei *caregivers*. Nei casi favorevoli le soggettivazioni del genitore verso il proprio genitore, anche se ormai deceduto, possono avvenire parallelamente anche nello stesso figlio verso il proprio genitore.

Si tratta pertanto di indicare per ciascun asse (paterno e materno) gli assunti di base delle gruppalità appartenenti a ciascun membro del gruppo familiare, da quelli espressi (per es: padre autoritario, vs proprio padre) a quelli inconsci, indicando nella colonna-figli un'intersezione con i familiari. Si possono inoltre descrivere in maniera più approfondita le eredità conscie e inconscie derivanti dai due diversi assi (paterno e materno). Le posizioni gruppali che troviamo possono essere descritte nella griglia come gli assunti di base bioniani oppure, se difficili da inserire in queste configurazioni, come dinamiche gruppali da tratteggiare in maniera comprensibile (Chiodini, 2016; Desideri, 2018).

Setting

La ricerca del *setting* nei gruppi di lavoro e nelle istituzioni è un tema all'ordine del giorno (Hinshelwood 2014; Neri 1985). Ciò che emerge dalla griglia sarà poi da "giocare" sul piano della strutturazione di un *setting* adatto per quella famiglia o quel paziente. La gamma è ovviamente vastissima e l'offerta può riguardare spazi individuali per singolo genitore, spazi di coppia, ovviamente

spazi psicoterapici individuali o di gruppo per il paziente designato, spazi domiciliari, spazi pedagogici scolastici, gruppo multifamiliare.

L'*équipe* ha il valore di un gruppo e può valutare con i suoi strumenti ciò che le gruppalità familiari, manifeste o latenti, esprimono. Come a dire che la teoria del transgenerazionale è metodologicamente la linea guida della griglia, ma i *setting* possono poi essere diversi e possibilmente capaci di valorizzare gli elementi latenti.

La nostra base di partenza è l'*équipe*, intesa come mente estesa, luogo di cura e rêverie dei pazienti, esterni a loro. Luogo dove emerge e si crea un pensiero gruppale sulla famiglia o sui singoli membri.

L'*équipe* è pensata come riproduzione e rivisitazione delle dinamiche familiari e della disfunzionalità familiare, dove ogni terapeuta porta nuove proprie rappresentazioni della famiglia, contrapposte e diverse dai resoconti stereotipati con i quali le famiglie inconsapevolmente si presentano a noi.

Il secondo passaggio è la scelta degli invii sulla base delle diversificate competenze dei terapeuti e delle differenti specializzazioni, con l'assunto teorico di base di non trattare più i soggetti solo individualmente come portatori di sintomi e quindi pazienti designati, ma con visione di campo allargato, che vede i sintomi individuali come sintomi familiari, appartenenti a gruppalità latenti inconse.

All'interno dell'*équipe*, come mente contenitore in cui si valutano i vissuti controtransferali dei terapeuti, ma soprattutto dove emergono cambiamenti di assetti della famiglia (dove cioè l'*équipe* diventa luogo di intervizione tra terapeuti, che rispecchia movimenti e proiezioni della famiglia sui terapeuti), il passaggio successivo è l'invio dell'adolescente, solitamente designato dalla famiglia come rappresentante patologico del disfunzionamento familiare.

A seconda della gravità della suddetta disfunzionalità, nonché della tenuta egoica dei genitori, in *équipe* si valuta se e come prendere in carico loro, come cercare di far emergere il loro vero sé, schiacciato e temuto. Mantenere una omeostasi familiare è compito imprescindibile per famiglie nelle quali l'infantilizzazione dei figli è salvaguardia di legami salvavita: il cambiamento equivale a morte. Lasciare parlare le parti segregate è una minaccia per la famiglia: più l'adolescente è malato di dipendenza più la famiglia è al sicuro.

A seconda del livello di conflittualità della coppia genitoriale si procede nell'organismo *équipe* a inviare la coppia a un unico terapeuta, o a separarla con due terapeuti diversi.

Il *setting* prosegue con una *équipe* di valutazione del percorso intrapreso, dove tutto viene giocato e raccontato dai controtransferi dei terapeuti e dalla trasformazione in azione da parte della mente gruppale.

Uno dei passi successivi dovrebbe essere una sorta di seduta familiare con tutti i terapeuti al lavoro con la famiglia e la coppia genitoriale.

Uno degli *step* finali è o potrebbe essere una vera condivisione con scambi di vissuti controtransferali e di visione tra i vari terapeuti, in una sorta di *équipe* come laboratorio aperto.

L'obiettivo è ricreare in *équipe* ciò che si è rintracciato nella famiglia, farlo rivivere per sentirlo e capirlo, come ricomposizione delle gruppaltà latenti e manifeste del nucleo familiare, ma anche come spazio di riflessione per gli aspetti traumatici emersi.

Nel caso di invio al gruppo multifamiliare si portano in un ambito di gruppo le interdipendenze fra i membri di un gruppo familiare, destinate a non essere né viste né trasformate in molti casi di cronicità o di malattia grave, transitando fra vertici differenti, quello dei figli, dei genitori o dei fratelli che cimenta i partecipanti verso le aree del conflitto intersoggettivo come porta di entrata per quello intrasoggettivo.

I *setting* di cura nell'istituzione possono essere quindi pensati come spazi di significazione e di traduzione per il soggetto dei significanti del grande gruppo a vantaggio del piccolo gruppo, sviluppando la cura e lo studio dei contenitori.

Nel modello di lavoro presente in un gruppo clinico milanese (Basti-Menti) il *setting* si articola fra spazi per singoli genitori, gruppo multifamiliare, spazi di coppia, in seguito a un lavoro dell'*équipe* sia sulla clinica che sulla valutazione delle linee transgenerazionali.

Conclusione

Questa esperienza suggerisce che un gruppo di operatori può essere capace di contenere i temi traumatici o inaffrontabili per il gruppo familiare. Esso può svolgere la funzione di mente-contenitore in grado di pensare ai contenuti in maniera tollerabile rispetto alla gestione del dolore e della crescita psichica del soggetto sintomatico e del suo gruppo familiare.

Un utile strumento, ancora da perfezionare, può essere la griglia per la valutazione delle gruppaltà transgenerazionali manifeste e latenti nelle famiglie come gruppi a tre generazioni. Ciò presuppone un'adeguata formazione e un uso anche ripetuto (per es. dopo un anno di lavoro), per valutare il cambiamento delle gruppaltà manifeste e latenti e per valutare i cambiamenti dell'assetto controtransferale degli operatori.

Tale griglia può avere una funzione diagnostica delle funzioni familiari operanti e permette di identificarle come fenomeni di gruppo meglio di quanto avvenga se considerassimo le sole relazioni fra due membri, o se considerassimo i singoli componenti come slegati da dinamiche e modalità di appartenenza al gruppo originario.

Lo scopo è permettere a ognuno di noi di riflettere sul gruppo familiare e sui relativi traumi, facendo maggiormente circolare questi ultimi sia fra i componenti stessi della famiglia sia fra quelli delle *équipe* che lavorano, in modo

da far arrivare ai figli un senso di comunità oggi molto in crisi.

L'occasione di riflessione sui risultati della griglia può favorire un sostegno alla differenziazione dei figli o dei genitori stessi e un sostegno alla crescita di tutti loro, nel tentativo di svincolarsi da legami troppo disregolati.

Inoltre, nel caso di pazienti resistenti, può aiutare a significare il senso dei sintomi spesso difficili da percepire o da comprendere a causa di una scarsa simbolizzazione.

È inoltre un'occasione aperta per lavorare gruppalmente sulle famiglie, potendo nel tempo scegliere *setting* adeguati per i genitori o per i figli, in un modo misto, pensato e non univoco.

Per una maggiore attendibilità di questa modalità di lavoro è opportuno segnalare la fase preliminare della condivisione, del suo uso costante e della validazione a partire dalla clinica.

Bibliografia

Badaracco J. G. & Narracci A. (2011). *La Psicoanalisi multifamiliare in Italia*. Torino: Antigone edizioni.

Bion W. R. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando.

Bion W. R. (1962). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando.

Bion W.R. (1963). *Elementi della psicoanalisi*, p. 44, Roma: Armando.

Bohr N. (1961). Torino: Bollati Boringhieri.

Chiodini N. (2016). Linee di trasmissione transgenerazionale e percorsi clinici del campo familiare, Tesi di Laurea, Anno Accademico 2015\16, Università degli Studi di Urbino Carlo Bo.

Comelli F. (2010). *Forme della distruttività e loro percorsi di cura*, pp. 5- 50, Sesto San Giovanni: Mimesis ed.

Comelli F. (2014). Il corpo oggetto della colpa primaria in *Ricerca Psicoanalitica*, 2, pp. 47-70, Milano: Franco Angeli.

Comelli F. (2015). *Disturbi Journal of Psychoanalysis*, pp. 87, 990-1000.

Gaburri E. (a cura di) (1997). *Emozione e Interpretazione. Psicoanalisi del campo emotivo*. Torino: Bollati Boringhieri.

Gordon R., Ringer T.M. (2017). Nous and the Social fabric of the human mind: Towards a viable theory of collective thinking in «Thinking in groups and teams», <http://www.argo-onlus.it/la-rivista/>

Hinselwood R.(2013), ed. it. a cura di Stefania Marinelli, *Ricerca nel setting. Studi nel singolo caso: soggettività e conoscenza psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli, 2014.

Kaës R. (2008). Le identificazioni e i garanti metapsichici del riconoscimento del soggetto in *Rivista di psicoanalisi*, 4.

- Kancyper L. (2008). *Il complesso fraterno*. Roma: Borla.
- Laplanche J. & Pontalis J.B. (1993). *Enciclopedia della Psicoanalisi*, vol. 1. Bari: Economica Laterza.
- Leoni P. (2015) in Comelli F., Leoni P., Monguzzi M., Borgogno F., Pinato M., Pellizzaro L., Cerabolini R., Valera L., Bruni S., Bisagni F., Mauri C. & Ramella M. (2015). La cura del campo familiare: dal dialogo fra generazioni di terapeuti a quello con i pazienti contemporanei. Un progetto di ricerca clinica e di cura del soggetto e del suo campo familiare transgenerazionale in *Funzione Gamma*, 34. <http://www.funzionegamma.it>
- Neri C. (1985). Osservazioni a proposito dell'analizzabilità nella situazione di gruppo in *Koinos, Gruppo e funzione analitica*, 2.
- Nicolò A. M. (2000). La memoria nella trasmissione generazionale della famiglia in *Psiche*, VIII, 2, pp. 111-122.
- Ogden T.H. (2009). *Riscoprire la psicoanalisi. Pensare e sognare, imparare e dimenticare*. Firenze: CIS Editore.
- Ogden T.H. (2015). Intuire la verità di quello che accade: a proposito di Note su memoria e desiderio di Bion, in *Rivista di psicoanalisi*, LXI, 4, pp. 843-864.
- Palazzoli Selvini, M. (1988). *Giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Cortina.
- Sarno M. (2014) in E. Gaburri (2014), *Navigando l'inconscio: scritti scelti*. Sesto San Giovanni: Mimesis.
- Shapiro E. R. (2011). Resistenza al trattamento e autorità del paziente: il trattamento psicodinamico dell'Austen Riggs Center, in *Terapia di Comunità, Rivista bimestrale di psicologia*, Anno 11, n. 48, Settembre 2011.
- Volkan V. (2006), Traumi di massa: l'ideologia politica del diritto alla violenza, in *Psiche*, Milano: Il Saggiatore.
- psichici nella globalizzazione. Dalla crisi del campo familiare ai sistemi di cura per dipendenze, anoressie e distruttività*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Comelli F. (a cura di) (2015). Group psychotherapy and border areas of contemporary psychiatry in *Funzione Gamma*, 34.
- Corrao F. (1999). *Orme*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Desideri G. (2018). Oltre la pelle, oltre i confini. Linee di orientamento transgenerazionale nella cura di pazienti resistenti, Tesi di Laurea, Anno Accademico 2016\17, Università degli Studi di Urbino Carlo Bo.
- Devereux G. (1970). *Etnopsichiatria Generale*. Roma: Armando ed. (2007)
- Ferro A. (2006). Clinical implications of Bion's thought, in *International*

Francesco Comelli, Psichiatra, Psicoanalista SPI (Società Psicoanalitica Italiana), Vicepresidente ARGO (Associazione Ricerca Gruppi Omogenei), Membro didatta IIPG (Istituto Italiano Psicoanalisi di Gruppo), Direttore Scuola Basti-Menti, Professore di Etnopsicopatologia presso l'Università di Urbino, già Professore di Intervento psicologico nei Gruppi presso l'Università Statale di Milano. Opera a Milano.

Email: comelli.francesco@gmail.com

Francesca Viola Borgogno, Psicologa, si è specializzata in psicoterapia individuale e di gruppo presso l'Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo (I.I.P.G.) di Milano. Dal 2012 è una candidata della Società Psicoanalitica Italiana. Inoltre, fin dal 2004 è andata più volte in Argentina a formarsi con il Professor García Badaracco ed è diventata una delle figure di riferimento per l'insegnamento e la pratica dei gruppi multifamiliari in Italia. Socia fondatrice del Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare, a Milano conduce da alcuni anni con il Dottor Francesco Comelli un gruppo multifamiliare a cadenza quindicinale presso l'Associazione Basti-Menti. Aree di lavoro: adolescenti, adulti, famiglie; Metodologia: psicoterapia individuale, di gruppo; psicoanalisi; gruppi multifamiliari; Opera a Torino e Milano.

Michele Castelli, Psicologo - Psicoterapeuta, orientamento psicodinamico, Specializzato presso IIPG. Lavora come psicoterapeuta libero professionista e collabora con l'Associazione Basti-Menti diretta dal dott. Comelli, occupandosi di famiglie, coppie, adolescenti, gruppi.

Niccolò Chiodini, Psicologo- indirizzo psicologia clinica. Area psicodinamica, psicoanalitica. Aree di lavoro: famiglie e gruppi; età infantile-adolescenti-adulti, Ambiti clinici di lavoro: disturbi di personalità, dipendenze, disturbi alimentari, DSA. Metodologia: osservazione clinica e supporto individuale, promozione di percorsi di inserimento in contesti gruppali e istituzionali, interventi di socializzazione e risocializzazione in gruppo. Interventi psico-educativi domiciliari per soggetti con gravi disturbi della personalità, dipendenze, disturbi alimentari e difficoltà scolastiche.

Giorgia Desideri In formazione post-lauream, collabora con l'associazione Basti-Menti APS di Milano e con il Centro Ricerca e Formazione in Psicologia Giuridica dell'Università di Urbino. Pubblicazioni: "Scacco matto, nessun vincitore. La manipolazione: da Machiavelli al vissuto dei pazienti borderline", all'interno del volume Il fascino della fragilità. Frammenti di esperienze contemporanee tra psicologia, filosofia e sociologia a cura di Raffaella Santi (Franco Angeli, 2018)

Giulia Piana, Psicologa-psicoterapeuta, orientamento psicodinamico, si è specializzata presso la Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica di Milano, ha effettuato Master presso la Clinica Tavistock di Londra su Adolesecenza e devianza, ha frequentato il corso sulla Genitorialità, presso la SPAD di Roma. Lavora come psicoterapeuta libera professionista occupandosi di famiglie, coppie, adulti, adolescenti, con particolare interesse per questi ultimi. Collabora con l'Associazione Basti-Menti diretta dal dott. Comelli dove conduce un gruppo clinico di adolescenti, con tema l'approfondimento delle problematiche adolescenziali.

Il Gruppo Multifamiliare come funzione strutturante della famiglia e dell'individuo

Cristina Canzio

... C'è un altro mondo, ma è dentro di questo...

Paul Eluard

Abstract

Questo articolo intende proporre alcune riflessioni che siano di aiuto per comprendere oggi in maniera più approfondita le ragioni alla base dell'esperienza dei Gruppi Multifamiliari (GMF) che si ispira all'approccio della Psicoanalisi Integrativa. Questo metodo è stato pensato ed elaborato dal Prof. E. Mandelbaum attraverso la sua vasta esperienza clinica in diversi contesti sociali e ospedalieri in Argentina, paese nel quale il GMF viene utilizzato come dispositivo terapeutico per il trattamento e la prevenzione in ambiti diversi della comunità.

Parole chiave: multifamiliare, dispositivo terapeutico, moderna vita interiore, genitorialità

In Italia, a Campi Bisenzio (un Comune della Toscana in provincia di Firenze), questo dispositivo terapeutico viene utilizzato da 5 anni, seguendo l'impostazione teorico/pratica della Psicoanalisi Integrativa, in un'esperienza di lavoro di gruppo condotta con famiglie che presentano differenti problematiche nella crescita e nell'educazione dei propri figli. La partecipazione dei soggetti interessati a questa esperienza comune permette di condividere la propria sofferenza psichica e di confrontare le proprie difficoltà, contando nel tempo del sostegno degli altri e trovando nel gruppo un momento di contenimento delle proprie problematiche.

Le famiglie giungono ai gruppi inviate dai Centri di Salute Mentale del SSN della zona e dal Tribunale dei Minori di Firenze. I gruppi si tengono in una sede che si trova nel Comune di Campi Bisenzio. Questa esperienza, denominata "*Sostegno alla Genitorialità - Conversando fra famiglie per risolvere i problemi*", è stata promossa dalla Dott.ssa. Cristina Pratesi, già Responsabile dell'UFSMIA e fin dal suo principio è stata coordinata dalle dott.sse Cristina Canzio e Vanessa Zurkirch. All'*équipe* si è aggiunta successivamente, nel corso dell'ultimo anno, la dott.ssa Silvia Testori. Le psicologhe-psicoterapeute sono tutte appartenenti alla Associazione Italiana di Gruppi Multifamiliari creata nel 2016, con sede a Firenze.

Il Gruppo Multifamiliare è solitamente composto da più di cinque famiglie che si riuniscono settimanalmente, per novanta minuti. Viene condotto da 3 professionisti preparati *ad hoc*, che lavorano in *équipe* operando in una co-terapia. Alla fine del Gruppo Multifamiliare si svolge una riunione di elaborazione della stessa durata della seduta di gruppo nel corso della quale si confrontano i vissuti dell'*équipé*, il transfert e il controtransfert, secondo i metodi della teoria applicata. Una supervisione settimanale via Skype col Prof. Mandelbaum è infine parte integrante del lavoro che viene svolto.

Se uno o più membri della famiglia hanno bisogno di aiuto, l'*équipe* può vagliare la richiesta di un colloquio individuale con i terapeuti coordinatori.

Il GMF diventa in questo modo un luogo aperto e disponibile nel quale possono intervenire i diversi membri della famiglia, assieme agli operatori che seguono singolarmente queste famiglie, promuovendo una maggiore comprensione e utilizzazione delle conoscenze ricavate dal gruppo, con lo scopo di continuare a sostenere le suddette famiglie (sinergie di trattamento terapeutico). La presenza simultanea di due o più generazioni, spesso, permette di avvicinarsi in maniera diretta alle problematiche presenti in seno ad una famiglia.

Alcune considerazioni introduttive sulla moderna vita interiore

Quando nel 1930 Sigmund Freud scrisse il saggio sociopolitico *Il disagio della civiltà*, propose il suo punto di vista esplicando che la società nasce per garantire sicurezza, ordine e organizzazione, ma questa stessa civiltà pone il singolo in contrasto con la soddisfazione di suoi bisogni psichici e libidici, portandolo ad una tensione fondamentale e a un perenne conflitto tra le due grandi pulsioni, Eros e Thanatos.

Eros innesca una spinta egoistica e di piacere mentre Thanatos ne innesca una distruttiva di sé e degli altri. Questo attrito, che domina l'individuo, lo porta ad un conflitto interiore e questo, sommato a quello generato dalla vita sociale, lo indirizza verso un inarrestabile percorso a catena che conduce alla nevrosi.

La ricerca incessante che l'essere umano realizza per raggiungere la libertà istintuale e la propria soddisfazione libidica lo pone in contrasto con le regole della civiltà che tende a incanalarlo su binari socialmente accettabili, richiedendo l'esatto contrario, ovvero una limitazione della agognata libertà istintuale e pulsionale per continuare a stare all'interno della società. Con questo fine vengono create le leggi che inibiscono tali desideri proibendo l'uccisione, lo stupro e altro, implementando severe punizioni se tali norme sono violate.

Questo processo, sostiene Freud, è una caratteristica intrinseca e necessaria della civiltà, ma inevitabilmente infonde sentimenti in contrasto con la soddisfazione dei desideri di Eros, rendendo l'individuo civilmente conforme e

insieme infelice, poiché gli esseri umani sono governati dal principio di piacere, ed esso si basa sulla necessità di soddisfare la scarica di tali istinti per produrre piacere.

Ancora oggi, a quasi un secolo dall'apparizione di questo saggio, ripensare al suo contenuto ha un effetto sconvolgente rispetto ai tempi che viviamo. Siamo immersi in una crisi di idee e dei valori di buona convivenza sociale. Qui Eros trionfa, ma sotto la forma malata della soddisfazione narcisista e Thanatos si presenta con la sua pesante ripercussione che sta sotto gli occhi di tutti. La crisi è viva e presente nella nostra vita attuale.

Queste considerazioni sono più che mai attuali e presenti da quando Freud descriveva il suo "Zeitgeist", inteso come atmosfera culturale della sua epoca. Oggi ci troviamo con il nostro disagio della civiltà, in quel sottile spirito della nostra epoca che si riflette culturalmente in tutti i campi della vita sociale e personale: l'urlo, l'insulto, l'accusa, l'aggressività, la violenza hanno sostituito il dialogo e una pacata dialettica, proponendoci giornalmente una sfida professionale per pensare a nuove maniere di affrontare la nostra pratica terapeutica.

Edgar Morin ci propone l'articolazione delle diverse teorie e idee come possibile approccio alla complessità, un paradigma che non resiste all'integrazione delle semplificazioni, «non si tratta di distruggere, si tratta di collegare»³. Propone di pensare in sistemi aperti, non solo al passato ma al presente, agli altri, al futuro, all'incertezza, al caso, ci pone in relazione con le scienze di questo tempo, sottolineando che Freud ha fatto lo stesso, ma nel suo tempo. La scienza è cambiata in 100 anni? Questa domanda ci pone dunque anche in relazione con il quadro sociale e storico del nostro tempo.

Oggi il soggetto umano non è più pensabile fuori della complessa trama degli aspetti socio storici che lo circondano e lo determinano, tanto nei suoi desideri, discorsi, ideali, valori, poteri, identità, divieti, ecc. Questo perché esso è coinvolto in un'azione congiunta di retro-alimentazione delle condizioni storico-sociali in cui trascorre la propria vita e da ciò non può più astrarsi.

Tanto i vissuti, come le abitudini sono difficilmente separabili dall'eredità, dalla situazione personale, dalla storia, dai conflitti nevrotici, dalle malattie corporali e psichiche, ed è così che il soggetto come tale, nel suo divenire, si costruisce, immerso in un contesto socio-culturale che lo raggiunge fin da piccolo attraverso la trasmissione familiare come principale asse del proprio sviluppo.

La Psicoanalisi Integrativa applicata ai Gruppi Multifamiliari segnala ai terapeuti una strada da seguire per non perdere l'occasione di mettere

nuovamente in piedi il pensiero psicoanalitico come strumento critico e creatore di scambio. Essa permette di costruire una comune riflessione e di alimentare una continua domanda sui punti di contatto con altre teorie e pratiche terapeutiche, oggi in voga, destinate ad affrontare un campo di lavoro ipercomplesso come quello in cui ci si trova oggi nella pratica clinica, laddove è diventato quasi impossibile adempiere al proprio compito con una sola teoria senza fare riferimento ad altre. Essa propone un'articolazione dove la biologia, il conflitto e la storia si intrecciano per essere sfidate attraverso la parola e se necessario anche con altre risorse.

Lo sguardo clinico, psicosociologico e anche quello politico nella nostra cultura si intreccia attualmente con le nozioni psicoanalitiche che si articolano fra loro, rendendo manifesto quanto esse siano vive. Si prenda come esempio la produzione e la distruzione della soggettività come mezzo che ogni individuo ha di riconoscere se stesso trovando il proprio significato personale/singolare, l'identificazione, la storicizzazione, i traumatismi, la realtà e i costanti bombardamenti di idee che mettono le persone a confronto con la grande difficoltà di investire sul proprio futuro, su un progetto che sia sostenibile e che possa affrontare la crisi nella quale sono sommerse.

La realtà che invade il quotidiano impedisce d'immaginare un futuro, qualsiasi esso sia, distruggendo lo psichismo e il pensiero che, secondo Freud, appartengono al campo del desiderio. La trama strutturante dell'Io, con suoi vincoli, legami, vissuti e appartenenze, dà la possibilità di creare una feconda complessità di contraddizioni e permette al soggetto di sviluppare un "narcisismo trofico"⁵ destinato a sostenere progetti, ideali e identità che, però, in modo contrario, senza saperlo, possono indirizzarlo a rimanere invischiato in quella trama, diventando detentore di un narcisismo disorganizzante⁶ che smantella limiti, valori e coerenze come si osserva nella clinica attuale.

Origine ed evoluzione dei GMF

Il GMF come dispositivo terapeutico, originariamente è nato per cercare di risolvere le difficoltà che i pazienti e i loro familiari portavano dentro l'Ospedale Psichiatrico T. Borda di Buenos Aires nella ormai conosciuta Sala 3 a cura del Dott. J. García Badaracco che assieme al Dott. Norberto Proverbio affidarono al Dott. Mandelbaum il Day Hospital per pazienti acuti che furono concepite come un'unica unità operativa ispirata alle Comunità Terapeutiche di Maxwell Jones, diventando una Comunità Terapeutica Psicoanalitica con riunioni assembleari di quattro volte alla settimana con tutti i pazienti, familiari e personale ospedaliero verso la fine degli anni '60 del '900.

Le idee di Jones furono essenzialmente: a) la rivalutazione della parola del

paziente, b) la democratizzazione del rapporto fra i diversi livelli gerarchici del personale ospedaliero c) l'analisi e la pianificazione dell'attività di convivenza quotidiana, d) immediata attenzione rivolta alle conflittualità già dal momento in cui queste si presentano attraverso la convocazione di tutti i partecipanti nel conflitto del Day Hospital, così come era stato pensato. Dobbiamo sottolineare che questo fu il primo Day Hospital Psicoanalitico in Latinoamerica essendo le suddette assemblee assieme ai gruppi terapeutici svolti con pazienti psicotici e le loro famiglie le radici fondatrici dei Gruppi Multifamiliari. (1)

Il modello presenta una storia che si è evoluta nel tempo, articolandosi con nuovi apporti delle teorie psicoterapeutiche, diventando sempre più complesso, per affrontare la nuova clinica emergente dalle attuali circostanze socio-culturali.

Questa teorizzazione innovativa che porta il nome di Psicoanalisi Integrativa ha arricchito gli originari concetti del GMF aprendosi all'inclusione di diverse teorie terapeutiche, tenendo però sempre presente la psicoanalisi. Non si tratta di sostenere una teoria dogmatica o cadere nella povertà teorica, ma di mettere insieme una costellazione concettuale che articola la complessità del campo di lavoro.

Pensare la clinica di gruppo multifamiliare della Psicoanalisi Integrativa significa inoltre pensare a quell'insieme di teorie e pratiche diverse delle quali dispone l'*équipe* curante, evitando di perdere di vista l'eredità e la tradizione psicoanalitica, integrandole con interventi che aiutino i pazienti con la loro famiglia lì presente anziché dal racconto degli "oggetti interni" e delle "rappresentazioni significative" come accade in altri tipi di psicoterapie.

Visto in questo modo il dispositivo terapeutico può essere definito come uno spazio di conversazione fra diverse famiglie all'interno del quale i singoli soggetti possano riflettere sui vincoli che conformano la propria storia, le problematiche che li affliggono, la sessualità, il narcisismo, i traumatismi, le sofferenze, i lutti e le perdite subite nei continui cambiamenti che lo psichismo di ciascuno deve affrontare nel proprio divenire.

Si tratta allora di creare una cornice adeguata entro la quale aiutare gli individui e le stesse famiglie a percorrere i propri stati emozionali, instradando il soggetto verso una complessità simbolizzante che lo porti ad allontanarsi da un'operatività riduzionista basata su espedienti tecnici predefiniti, come viene proposto dalla cultura pragmatica predominante, che impediscono di sentire e dialogare con quel pezzo di storia personale in modo proficuo e creativo, rischiando di far diventare quel dialogo una ripetizione piuttosto che una esperienza di trasformazione e apprendimento.

Nel gruppo si lavora invitando i pazienti e i familiari a partecipare parlando liberamente oppure restando in silenzio, finché si sentano a proprio agio. Il contenimento emozionale dell'inquadramento proposto permette la creazione di un clima emotivo di fiducia, ascolto, rispetto e affetto, che facilita i partecipanti ad includersi in maniera naturale nelle conversazioni del gruppo; in particolar modo questo si osserva nei casi in cui i membri attraversano una crisi e possono condividere le ansie e le incertezze con le altre famiglie presenti che potrebbero attraversare situazioni simili.

Il Gruppo Multifamiliare favorisce la socializzazione fra i partecipanti, universalizza i conflitti e singolarizza l'unicità del vissuto; offre una speranza e induce l'apprendimento per imitazione del modello che hanno davanti: quello delle altre famiglie e degli stessi coordinatori. Il dispositivo propone un impegno al cambiamento in modo pubblico, stimolando lo sviluppo della tolleranza nei confronti di persone con problematiche dello stesso tipo o diverse da esse, coinvolgendo il gruppo nella soluzione dei conflitti. Allo stesso tempo, tende a ricomporre i rapporti, ricreando una ripresa di quel naturale processo di crescita e maturazione che si era interrotto nel singolo e nell'intero gruppo familiare.

L'esperienza del Gruppo di Campi ha come obiettivo quello di riscattare la possibilità per i genitori di porsi come degli interlocutori validi e autorevoli, sia di fronte ai propri figli, sia davanti a tutti i partecipanti delle altre famiglie. In questo modo si fornisce l'opportunità di riattivare in seno al gruppo familiare originario "qualcosa" che non si è riusciti a provvedere o a permettere per molteplici ragioni. Si favorisce così la ripresa dei processi interrotti e la possibilità umana di avvicinarsi proponendo criteri di autonomia e potenziando le genuine risorse affettive. Questo agevola uno sviluppo individuale e familiare capace di sostenere lo sforzo emozionale verso i valori vitali di solidarietà, ascolto, rispetto e affetto che sostituiscono la malattia, la dipendenza, la sottomissione, l'isolamento e perfino la morte.

Sono presenti diverse famiglie con tutti i componenti che desiderano partecipare all'esperienza di gruppo, assieme ai coordinatori che, con la loro formazione adeguata, sono in grado di amministrare con accuratezza le molteplici situazioni esperite dal gruppo, dalle famiglie e dai singoli "qui e ora". Lo scopo è quello di promuovere la fondazione o ri-fondazione della soggettività (unicità irripetibile della vita psichica/emozionale di ognuno) attingendo alle autentiche risorse possedute naturalmente dalla famiglia e trasformando la modalità di rapportarsi fra i componenti. Questo processo evolve e si struttura a partire dagli interventi dei coordinatori e degli altri partecipanti, che fondano, cambiano e sostentano tale struttura lungo il proprio percorso.

Fino a poco tempo fa, l'organizzazione familiare contribuiva allo sviluppo e all'integrazione dell'individuo nella società. Oggi assistiamo invece, in numero e intensità sempre maggiore, ad un cambiamento di paradigma dei fenomeni umani e sociali che produce una disintegrazione della struttura familiare e un'alterazione profonda dei suoi vincoli, in maniera trasversale a tutte le classi sociali.

La famiglia è quel sistema che opera naturalmente, fin dalla nascita, come primo sostegno dei bisogni e delle necessità dell'individuo, aiutandolo nella sua crescita biologica e nella strutturazione psichica del suo Io e del suo mondo interiore.

Ma oggi la famiglia si presenta fortemente disorganizzata, persa e disorientata, a causa dei cambiamenti socio-culturali e dei condizionamenti di vita all'interno dei macrosistemi che attraversano il quotidiano.

La psicoanalisi, con le sue ricerche più recenti, ha sviluppato ipotesi sulla maniera e sulle modalità in cui i valori e i comportamenti vengono interiorizzati e acquisiscono un ruolo operativo nella mente dell'individuo. La struttura della mente infantile si organizza sulla base dei contatti intimi che essa stabilisce con il gruppo di persone all'interno del proprio entourage.

La funzione genitoriale che aiuta a sviluppare la capacità di pensare, simbolizzare, leggere se stessi e la società, si trova oggi "senza scuola e senza maestri", creando nei figli una modalità auto-repressiva, esplosiva, ricattatoria o colpevolizzante che modifica l'autentica espressione di sé, degli affetti e dei rapporti.

Si va sviluppando, in questo modo, una iper-individualità senza regole che, in quanto a presenza e rapporti reali, isola gli individui dagli altri, stabilendo sempre di più rapporti virtuali che possono essere eliminati o modificati con un "click".

Quando la famiglia, per diverse motivazioni (come per esempio per le separazioni, l'intensa conflittualità, devianze varie, violenze, traumi e perdite subite, mancanza di educazione, vulnerabilità, alienazione del pensiero, disfunzionalità nella coppia genitoriale), è assente o, in alternativa, non funziona adeguatamente come agente intermediario fra il bambino e la società, il soggetto, crescendo, incontra delle difficoltà a diventare individuo/persona capace di creare, trasformarsi e imparare a stare nel mondo. Vi è l'assenza di una struttura mentale sufficientemente matura ed elastica che provveda a una trasmissione funzionale della vita.

Il paradigma della psicoanalisi ha dimostrato largamente che gli esseri umani

fanno agli altri (“mondo esterno”) ciò che fanno a loro stessi (“mondo interno”).

L'individuo allora si esprime attraverso una serie di comportamenti e stati affettivi che lo spingono ad allontanarsi dai valori che accompagnano una crescita sana. Il risultato è spesso una drammatica sintomatologia che viene vissuta con angoscia da tutto il gruppo familiare. La famiglia, perdendo il proprio ruolo, reagisce con autoritarismo passionale non sapendo come fare per affrontare le difficoltà dei rapporti.

Oggi la segregazione e l'isolamento della famiglia con le proprie problematiche tendono ad essere generalizzate, dirigendosi sempre di più verso nuove forme di patologia con il rischio che queste si strutturino nel soggetto come modalità permanenti di vita.

L'apprendimento di esperienze emozionali correttive sperimentato all'interno del gruppo, risulta efficace per il trattamento delle difficoltà vincolari in tutti i livelli della comunicazione familiare e umana, offrendo una possibilità di recupero anche sociale per la sua qualità di costituirsi come una piccola comunità di persone che parlano delle proprie problematiche, avvicinandosi, potenziando e scambiando le genuine risorse affettive per migliorare la qualità della vita.

L'utilizzo del GMF serve anche per promuovere il pensiero e il dialogo sulla iper-complessità con cui si misurano le famiglie nel quotidiano, perché tanto i servizi come le famiglie con problemi e impegni di lavoro si trovano nella difficoltà di accompagnare con continuità il necessario percorso che sostenga una risoluzione possibile sia per i pazienti, sia per le famiglie, non essendo sufficienti a volte, le risorse e il tempo a disposizione.

Il tema centrale sembra essere per tutti proprio il tempo; il tempo e lo spazio per cominciare a pensare, riflettere e parlare, ed è su questo che punta il GMF, il quale, in un certo senso, “obbliga” a sedersi, guardarsi, parlare e condividere con gli altri un luogo comune ormai dimenticato, iniziando ad affrontare le difficoltà che affliggono i partecipanti.

Il Gruppo Multifamiliare ha dunque l'obiettivo di opporsi ad un gruppo che potrebbe far ammalare, recuperando il “narcisismo trofico” presente in ogni individuo.

Quando si parla di “narcisismo trofico” si fa riferimento all'autostima. Hornstein (2011) sostiene che è un costrutto, non qualcosa di innato sufficiente ad avere una buona autostima; tutt'al più un cocktail fra l'innato e l'acquisito, tra ciò che è stato investito nei singoli e quanto di questo investimento si traduce in una

storia di vita influenzata dai discorsi familiari.

Quando l'autostima fallisce è associata a molti problemi psichici che si manifestano con diverse sfaccettature: nel lavoro, negli affetti, nella intellettualità, nel fisico, nella sessualità, tutti interdipendenti l'uno dall'altro. Hornstein pone l'accento sui disturbi dell'autostima, del narcisismo e dei valori sociali come intimamente legati alla depressione, tema molto studiato da questo autore.

Come si affronta questo? Riconsegnando all'Io la possibilità di ottenere successi incontrando nella sublimazione una chiave centrale per non rimanere sottomessi agli ideali tirannici di un Super Io sadico nella strutturazione dello psichismo.

L'autore spiega anche come tanto la fusione quanto la separazione siano processi nei quali il "narcisismo trofico" si va creando lungo le esperienze emozionali significative, per poi manifestarsi nella sua qualità di prendersi cura dell'identità, anch'essa a sua volta capace di accrescere l'autostima. Hornstein insiste nel decisivo ruolo che l'altro ha nella strutturazione dell'Io tanto per la propria presenza quanto per l'effetto che produce la sua assenza, dove sono predominanti la sensazione di essere inermi, i timori cronici dell'abbandono e tutti quei sentimenti caratterizzati da inferiorità, insuccesso e colpa.

Caratteristiche del processo terapeutico e suoi vantaggi operativi

Accelerazione e intensificazioni dei processi

L'accelerazione e l'intensificazione dei processi si presentano frequentemente nei GMF, verificandosi per la presenza nel gruppo delle altre famiglie che, con i loro diversi membri, dispiegano un'intensità dei vincoli e un'identificazione per l'azione fenomenologica del processo.

“Clima emozionale”

“Questo gruppo mi aiuta nelle situazioni difficili con la mia famiglia. Mi sento accompagnato e meno solo.”

“Le risonanze emozionali”

“A me è successo lo stesso”. “Vengo qua da sola ma quando vado via porto tutti dentro di me”

“Il modelling”

Inteso come la modalità di porsi delle famiglie, offrendo un modello di esprimersi,

di comportarsi di fronte ai discorsi e ai temi trattati.

“Le identificazioni multiple”

Sono quelle che avvengono fra i diversi membri delle famiglie, un figlio con un altro figlio, un padre con un altro padre dando origine a quelle che vengono chiamate..

“Eperienze trasformatrici”

Per esempio quando una persona che non ha mai ricevuto un’approvazione o una rassicurazione nella sua famiglia, può riceverla da altri partecipanti presenti al gruppo oppure dai coordinatori producendo un...

“Vissuto o esperienza inedita”

Quando di fronte ad un intervento (del coordinatore o di un altro partecipante) colpisce emozionalmente a sorpresa il soggetto, apportando un cambiamento psichico.

Questi fenomeni che accadono nell’andamento del gruppo, possono essere ripensati ed elaborati a voce alta e condivisi con gli altri nel momento in cui accadono, oppure possono apparire come commenti verbalizzati già elaborati in una seduta successiva, producendo una riparazione più pertinente e adeguata alla propria problematica. Questo può avvenire anche con la presenza di un solo familiare che assiste al GMF.

Individuazione precoce di patologie latenti

Il GMF funziona come una specie di radar che molte volte può individuare delle patologie latenti. Le famiglie, nel loro libero esprimersi attraverso racconti e discorsi fatti durante la seduta, aprono la strada per la comprensione di alcuni aspetti che, spesso, vengono tenuti nascosti o passati sotto silenzio nei loro contesti originari e in dispositivi terapeutici diversi. In questo modo si possono osservare meglio pezzi di storia personale o familiare raccontati spontaneamente, favoriti da un “clima emozionale” di ascolto, rispetto e affetto, tre elementi basilari di questo modello di lavoro, come sottolinea il prof. Mandelbaum: “La nostra piccola panca a tre piedi dove poter salire e guardare oltre il muro.”

A proposito di quest’idea, per far capire la modalità di approccio del GMF come nuova risorsa al trattamento delle patologie odierne, possiamo ricordare la citazione di Freud nella sua *Conferenza n°26. La teoria della libido e il narcisismo* (1917):

“Le nevrosi narcisistiche non sono praticamente aggredibili con la tecnica di cui ci siamo serviti nelle nevrosi di traslazione. Con esse, ci succede sempre che dopo un breve passo innanzi veniamo a trovarci di

fronte a un muro che ci intima l'alt. Anche nelle nevrosi di traslazione, come sapete, ci siamo imbattuti in tali barriere di resistenza, ma siamo riusciti a smantellarle pezzo per pezzo. Nel caso delle nevrosi narcisistiche la resistenza è insuperabile; possiamo tutt'al più gettare uno sguardo curioso al di sopra del muro narcisistico per spiare cosa avvenga al di là. I nostri metodi tecnici devono essere sostituiti con altri; non sappiamo ancora se una simile sostituzione ci riuscirà. Per la verità anche nel caso di questi malati il materiale non ci fa difetto. Essi fanno ogni sorta di dichiarazione, anche se non in risposta a nostre domande, e noi non abbiamo provvisoriamente altra risorsa che interpretare tali dichiarazioni con l'aiuto della comprensione che ci viene dai sintomi delle nevrosi di traslazione ...”

Questa particolare modalità di conduzione indirizza verso la des-trutturazione delle difese e delle resistenze messe in atto, in maniera quasi inavvertita per i partecipanti, procurando un risparmio di tempo e sofferenza.

Prevenzione per la diminuzione di malattie derivate dal distress

La prevenzione è un aspetto che accompagna il percorso dei GMF, favorendo la diminuzione dello stress fisico/psichico come effetto delle tensioni emozionali che tendono a cronicizzarsi per il protrarsi a lungo dei periodi di malesseri provenienti dalla sofferenza psichica che spesso ha le sue ricadute sul corpo, producendo somatizzazioni e stati depressivi.

Risparmio del numero di operatori

Questo dispositivo può contenere un gran numero di pazienti, soli o accompagnati da alcuni familiari, oppure intere famiglie e può essere coordinato e seguito da 2 o 3 terapeuti ben formati che lavorano in *équipe* e in connessione con le istituzioni dalle quali provengono i partecipanti al gruppo.

È ben noto che il lavoro di Gruppo e soprattutto di Gruppi Multifamiliari hanno il vantaggio di risparmiare tempo e numero di operatori, indirizzando la loro azione verso una continua modalità di lavoro che include una teoria e una pratica funzionanti in maniera complementare. In questo modo si va creando una cultura di *équipe* che promuove l'apprendimento e un'identità di lavoro.

Attraverso questa esperienza comune e singolare che ogni coordinatore fa all'interno dell'*équipe* – intesa come modalità di pensiero di gruppo e scambio sul transfer-controtransfer, sugli interventi fatti intorno al compito del coordinatore rispetto al paziente, sulla diade (padre-figlio, coppia), la triade, la famiglia e su tutto l'intero gruppo di famiglie – si costruisce quello che abbiamo denominato ECRO di *équipe* o ECRO dei coordinatori⁷, confermando in questo modo quell'idea ben trovata dal prof. E. Mandelbaum quando afferma: “Il GMF è un Gruppo di Gruppi”.

Riduzione dei tempi di trattamento

Quando si parla della riduzione dei tempi di trattamento si fa riferimento all'effetto sinergico che viene prodotto dalla articolazione di inquadramenti che includono anche altri operatori e altre teorie e pratiche terapeutiche, con i quali si lavora in *équipe* e che a volte partecipano nei gruppi.

Questa particolarità permette di seguire più da vicino le problematiche familiari proposte tenendo un fluido contatto inter-istituzionale per potere accrescere i risultati e ripensare assieme i casi trattati con altre figure curanti.

Infine si può affermare che i Gruppi Multifamiliari possono essere impiegati non solo nel campo della Salute Mentale ma anche nel più vasto campo Sanitario, nonché in quello dell'Educazione, della Giustizia e nella Comunità in generale quando le persone e le famiglie incontrano situazioni problematiche di attrito relazionale, o quando si presentano situazioni di emergenza sociale, come l'esperienza che già da anni porta avanti l'*équipe* di Intervención Multifamiliar nella bidonville del Comune di San Isidro a Buenos Aires, alla quale l'*équipe* fiorentina partecipa ogni volta che è possibile.

Sicuramente tutti questi interventi puntano a generare una speranza di cambiamento per risanare dolori, sofferenze, solitudine e frustrazioni, aiutando a lenire i malesseri ma soprattutto facilitando la comunicazione e promuovendo la possibilità di essere ascoltati, guardati, riconosciuti e parlati dagli altri, potendo scoprire i propri valori e la capacità di sviluppare le autentiche risorse.

L'esperienza del gruppo sulla Genitorialità ha mostrato quanto sia importante trasmettere alle famiglie l'idea che il ruolo genitoriale non sia innato come quello del figlio, esso va imparato e costruito in un percorso di crescita e di elaborazione della perdita come movimento naturale della vita. Sono le separazioni, il lavoro, le opportunità, le illusioni e tutte le perdite di certe condizioni di vita e di salute quelle che creano la sfiducia e il malessere di vivere, soprattutto quella grande perdita rappresentata dalla condizione infantile che si è costretti ad assumere per una realizzazione reale e responsabile della propria vita.

Lenire i sentimenti di colpa, di disanimo, d'impotenza, di depressione e ansia che i genitori oggi provano per il fatto di non essere sufficientemente capaci di comprendere e di barcamenarsi con quella parte di sé che è il proprio figlio, sono i temi al centro delle conversazioni.

Questo lavoro richiede tempo, energia e disponibilità emozionale degli operatori che si addentrano nella singolarità clinica di ogni famiglia per accompagnarla nella gestione di questi sentimenti e allo stesso tempo avere la competenza professionale per coordinare la complessità di questo dispositivo.

L'entusiasmo con cui è cominciata questa esperienza in Toscana, mettendo alla prova quel dispositivo, permette oggi di affermare che esso funziona, aiuta, crea pensiero. Lo stesso gruppo iniziale si è mantenuto nel tempo, crescendo poi con nuovi ingressi. I cambiamenti e modificazioni sono avvenuti per molti dei partecipanti e questo è stato il motore motivazionale che ha mantenuto sempre viva l'attenzione, pure attraversando momenti difficili e faticosi, come quando si vuole incartare un pallone e quello scappa da tutte le parti. Però la presenza continuativa tanto degli operatori quanto dei familiari ha consentito di mantenere l'aderenza al "cammino" intrapreso, con voglia d'imparare sempre di più e di spingersi più a fondo. Che il cammino prosegua, dunque.

Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante, no hay camino,
sino estelas en la mar.

Antonio Machado Poeta Andaluz, 1875/1939

Si ringrazia per la gentile collaborazione e correzione e rilettura del testo la Dott.ssa. Vanessa Zurkirch socio IIPG e Segretaria della AIGM (Ass, Italiana Gruppi Multifamiliari)

Bibliografia

Canzio C., Zurkirch V.(2013), Gruppi Multifamiliari e Psicoanalisi Integrativa. Una esperienza di sostegno alla genitorialità. *Contrappunto* n°49-50 pp. 99-113 (2013)

Canzio C., Zurkirch V.(2017), *Considerazioni sulla costruzione del Self del Terapeuta e sul Clima Emozionale*. Apendice 1. *Teoria e pratica dei Gruppi Multifamiliari dal punto di vista della Psicoanalisi Integrativa*. E. Mandelbaum. Nicomp 2017

Freud S. (1917), Introduzione alla psicoanalisi- La teoria della libido e il narcisismo, *Opere*, vol. 8, Boringhieri, Torino.

Freud S. (1917), citato in, Mandelbaum E., (2013), *Concorso José Bleger*, Asociación Psicoanalítica Argentina, APA.

Freud S., (1921), Psicologia delle masse e analisi dell'Io, *Opere*, vol. 9,

Freud. S. (1930) *Il disagio della Civiltà e altri saggi*, Bollati Boringhieri. Torino.

Garcia Badaracco J. (2000), *Psicoanalisi Multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

Hornstein L. (2013), *Las Encrucijadas actuales del Psicoanálisis. Subjetividad y vida Cotidiana*. Fondo de Cultura Económica Argentina. Buenos Aires. 2013

Hornstein L. (2011), *Autoestima e Identidad, Narcisismo y valores sociales*. Artes Graficas del Sur, Buenos Aires, 2011.

Laplanche J., Pontalis J.B. (1967), *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Roma-Bari, 1993.

Mandelbaum, E. Alazraqui, B. Koziol, S., (1970), *Comentarios sobre una experiencia clínica de un grupo multifamiliar de familias con miembros psicóticos*. En Sluzki, C. Berenstein, I., Bleichmar, H. Maldonado Allende, I. *Patología y terapéutica del grupo familiar*. (pp 232-234) Acta para la Salud Mental. Buenos Aires.

Mandelbaum E., *Intervenciones en el Grupo Multifamiliar* Publicado en Actas del V Congreso Argentino de Salud Mental” 6, 7, 8 de Mayo 2010 Buenos Aires.

Mandelbaum E. (2012), “*El problema del diagnóstico y la estigmatización en los Grupos Multifamiliares* Publicado en Actas del VII Congreso Argentino de Salud Mental 28, 29 y 30 de mayo 2012 Buenos Aires.

Mandelbaum E. (2017), *Teoria e Pratica del Gruppo Multifamiliare dal punto di vista della Psicoanalisi Integrativa*. Nicomp, 2017.

Pichon Rivière E. (1955-1972), *Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*. Loreto (AN), Ed. Lauretana, 1985.

Pichon Rivière E. (1985), *Teoria del Vinculo*, Nueva Vision, Buenos Aires, Edición n°21, Ottobre 2000.

Note

1. Eduardo Mandelbaum, op.cit. p.24 e sgg.

Cristina Canzio, Psicologa Psicoterapeuta, Presidente dell'Associazione Italiana Gruppi Multifamiliari (AIGM).

Email: canziocristina@gmail.com

Prendersi cura dei fratelli in un *setting* di salute mentale: uno studio fenomenologico-ermeneutico

Rosapia Lauro Grotto, Serena Denaro, Debora Tringali

Abstract

Il contatto con malattia psichiatrica rappresenta un'esperienza estraniante, dolorosa e difficile da decifrare, che segna una frattura nella continuità della vita del paziente e dei suoi familiari. I fratelli, vicini e 'pari' di colui che si ammala, soffrono per lo stravolgimento degli affetti e per la lacerazione del tessuto familiare che l'appalesamento della sofferenza psichica grave comporta. La malattia impone un doloroso ricollocamento nelle relazioni reciproche tra i membri della famiglia, rispetto al quale i fratelli e le sorelle sembrano essere particolarmente in difficoltà. Nel rapporto con il Servizi di Salute Mentale, questi sono spesso meno accessibili degli altri congiunti, collocandosi in una posizione che sembra sollevare intense reazioni emotive nell'*équipe* curante (Correale, 2006). Nell'intento di favorire una riflessione sulle esperienze maturate dal Servizio nei contatti con i fratelli e le sorelle dei pazienti, e con l'obiettivo favorire un primo momento di esplorazione delle dinamiche emozionali che coinvolgono il paziente, i genitori, la fratria e i reciproci posizionamenti tra questi e il personale curante, in collaborazione con l'*équipe* multidisciplinare del S.O.S. S.M.A. Firenze-2, oggi A.S.L. Toscana Centro, nel periodo dal marzo 2015 ad oggi è stato svolto percorso di ricerca fenomenologico-ermeneutica (Husserl, 1907; Gadamer, 1960). Il gruppo di ricerca della Università di Firenze è composto da una psicologa, una ricercatrice con formazione filosofica, una studentessa di Psicologia, tirocinante presso il Servizio, e da un neuropsichiatra nel ruolo di supervisore. Complessivamente i risultati sembrano suggerire la centralità di una condizione di 'margine': dalla marginalità dei fratelli percepiti come 'in panchina' rispetto alle risorse impegnate nel percorso di cura, alla caratterizzazione più 'periferica' dei ruoli, in particolare quello dell'assistente sociale e dell'educatore, che sembrano maggiormente coinvolti nel legame con la fratria. Abbiamo suggerito una lettura dei nostri risultati, raccolti nel contesto di una peculiare una modalità di contatto, metodologicamente vincolata, tra gruppo dei curanti e gruppo dei ricercatori, nei termini del riconoscimento del Codice Fraternalo come codice vivente nelle dinamiche da noi ravvisate (Fornari et al., 1985; Cigoli, 2016).

Parole chiave: relazioni fraterne, psicosi, gruppo degli operatori, approccio fenomenologico-ermeneutico, ricerca-intervento, codice fraterno

Introduzione

L'irrompere della sofferenza psichiatrica nella vita di una persona rappresenta una esperienza estraniante, dolorosa e difficile da decifrare, che segna una frattura nella continuità dell'esistenza del paziente e dei suoi familiari. I fratelli, vicini e 'pari' di colui che si ammala, soffrono per lo stravolgimento degli affetti e per la lacerazione del tessuto familiare che l'appalesamento della sofferenza psichica grave comporta (Sin, Moone & Harris, 2008). Inoltre, in una Survey condotta negli Stati Uniti con oltre 700 partecipanti è emerso come la prima causa della sofferenza riportata dai fratelli e dalle sorelle di pazienti con esordio psicotico sia l'esperienza di essere esposti alla sofferenza mentale del proprio congiunto (Friedrich, Lively & Rubenstein, 2008). In uno studio qualitativo condotto di recente in Inghilterra con fratelli e sorelle di pazienti a circa 18-24 mesi dall'esordio psicotico, a questa stessa dimensione si aggiunge la preoccupazione e l'incertezza per il futuro (Sin et al., 2012).

La malattia impone un doloroso ricollocamento nelle relazioni reciproche tra i membri della famiglia, rispetto al quale i fratelli e le sorelle sembrano essere particolarmente in difficoltà (per una revisione sistematica delle evidenze empiriche si veda Amaresha, Venkatasubramania & Muralidhar, 2014). Un recente studio qualitativo australiano ha documentato la percezione soggettiva di una drastica riduzione della qualità della vita da parte dei fratelli e delle sorelle di adolescenti e giovani adulti con esordio psicotico; i congiunti intervistati riportavano anche di soffrire molto la perdita di intimità e il senso di estraniamento nella relazione con il fratello o la sorella sofferente (Bowman et al., 2017). Inoltre, rilevanti aspetti dell'equilibrio identitario dei fratelli e delle sorelle possono essere destabilizzati dalla comparsa della sofferenza psichica grave nella fratria (Titelman, 1991; Gerarce, Camilleri & Ayres, 1993; Lively, 1995; Sin et al., 2008).

Nel rapporto con i Servizi di Salute Mentale, i fratelli e le sorelle sono spesso meno accessibili degli altri congiunti del paziente (Friedrich et al., 2008; Sin et al., 2016), collocandosi in una posizione al margine del percorso di cura. Tuttavia evidenze empiriche, basate anche su studi longitudinali, sembrano indicare che i fratelli e le sorelle che sentono di mantenere una buona relazione con il congiunto sofferente, e che sono meno spaventati dalla sintomatologia psichiatrica, sono più facilmente disponibili al contatto con gli operatori sanitari (Smith & Greemberg, 2008) e sono meglio disposti a ricevere supporto psicologico per sé stessi (Friedrich, Lively & Rubenstein, 2008).

Nel corso del 2013 il Servizio di Salute Mentale del Quartiere 2 di Firenze, in collaborazione con le Associazioni dei familiari, ha organizzato una giornata di studio sul tema del fraterno. In quella sede il nostro gruppo di ricerca è stato invitato a presentare alcune testimonianze di genitori di bambini e adolescenti

oncologici relative al loro rapporto con i fratelli e le sorelle 'sane' (Tringali & Lauro Grotto, 2014; Lauro Grotto, Lunini & Tringali, 2014). A seguito delle riflessioni suscitate dalla giornata di studio, una Associazione di familiari ha richiesto l'avvio di un percorso di approfondimento fenomenologico rivolto ai fratelli e alle sorelle dei pazienti del Servizio, orientato ad esplorare i loro vissuti. Nei contatti intercorsi con i primi tre dei possibili partecipanti, tutti congiunti di pazienti da molti anni seguiti dal Servizio e indicati dal Servizio stesso, si è palesata una forte contrarietà delle persone contattate all'iniziativa. In un colloquio, un congiunto ha esplicitato di sentire come una simile richiesta arrivasse troppo tardi, dopo anni di disinteresse rispetto alla propria sofferenza. Sulla base di questi elementi, si è valutata, ancora insieme alla committenza, la possibilità di replicare lo studio svolto in ambito oncologico rivolgendo l'attenzione alle esperienze dei genitori dei pazienti nei confronti degli altri figli. Anche in questo caso, diverse riunioni con i coordinatori dell'Associazione non hanno condotto allo sviluppo di una progettualità perseguibile. Sulla base di questi ulteriori dati, in accordo con i responsabili del Servizio e con l'Associazione dei familiari, la finalità dello studio inizialmente considerata è stata riformulata nei termini di una indagine sulla prospettiva degli operatori. Durante questa lunga fase di conduzione di lavoro sull'istituzione della committenza (Carli e Paniccia, 2003) infatti, è emerso come la relazione con i fratelli e le sorelle dei pazienti sembri sollevare intense reazioni emotive nell'*équipe* curante (Correale, 2006). Inoltre in letteratura, per nostra conoscenza, non sono stati reperiti studi che analizzino i vissuti dei curanti relativamente al rapporto con i fratelli e le sorelle dei pazienti psicotici presi in carico dal Servizio. E' stato quindi individuato come focus dei interesse per lo sviluppo della ricerca con gli operatori l'esperienza del contatto con la fratria durante tutte le fasi del percorso terapeutico con il paziente psichiatrico grave.

Lo studio

Nell'intento di favorire una riflessione sulle esperienze maturate dal Servizio nei contatti con i fratelli e le sorelle dei pazienti, e con l'obiettivo di favorire un primo momento di esplorazione delle dinamiche emozionali che coinvolgono il paziente, i genitori, la fratria e i reciproci posizionamenti tra questi e il personale curante, in collaborazione con una *équipe* multidisciplinare della S.M.A. ASL-Toscana Centro, già ASL Firenze, Quartiere 2, nel periodo dal 2015 al 2017 è stato progettato e condotto un percorso di ricerca-intervento di orientamento fenomenologico-ermeneutico (Husserl, 1907; Betti, 1955; Gadamer, 1960).

Il modello di lavoro

Secondo il modello di lavoro sviluppato negli anni dal nostro gruppo di ricercatori, la ricerca-intervento è vista come un processo metodologicamente

vincolato di esplorazione del senso che si sviluppa attraverso l'interazione delle diverse soggettività coinvolte nel percorso.

Queste ultime sono implicate a molteplici livelli, individuale, grupale e istituzionale, nella relazione tra il gruppo dei curanti, il gruppo dei ricercatori e le istituzioni a cui essi appartengono (Papini et al., 2009, 2011; Lauro Grotto et al., 2014).

La metodologia si è articolata secondo 5 fasi successive:

1. Istituzione della committenza, come descritta (Carli, Paniccia, 2003)
2. Elaborazione della traccia per le interviste in profondità (Montesperelli, 1998)
3. Raccolta delle testimonianze: le interviste individuali, mediamente di 70 minuti, si sono svolte nei locali del Servizio in orario di lavoro, e con il consenso dei partecipanti sono state registrate, trascritte e predisposte per l'analisi di contenuto. Lo studio ha effettivamente coinvolto 7 operatori indicati dall'*équipe* del Servizio per prendere parte al percorso di ricerca: uno psichiatra, uno psicoterapeuta, tre infermiere, un'educatrice, un'assistente sociale.
4. Analisi fenomenologico-ermeneutica: il materiale è organizzato in contenitori tematici, detti categorie fenomenologiche, individuate secondo una procedura induttiva e strutturate sul criterio dell'evidenza fenomenica. L'analisi è condotta con una modalità interpretativa, trasparente (rigorosamente ancorata alle parole dei partecipanti) e plausibile, ossia validata consensualmente (Smith, 2003).
5. Restituzione: i risultati sono stati restituiti ai partecipanti e al Responsabile del Servizio in forma scritta; la restituzione agli altri membri dell'*équipe* curante è avvenuta in due incontri dedicati alla presentazione e alla discussione di gruppo dei risultati; infine i risultati sono stati presentati nel corso della giornata di studio dedicata alle Associazioni dei familiari nella primavera del 2017, suscitando forte partecipazione emotiva e un intenso dibattito tra i presenti.

I risultati

I risultati dell'analisi individuano induttivamente tre macro-aree tematiche. La prima indaga la modalità con la quale gli operatori percepiscono il posizionamento dei fratelli nella cura (8 macro-categorie). I temi riferibili a questa area includono: 1) le fantasie di contagio o di salvezza dei fratelli che attraversano il campo, depositandosi a volte nei genitori, altre volte nel paziente,

altre ancora negli operatori, 2) la percezione che gli operatori hanno del vissuto dei fratelli nei confronti del paziente e del Servizio, 3) le oscillazioni del posizionamento dei fratelli e i fattori del campo a cui sembrano essere collegate, secondo un modello polare articolato sull'asse coinvolgimento-fuga dei fratelli e, corrispettivamente o anticorrispettivamente, inclusione-espulsione da parte del sistema di cura. Una seconda macro-area riguarda la possibilità di percepire i fratelli e le sorelle dei pazienti quali portatori di bisogni e le modalità con cui il Servizio potrebbe rapportarsi ad essi (2 macro-categorie). La terza macro-area riguarda il legame simbiotico nella fratria: in questo caso il gruppo di ricerca ha affiancato alla analisi di contenuto riguardante le affermazioni generali degli operatori a proposito di questa dimensione la raccolta di 37 storie cliniche reperite nel materiale delle testimonianze.

Prima macro-area tematica: il percorso terapeutico

Normalmente l'accesso al servizio avviene su richiesta del medico di base oppure per un accesso diretto del paziente all'ambulatorio delle urgenze. In alcuni casi il Servizio è attivato da una segnalazione degli Assistenti Sociali o delle Forze dell'Ordine. Talvolta però è necessario accogliere prima di tutto la richiesta di un familiare:

OP3: Molte volte sono i genitori che fanno la segnalazione ... in un caso mi è capitato anche da parte di un fratello. Vengono qui a chiedere aiuto dicendo che hanno difficoltà con il figlio o il fratello. In un caso mi è capitato: "Sta male ... è confuso, fa discorsi senza senso!" Però il fratello o il figlio, in entrambi i casi, non si rivolge al medico, non crede di star male, pensa che gli altri stiano male; allora (il congiunto) chiede: "come faccio? Mi potete aiutare?" In quel caso, gli si dà un appuntamento, a chi viene, o al genitore o al fratello, gli si dà appuntamento nella consultazione.

Triage e Consultazione: il coinvolgimento della famiglia

Il Triage infermieristico, oltre a svolgere una funzione burocratica costituisce un primo importante momento di accoglienza, che in alcuni casi esaurisce l'intervento in termini di rassicurazione, contenimento emotivo e informazione sulle risorse territoriali disponibili. Negli altri casi il Servizio attiva la fase di consultazione. Si tratta di colloqui strutturati a cui prendono parte lo psichiatra e l'infermiere di riferimento, e i cui esiti sono riportati ad un gruppo di lavoro più allargato che comprende anche gli educatori, lo psicologo e gli assistenti sociali. Di norma in questa fase lo psichiatra valuta se coinvolgere la famiglia in base al grado di autonomia del paziente; un operatore ci ha detto:

OP 5: In una situazione di normalità insomma, di percorso terapeutico, non viene detto, forse, nemmeno al familiare, se si parla di un ragazzo di 20-30 anni...

Un altro riferisce che i familiari sono coinvolti quando gli operatori sono in difficoltà:

OP 6: i familiari vengono coinvolti, possono essere coinvolti solo successivamente ... successivamente, legato molto spesso a una situazione di difficoltà rispetto al progetto terapeutico, alla difficoltà, come dire, di partire su un percorso, perché magari il paziente è riluttante, rifiuta; o si valuta la necessità di avere altre informazioni rispetto a quello che il paziente dice...

Infine è stato segnalato come il coinvolgimento del familiare sia percepito come fondamentale elemento di tutela del percorso terapeutico:

OP 3: Diciamo che generalmente per curare, per prendere in carico un paziente, devi un po' prendere in carico tutta la famiglia, perché lavorare con il paziente da solo, se non prendi in carico tutto l'ambiente familiare, è difficile che il progetto vada avanti; perché se qui il paziente accetta delle cose e poi a casa la famiglia tira indietro, non si va da nessuna parte! Per cui noi, generalmente, coinvolgiamo tutta la famiglia.

Il coinvolgimento dei fratelli

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei fratelli è stata segnalata una certa tendenza a tenere i fratelli a distanza:

OP 7: C'è un aspetto medico-legale che in questi tempi è molto angosciante per i medici, perché tutti ti chiamano, tutti ti chiedono delle cose e ... e quindi i fratelli rimangono un po' sullo sfondo. Non a caso c'è un revival, un po' così, da quattro soldi, di tipo biologistico. È un linguaggio riduttivo rispetto alla complessità, rispetto al fatto che tutte le volte ti senti impotente, tu dai i farmaci, fai una diagnosi, li tieni a distanza. E quindi i fratelli e anche i familiari li consideri quando hai necessità, quando sei in difficoltà, quando loro protestano, altrimenti si potrebbero far tante cose con i fratelli!

Tuttavia questo atteggiamento si scontra in alcuni casi con la necessità di dire la verità ai fratelli, anche se questo può comportare di doversi inserire in una delicata triangolazione con i genitori dei pazienti. Un operatore ha rilasciato:

OP 7: ... gli ho fatto una diagnosi, bisogna dire la verità, è stata una delle tante cose che facevo. Quando è tornata una delle due sorelle era di una gratitudine infinita, e dice: "Finalmente Lei ha dato un nome a questa cosa che ci perseguitava. Sì, è schizofrenico, però almeno si sa!" (...) La verità decolpevolizza i fratelli, tranquillizza i fratelli, a differenza di quanto pensano i genitori. Questo è un problema dei genitori, il fratello invece vuole sapere secondo me, anche se ha paura a chiederlo! Vuole sapere che roba è!

Un'altra operatrice sullo stesso tema ci spiega:

OP 5: Io sono servita anche a rassicurare la sorella, che comunque la paziente era disturbata, ma non era poi una cosa terribile, come invece raccontava la madre, che non faceva vedere a una sorella sana una parte così minacciosa! E invece poi con la conoscenza, l'informazione ...

Diversi operatori hanno fatto riferimento alla possibilità che la relazione fraterna sia una rilevante risorsa per la cura del paziente, come si evince dal caso di M.:

OP 3: ... Il fratello è una persona molto affettuosa, molto carina, e credo che sia stata una persona che effettivamente abbiamo un po' aiutato. Ha dato la svolta alla cura e alla presa in carico di M.; è stato lui che l'ha fatto avvicinare a noi. Inizialmente M. si è avvicinato al Servizio in maniera molto scettica, i farmaci assolutamente non li prendeva, veniva solo al

Servizio. Piano piano siamo riusciti a dargli i farmaci...Questo fratello, molto affettuoso, era un po' alla pari con M. Mentre i genitori gli davano imposizioni, il fratello gli diceva: "Via, lascialo fare!" cioè "M. io vado ... Fai te! Tanto te lo sai da te." Gli dava più fiducia!

L'ascolto dei fratelli può essere di aiuto nella comprensione della situazione umana e clinica del paziente:

OP 5: C'è anche un ascolto dei fratelli da parte nostra, che poi ti serve. Ascolti il fratello, anche se non è presente nella stanza del colloquio... Poi piano piano ricomponi un po' questo puzzle...

Fantasia di protezione dei fratelli

Uno dei temi più ricorrenti nel corso delle interviste è stata la pervasività di alcune fantasie di protezione dei fratelli e delle sorelle, che si ritrovano sia negli operatori che nei genitori, e financo nei pazienti stessi. A proposito dell'atteggiamento del Servizio, un operatore ha specificato:

OP 1: ... è un punto X di questo Servizio, nel senso che c'è come dire, un potenziale di proiezione di noi curanti sulla dimensione familiare di genitori. Sto pensando a pazienti gravi! È un elemento diffuso, per quello che ho capito io, poco consapevole, perché è una proiezione. Delimitare la diffusione della malattia all'interno del nucleo familiare. C'è un modello medico, una fantasia di contagio. Questo servizio è molto organizzato per lavorare anche con i familiari, però c'è la fantasia di proteggere, di limitare il contagio, di proteggere il fratello o la sorella... Faccio un'ipotesi, che questo abbia a che fare con un elemento genitoriale della professione.

E un altro ha aggiunto:

OP 6: ... la presa in carico più allargata, del familiare e quindi anche dei fratelli, questo secondo me non ... Anzi, a volte c'è quasi un atteggiamento di dire: "Va beh, insomma, lui ce l'ha fatta, lasciamolo fare!" Nel senso: "Non andiamo a disturbare il can che dorme!" Ecco, c'è questa cosa, come dire... Lui si è salvato ...

Anche i genitori, sembrano essere, nella percezione dei professionisti, impegnati a tutelare la condizione del figlio sano, come testimoniano questi due estratti:

OP 5: ...è più il genitore che dice:" Mio figlio, quell'altro lo lasci fare, no?" ... Se viene contattato personalmente, il fratello viene! Sono più i genitori che tendono a non coinvolgere il fratello sano, diciamo così, nel percorso di cura del figlio malato ... Consentitemi questi 2 termini! ... Perché io penso che il ruolo dei genitori tende un po' a dividere ... Dividere, nel senso, un po' come si diceva prima, il figlio sano - il figlio malato.

OP 7: un classico! Anzi nei pazienti gravi succede regolarmente, un fratello viene tenuto fuori ...

Infine con molto acume e delicatezza una operatrice ci ha riferito del desiderio dei pazienti di proteggere i fratelli sani, proteggendo in questo modo anche una parte di sé:

OP 5: Sono più i pazienti che dicono: "No! Mio fratello lasciatelo fare, casomai aspettate a convocarlo"; se no i fratelli, insomma, ci sono; è proprio la persona seguita che dice: "Lascialo andare, lascialo fare!" Loro (i fratelli) sono portatori di quello che (i pazienti) non potranno mai fare, soffrono ma ... li proteggono.

Quando il mancato coinvolgimento dei fratelli determina un fallimento terapeutico

Alcuni operatori hanno segnalato un rischio sollevando la questione della mancata inclusione dei fratelli nell'alleanza terapeutica; secondo la testimonianza che segue, la mancata consapevolezza della qualità dei progressi del paziente da parte della fratria può vanificare il lavoro fatto al momento del rientro in famiglia:

OP 2: I Servizi del Sociale non avevano la possibilità di inserirlo da nessuna parte o dargli delle abitazioni, avevano contatto la famiglia d'origine. Poi rientra nella famiglia e viene rivisto sempre al solito, senza evoluzione! Anche se lui l'aveva fatta, bene o male, la sua evoluzione ... Noi si faceva per lui, perché viveva in una macchina ... Però per i fratelli, con cui ho avuto contatti telefonicamente, per loro è stato un fallimento. Mentre per noi era un'evoluzione, per loro no! ... Nell'accogliere questa persona in difficoltà non lo puoi annullare, mentre con la lontananza lo puoi annullare.

Cura del legame fraterno

Nelle testimonianze alcuni professionisti ci hanno proposto una riflessione sul posizionamento degli operatori e del Servizio nei riguardi dei legami fraterni; si è evidenziata, pur nella differenza delle prospettive portate dalle diverse professionalità, la stessa genuina aspirazione alla cura dei legami:

OP 1: Si arrivava con un doppio ruolo... e forse con la fantasia... la fantasia di cura anche dei legami familiari, non solo di cura dei soggetti ... Questo poi è quello che viene in mente a me... Ho in mente una questione di cura dei legami. In un certo senso potenzialmente il Multisetting del Servizio, nel momento in cui può fare una differenziazione di Setting, implicitamente, si prende anche cura del legame dei due fratelli.

OP 5: Un genitore tende sempre a nascondere, a minimizzare: "È bene che tu non veda!". Poi quando i genitori vengono a mancare e rimane il fratello, questa parte malata, non comunicata è anche un po'... Fa paura, non è conosciuta. E il Servizio serve proprio per questo. Anche la persona, l'addetto ai lavori, se trova il canale giusto, sia nel fratello ma anche nell'addetto, credo possa servire per informare e assicurare e ricreare un rapporto. L'affetto c'è, bisogna buttar giù delle barriere.

Nelle parole di un altro intervistato la riflessione si allarga dal piano delle relazioni di rilevanza clinica a una dimensione aperta ad una socialità vitale in senso più ampio, sia fuori che dentro i Servizi:

OP 7: Un Servizio di Comunità dovrebbe essere così, un luogo dove insieme a tante storie laceranti ci sono ... Anche un luogo dove è possibile recuperare dei pezzi di vita ... Questo anche per gli operatori. (...) A proposito dei contesti, è un contesto dove ci sono degli affetti, ci sono delle ritualità, ci sono anche delle faticosità, naturalmente; però è un luogo dove c'è molta affettività.

Seconda macrocategoria: i ‘vissuti’ dei fratelli per come percepiti dagli operatori

I sanitari si sono spesso soffermati a descrivere le emozioni che essi percepiscono nelle fratrie. È emersa nel materiale un’area dei ‘vissuti’ dei fratelli e delle sorelle dei pazienti, che è stata articolata in due sottodimensioni:

- I ‘vissuti’ nei confronti del fratello malato
- I ‘vissuti’ nei confronti del Servizio

I ‘vissuti’ nei confronti del fratello malato

Nelle testimonianze degli operatori sono stati segnalati aspetti che trovano ampio riscontro nella letteratura (Sin et al., 2008; Amaresha et al., 2014; Bowman et al, 2017), come i sentimenti di vergogna, la paura verso la malattia e verso i comportamenti violenti che talvolta i pazienti adottano in famiglia, il senso di isolamento e di solitudine, la difficoltà a sostenere una presenza che può diventare intrusiva e assillante in modo insostenibile:

OP 2: Gravano su questi fratelli, sono richiedenti, tante volte vanno e chiedono. Un minimo di pensione, di 300 euro diciamo, non risolve la situazione, quindi sono richiedenti.

Questa dimensione, di per sé gravosa può ulteriormente appesantita dalla questione generazionale:

OP 2: I genitori, forse, hanno fatto già un percorso, ma questi fratelli hanno bisogno di vedere diversamente dai genitori, di avere un ruolo diverso ... Il genitore ti lascia il fratello, come una eredità pesante; qualche cosa per aiutarlo puoi farla, ma ognuno per la sua strada, questo secondo me è importante ... “Tu, genitore, mi lasci veramente un peso, un’eredità pesante da gestire!” ... Dato che viene coinvolto, questo fratello ha bisogno anche di confrontarsi ... di liberarsi di questa eredità, perché, questa secondo me, è un’eredità pesantissima.

I ‘vissuti’ nei confronti del Servizio

Nel corso delle interviste, diversi partecipanti si sono soffermati sulle loro percezioni della relazione tra i fratelli e le sorelle dei pazienti e il Servizio di Salute Mentale. Alcuni fratelli hanno mostrato agli operatori di sentirsi gratificati dal Servizio e di trovarsi specialmente a proprio agio con gli operatori dell’area non ‘psi’:

OP 7: Bisogna uscire un po’ dal ruolo ... Se tu rimani troppo nel ruolo, i fratelli è difficile che vengano. Le persone poi sono rimaste molto grate, perché, se loro sentono che il luogo di cura del proprio fratello è un luogo che non li perseguita, che non glieli manda via, che non li colpevolizza ... Poi loro trovano qualcosa in tutte le figure con meno potere.

Altri hanno manifestato sentimenti di fiducia:

OP 2: Alcune persone, lo vedo dalla mia esperienza, si sono fidate del Servizio, si sono fidate della persona, quindi, abbiamo raggiunto un certo obiettivo, per me positivo.

Tuttavia una dimensione critica riportata nelle testimonianze riguarda la pretesa di guarigione che talvolta viene manifestata dai congiunti:

OP 3: Il fratello ti affida il paziente a te, Struttura, e quindi diventa nei nostri confronti iperpolemico. Ti affida il paziente, però il fratello non te lo affida tutto ... Pretende tanto da te, pretende che tu glielo guarisca, che tu gli mandi a casa il fratello sano, perfetto come lo vorrebbero loro. Quindi, nei nostri confronti diventano polemici, rabbiosi, pretendono tanto e ti sfiniscono. In questo caso li devi inserire all'interno del progetto per ottenere qualcosa, perché se loro non concordano con te il progetto, non arriverai mai a nulla...

Un'ultima categoria fenomenologica ci consente di osservare le oscillazioni del posizionamento dei fratelli rispetto al percorso di cura. Esse sembrano essere associabili a fattori del campo emozionale, con particolare riferimento all'angoscia (Correale, 2006), secondo un modello polare articolato sull'asse coinvolgimento-fuga dei fratelli e, corrispettivamente o anticorrispettivamente, inclusione-espulsione da parte del Sistema di Cura (Rubbini Paglia, 2014). La testimonianza che segue ci segnala come talvolta i fratelli si allontanano nelle fasi di scompensamento:

OP 5: Nel vero scompensamento psichiatrico, dove c'è veramente una urgenza, dove c'è veramente un problema grosso, è facile che il fratello, poi chiami. Però è il primo che se vede che la situazione è grave si tiene da parte ... Sì, capita: "Io ci sono, però pensateci voi del Servizio!" Poi, dopo che il peggio è passato, allora va bene: "Se avete bisogno, noi ci siamo!". Ecco, forse è come non voler vedere e assistere alla parte peggiore del familiare. Sì, o comunque il fratello non vuole assistere a quella parte: "So che c'è, ma se la posso non vedere, ti ringrazio". Se poi dopo questa parte si ricompensa, allora: "Eccomi, ci sono" anche in Reparto stesso. Anche in S.P.D.C. i fratelli vanno.

Viceversa, essi possono sembrare agli operatori più disponibili a condividere le 'cose belle' nelle fasi meno travagliate della cura:

OP 4: C'è una sorella, l'ho vista diverse volte in situazioni sempre molto marginali... Quindi, quando c'è da andare a vedere il fratello, quando fa delle cose belle, allora arriva lei! Se no, c'è sempre il babbo!

Abbiamo infine registrato come talvolta siano i genitori a richiedere la presenza degli altri fratelli, costretti ad assumere il difficile ruolo di 'fratelli di sostegno':

OP 6: ... a volte i genitori fanno anche affidamento sui fratelli [...] Come dire, arrivano con il fratello in Ospedale perché c'è la necessità di essere sostenuti.

Questa testimonianza ci ricorda come le vicissitudini delle relazioni fraterne si intreccino spesso con le tensioni che riguardano i legami verticali nella famiglia.

Una interessante osservazione di un operatore suggerisce una lettura più profonda del posizionamento dei fratelli nel percorso di cura:

OP 1: Simbolicamente il fratello che rimane nell'ombra è l'elemento di un nuovo potenziale che mette in campo fantasie potenziali di espansione di risorse, ma anche di rischio, certo! [...] Credo che la questione sia, come al solito, nella mente degli operatori; cioè ci vuole spazio nella mente degli operatori, quindi, insomma, del gruppo di lavoro su questo. Penso

ci sia come dire, occlusione, no?

Si vede, quindi, come il riconoscimento della valenza simbolica del 'fratello che rimane nell'ombra' apra alla ricerca di un nuovo spazio nella mente degli operatori e nel gruppo di lavoro.

Terza macrocategoria: l'area del legame simbiotico

In questa ultima macro-categoria sono state raccolte alcune riflessioni relative all'intensità dei legami simbiotici nelle famiglie dei pazienti. Spesso questi legami si estendono nella fratria, determinando situazioni francamente paradossali e patogene.

Insieme alle considerazioni generali di carattere clinico, nella terza macro-categoria sono state raccolte le storie che gli operatori hanno raccontato, spontaneamente o quando sollecitati a ricordare episodi significativi, durante le interviste. Complessivamente le storie individuate nelle interviste sono 37. Un aspetto peculiare di questo materiale è che in esso non si rintraccia ridondanza alcuna: ogni operatore ha raccontato storie ed episodi differenti, testimoniando ancora una volta della unicità e della singolarità dei legami umani. Il Servizio con le sue molteplici presenze offre quindi ai pazienti e ai familiari una variegata e sfaccettata matrice di relazioni.

Per concludere la nostra esposizione abbiamo individuato un racconto che, a nostro parere, ri-articola, in forma narrativa, la complessità dei temi esposti nei risultati. Lo riportiamo come trascritto dal dialogo tra partecipante e intervistatore, ad illustrazione conclusiva sia dei contenuti che del metodo:

Storia clinica n. 21

OP 5: Mi sono arrabbiata una volta. Poi dopo mi sono chiarita. Sembrava veramente uno scarico, no? 'Io, va bene, ho da fare!' 'Però, insomma!...'. E quindi questa persona non ce la faceva a farsi seguire, perché non ce la faceva a venire al Servizio. La mamma era morta e questa sorella, allora: 'Se non viene mia madre, come si fa? Io ho da fare!' Era difficile poter coinvolgere la paziente! Sentivi la sorella che c'era ma non voleva esserci. C'era questo limite, un po' ... E poi dopo, con una sensazione di scarico; non di abbandono, nemmeno, non era abbandono, perché il fratello poi c'è! Però a dire: 'Pensateci voi! Pensateci voi!'

I: Una delega totale!

OP 5: Una delega totale, infatti ... Dopo anni, sempre telefonate: 'Ah, grazie! Se non ci fossi te! Ah! Meno male che ci siete voi!...'. Poi dopo è venuta fuori una fragilità enorme di questa persona! Ne parlo adesso, mi sembra anche di aver pensato troppo male in un primo momento... Mi ero fatta un'idea sbagliata- diciamo - perché poi le persone si muovono anche in base ai loro limiti, volendo... Però alla fine l'ho rivalutata. Una persona che si sentiva un po' abbandonata, anche dai genitori, questa sorella sana... Tutto il tempo è stata seguita la paziente. Anche quando morì la mamma, per quanto riguarda il discorso economico, per evitare problemi la mamma ha dato più alla sorella malata! Quindi lei c'era, ma aveva talmente tanta rabbia, quella che poi io ho provato quando ho sentito lo scarico totale! E poi negli anni ho rivalutato questa persona, dolcissima! Anche lei ci ha provato a salvarsi!

Scusatemi il termine! Con una fragilità enorme. Aveva quasi paura ad avvicinarsi troppo al mondo nostro, del Servizio. Come se volesse un po' esorcizzare il suo ... non lo so. Che poi io ho ascoltato tanto.... E tutt'ora ci penso tanto! Ovviamente questa ragazza, poi è morta... La ragazza – insomma! Avrà la mia età... - questa paziente che era seguita è morta. Comunque nella mia testa c'è tanto, c'è anche la sorella, no? E anche dopo la morte di questa paziente ci siamo sentite spesso, per Natale ci sentiamo per gli auguri, ecco, è diventata una situazione un po'...

I: Un'adozione?

OP 5: Un'adozione (risate)

I: A distanza!

OP 5: Come dice il Dottore, una sorellanza, 'sta sorellanza, no? Un po' si chiama...

I: Solidarietà?

OP 5: Solidarietà. Si è fatto il trio delle sorelle! Mi chiamavano: 'Non mi risponde; sta male? Si è scompensata?' 'No, guarda, non ti risponde perché ieri...' Io ero quella che mediava tra le sorelle ... Che è un po' così quando rimangono sole, se c'è il Servizio... Ora nel caso mio, tre donne forse era più semplice, però mi sono sentita un po' anche quella che le ha unite.

I: Cioè ha consentito a questo rapporto di non essere nemmeno troppo danneggiato dalla rabbia...

OP 5: Dalla rabbia, ma anche dalla paura. Era anche molto spaventata la sorella che si era salvata! Come se anche per i nipoti.... Non la invitava a casa perché aveva paura di qualche momento di follia! Cioè il fatto è che io sono servita anche a rassicurare la sorella... Le ho unite... Andavano a prenderla per Natale e per Pasqua... Gli ho insegnato anche a fare la zia, alla paziente, dei suoi nipoti! Poi la sorella ha accettato anche la parte malata.

Discussione dei risultati

La ricerca che abbiamo presentato si è collocata fin dall'inizio sotto il segno di un accostamento difficile: difficile, se non impossibile, per i ricercatori avvicinarsi direttamente alla sofferenza dei fratelli e delle sorelle dei pazienti psichiatrici gravi; difficile per i genitori portare l'attenzione sul loro rapporto con i figli 'sani', forse a causa del timore di riconoscerlo irreparabilmente danneggiato; difficile infine, per gli operatori, mettere a fuoco delle relazioni e dei ruoli, quelli dei fratelli e delle sorelle appunto, che sembrano occupare una posizione prevalentemente di sfondo, ai margini del percorso di cura.

Complessivamente si ha l'impressione di trovarsi ad attraversare un'area di pensabilità ancora problematica da contattare. Su questo dato di fondo si trova ad operare il metodo di ricerca fenomenologico-ermenutico, il quale, per come è stato strutturato, si rivela sufficientemente capace di rispettare la complessità del contesto e la natura ancora insatura del materiale emerso.

In generale possiamo dire che il tema dei 'fratelli' sembra avere sollevato emozioni e risonanze potenti negli operatori, a partire dal loro contatto coi i pazienti e con i familiari, ma anche con altri aspetti della vita istituzionale, compreso quello del gruppo di lavoro.

Sommantico e Trapanese (2008) nel loro testo introduttivo al volume *'La dimensione fraterna in psicoanalisi'* ricordano come Pontalis abbia utilizzato la pregnante espressione *'morsa fraterna'* (ivi, p.12) per indicare il legame di sangue: una espressione che centra la compresenza dell'intensità del vincolo d'amore e quella della pressione della violenza. Fin dalla fondazione mitica del racconto Biblico il legame fraterno si presenta contemporaneamente come il luogo della violenza, ma anche come luogo del superamento della violenza: il nostro comune antenato Caino, assassino del proprio fratello, è suggellato con il segno di Dio a monito universale - *Nessuno tocchi Caino* - e diventa fondatore delle città.

Quando nella fratria si palesa la sofferenza psichiatrica grave, ecco che questo sostrato fondativo comune è scosso fino nel profondo. La sofferenza nella fratria, per come emerge dalle testimonianze degli operatori, presenta questo carattere di radicalità, rispetto alla quale ci si tutela in vari modi, primo tra tutti modulando la distanza. I fratelli dei pazienti possono quindi essere prevalentemente tenuti ai margini del percorso di cura (i fratelli in panchina), per essere poi richiamati sulla scena, secondo la significativa espressione di un operatore, quando i genitori non ci sono più. Possono rimanere in una specie di condizione di limbo, dalla quale emergere di tanto in tanto, magari per condividere 'le cose belle' nel lavoro tra operatori e pazienti. Possono infine proporsi come preziosi mediatori tra il mondo della psicosi e il mondo 'fuori', offrendosi spontaneamente ad una vitale funzione di presidio del delicato accesso del paziente alla vita 'normale'. 'Fratelli al bivio' dunque il titolo che abbiamo scelto per presentare il nostro progetto di ricerca, intuendo come per queste persone ogni giorno si rinnovi la necessità di una scelta.

Venendo ora alla prospettiva del Servizio, nel corso delle interviste e durante i gruppi di ristituzione dei risultati della ricerca, molti si sono domandati quale potesse essere la migliore modalità di porgere aiuto ai fratelli e alle sorelle dei pazienti. Diverse iniziative (un punto di ascolto, un gruppo di auto-aiuto, un gruppo di sostegno...) sono state considerate, ed ognuna di esse potrebbe certamente essere implementata con profitto. Quale che sia la strada da intraprendere, sulla base delle testimonianze raccolte, e in special modo riflettendo sulle storie cliniche che sono state rammentate dagli intervistati, vorremmo indicare un triplice mandato rispetto al compito istituzionale degli operatori nella cura dei legami fraterni: moderare la violenza, restituire dignità, testimoniare gli affetti. Il primo aspetto riguarda sicuramente la funzione di interposizione che gli operatori possono svolgere quando le tensioni nella fratria raggiungono livelli esplosivi; tuttavia è anche la violenza del confronto con la sofferenza mentale del congiunto che può essere contenuta, accompagnando ed assistendo i fratelli e le sorelle verso una maggiore comprensione della 'parte

malata'; così facendo si restituisce dignità alla sofferenza psichica grave ma anche al dolore e alla rabbia, spesso taciuta, dei fratelli e delle sorelle. Infine il mandato di testimoniare la persistenza degli affetti: aldilà della potenza slegante ed estraniante della psicosi, non si tratta probabilmente di proporre dispositivi o *setting* formalizzati, quanto piuttosto di una funzione liquida, che attraversa e vivifica le relazioni di cura come quelle tra i curanti stessi, e si alimenta nella buona socialità del gruppo come nel rispetto del mondo interno di ciascuno.

Alcune riflessioni sulla ricerca in una prospettiva psicoanalitica

Il lavoro di ricerca-intervento fenomenologico-ermeneutico, per come da noi declinato, assegna al dispositivo della restituzione la centralità nel processo di risignificazione ed elaborazione dei contenuti emersi: è quindi nell'incontro dialogico tra gruppo dei ricercatori e gruppo dei curanti che si sostanzia la funzione interpretativa per i risultati della ricerca (Lauro Grotto et al., 2014). Tuttavia è possibile associare a questa fase dialogica un ulteriore movimento di amplificazione, in modo tale da ricollocare i risultati su uno sfondo di pensiero analiticamente orientato.

La letteratura psicoanalitica ha generalmente privilegiato una lettura del fraterno orientata alla molteplicità delle analisi e alla diffrazione dei contenuti, come se alla geometria variabile della fratria come dato, con la sua molteplicità di configurazioni e varianti, corrispondesse una variabilità di declinazioni concettuali e teoriche, ciascuna potenzialmente ancorata ad una specifica funzione interna del complesso fraterno (Kaës, 2008; 2009). La concettualizzazione di Codice Fraterno proposta da Franco Fornari nella sua Teoria dei Codici Affettivi (Fornari, 1976; 2011) può fornire invece, una prospettiva unificante la molteplicità della fenomenologia e, come da Fornari stesso ben illustrato nei suoi studi clinici sulle dinamiche ospedaliere (Fornari et al., 1985) si presta per sua natura ad una declinazione nel contesto istituzionale: “Se l'inconscio nelle sue strutture elementari può diventare il luogo delle decisioni affettive primarie fra loro in conflitto, allora la vita istituzionale con i suoi conflitti può diventare la scena in cui l'inconscio appare non più come trasgressione pulsionale, ma come regolarità di processi decisionali elementari, che si trasferiscono sulla scena sociale. Tale ipotesi, già implicata nella concezione freudiana e bioniana del collettivo e delle istituzioni, ha potuto trovare nella teoria dei codici affettivi il suo pieno dispiegamento.”(Fornari et al., 1985, cit. in Fornari, 2011, p. 356). In questo contesto i codici affettivi rappresentano un sistema che presiede alla significazione degli affetti, i quali sono radicati nella esperienza intrauterina e declinati nella costruzione dei legami familiari; essi si strutturano in modo storico e circostanziale secondo vicissitudini connesse a “una pre-memoria di dati e un piano di scelte possibili,

quindi insature, saturate dall'incontro del corpo e della mente con l'ambiente” (Fornari, 1982, p.25).

Nell'ambito della teoria dei codici affettivi, il Codice Fraternalo è riconosciuto da Fornari come “l'unico codice familiare fondato su un potere paritetico: in quanto tale esso costituisce la fondazione affettiva di ciò che Bion chiama ‘gruppo di lavoro’, distinguendolo dagli altri gruppi legati agli assunti di base, in quanto gli affida la funzione specifica di apprendere dall'esperienza, anziché dagli affetti. (...) Spetterebbe quindi al potere paritetico del codice dei fratelli - continua Fornari - la funzione di promuovere un esame di realtà di tipo *non ipnotico*, che è il più adatto a permettere al gruppo di lavoro di apprendere dall'esperienza” (Fornari, 2011, p. 359). Con ciò Fornari chiama in causa una modalità che si contrappone, nell'apprendimento, al principio di autorità e a quello di seduzione, caratteristici rispettivamente di quelle relazioni verticali e asimmetriche che Ferenczi (1928) definiva ipnosi paterna e ipnosi materna.

Diversi elementi emersi nella nostra ricerca rimandano alla dimensione orizzontale e paritaria del fraternalo: i fratelli, come emerge nelle testimonianze, si relazionano volentieri agli operatori del Servizio che hanno meno potere, come educatori e assistenti sociali (Op.7: *loro trovano qualcosa in tutte le figure con meno potere...*) e queste figure a loro volta, come emerge dalla rassegna delle storie cliniche presenti nei nostri dati, sono quelle che in misura maggiore si legano ai fratelli e alle sorelle dei pazienti. Il legame fraternalo delle famiglie sembra quindi depositarsi e rispecchiarsi in maniera privilegiata a questo livello del funzionamento istituzionale.

Un altro aspetto rilevante del Codice Fraternalo in rapporto al funzionamento del gruppo di lavoro (Bion, 1971) riguarda il tema della responsabilità: nella concettualizzazione di Fornari questo aspetto è connesso con l'assunzione della posizione adulta, ossia con la transizione dalla dipendenza (assunti di base) alla autonomia responsabile (gruppo di lavoro) (Fornari et al., 1985). Nei nostri dati abbiamo visto come i fratelli dei pazienti possano utilmente assumere e rappresentare questa funzione, sia nel momento in cui fanno da tramite verso un possibile primo accesso al Servizio, sia quando si ‘battono’ per l'autonomia del congiunto malato rispetto alle pretese di controllo infantilizzante dei genitori (Op.3: *Mentre i genitori gli davano imposizioni, il fratello gli diceva: “Via, lascialo fare!” cioè “M. io vado ... Fai te! Tanto te lo sai da te.”*)

Dal punto di vista della sua natura di *codice vivente*, il codice fraternalo si caratterizza per una sua intrinseca dinamica affettiva, centrata sulle polarità dell'asse che ha ai suoi estremi le dimensioni tutela-cooperazione e competizione-rivalità. Questa è una dimensione che si trova espressa con plastica drammaticità nei nostri risultati. Se la polarità competizione-rivalità appare

chiaramente nella sofferenze dei fratelli che si sentono messi da parte e schiacciati a fronte delle sempre crescenti esigenze di cure e assorbimento di risorse da parte del congiunto malato (*OP 2: Gravano su questi fratelli, sono richiedenti, tante volte vanno e chiedono...*), la dimensione tutela-cooperazione si trova articolata ad una dimensione pervasiva dei nostri risultati, ossia quella che nelle interviste è stata definita *fantasia di protezione dei fratelli*. Questa 'fantasia' pervade tutti gli attori sulla scena, dai genitori, ai sanitari al paziente stesso. Essa sembra riflettersi, corrispettivamente e, ancora una volta, sotto il segno della reciprocità, nella immagine del fratello che tutela e custodisce la parte sana del paziente (*Op 5: Loro (i fratelli) sono portatori di quello che (i pazienti) non potranno mai fare, soffrono ma ... li proteggono. OP 1: Simbolicamente il fratello che rimane nell'ombra è l'elemento di un nuovo potenziale che mette in campo fantasie potenziali di espansione di risorse.*)

Questo funzionamento profondo, che ci sembra di poter identificare e descrivere attraverso l'immagine psichica del fratello come *custode interno*, è stata recentemente valorizzata anche in ambito Junghiano dallo studio di Kalshed, 2013, il quale analizza la funzione di tutela connaturata a certe immagini del fraterno presenti nell'arte, nella letteratura e nel materiale clinico di pazienti gravemente traumatizzati.

Nel suo testo *Psicoanalisi in Ospedale*, Franco Fornari ha sottolineato la necessità di procedere nella ricerca di un modello teorico *ad hoc* che permetta alla psicoanalisi di comprendere il significato inconscio dei rapporti intergruppi e inter-istituzionali (Fornari et al., 1985): il percorso di ricerca e di intervento fenomenologico-ermeneutico da noi condotto, articolato nel rapporto istituito tra gruppo dei curanti e gruppo dei ricercatori, seppure in maniera implicita e non intenzionale, sembra avere aperto ad una possibilità di sviluppo in questa direzione.

Bibliografia

Amaresha, A. C., Venkatasubramanian, G., & Muralidhar, D. (2014), Needs of Siblings of Persons with Psychosis: A Systematic Descriptive Review. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 12 (2), 111-123.

Betti, E. (1955), *Teoria generale dell'interpretazione*. Milano: Giuffrè.

Bion, W.R. (1971). *Esperienze nei gruppi*. Milano: Armando.

Bowman, S., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., Howie, L., & McGorry, P. (2017), The positive and negative experiences of caregiving for siblings of young people with first episode psychosis. *Frontiers in Psychology*, 8, 730.

Bowman, S., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., McGorry, P., & Howie, L. (2014), Forgotten family members: The importance of siblings in early psychosis. *Early*

- Intervention in Psychiatry*, 8, 269–275.
- Carli, R., & Paniccia, M. R. (2003), *Analisi della domanda*. Bologna: Il Mulino.
- Cigoli, V. (2016), *L'albero della discendenza*. Milano: Franco Angeli.
- Correale, A. (2006), *Area traumatica e campo istituzionale*. Roma: Borla.
- Ferenczi, S. (1928). L'adattamento della famiglia al bambino, in *Opere di S.Ferenczi*, Vol.IV. Milano: Cortina Editore.
- Fornari F. (1976), *Simbolo e codice: dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale*. Milano: Feltrinelli.
- Fornari, F., Frontori, L. e Riva Crugnola, C. (1985). *Psicoanalisi in Ospedale. Nascita e affetti nell'istituzione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fornari, F. (1987). Gruppo e codici affettivi. In G.Trentini (a cura di). *Il cerchio magico. Il gruppo come oggetto e come metodo in psicologia sociale e clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Fornari, F.(1997). Codici affettivi e rapporto corpo-mente. In C.Cristiani (a cura di). *Quattro saggi per crescere*. Milano: Unicopli.
- Fornari F.(2011). *Scritti scelti*, a cura di Diego Miscioscia. Milano: Cortina.
- Friedrich, R., Lively, S., & Rubenstein, L. (2008), Siblings' coping strategies and mental health services: a national study of siblings of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 59, 261–7.
- Gadamer, H. G. (1960), *Wahrheit und Methode*. Tuebingen: Mohr.
- Gerace, L. M., Camilleri, D., & Ayres, L. (1993), Sibling perspectives on schizophrenia and the family. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 637– 47.
- Greenberg, J. S., Kim, H., Greenley, J.R. (1997), Factors associated with subjective burden in siblings of adults with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 231–41.
- Husserl, E. (1907), *Die Idee der Phänomenologie*.
Hamburg:Felix Mainer Verlag.
- Kaës, R. (2008). Complesso e legame fraterno. In Sommantico, M. & Trapanese, G. (a cura di), *La dimensione fraterna in psicoanalisi*, Roma: Borla, 90-124.
- Kaës, R. (2009). *Il complesso fraterno*. Roma: Borla.
- Kalshed, D. (2013). *Il trauma e l'anima*. Bergamo: Moretti & Vitali Editori.
- Lauro Grotto, R., Papini, M., & Tringali, D. (2014), *I tumori cerebrali infantili*:

- relazioni di cura*. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore.
- Lauro Grotto R., Lunini A., Tringali D. (2014), Il bambino di sostituzione. *Medicina & Storia*, 5, 87-98.
- Montesperelli, P. (1998), *L'intervista ermeneutica*. Milano: Franco Angeli.
- Papini, M. et al. (2009), *L'ultima cura. I vissuti degli operatori in due reparti di oncologia pediatrica*. Firenze: Florence University Press.
- Papini, M., Lauro Grotto, R., Tringali, D. (2011), *La nostra era una vita normale*. Millesimo (SV): Sorbello Editore.
- Riebschleger, J. L. (1991), Families of chronically mentally ill people: siblings speak to Social Workers. *Health Social Work*, 16, 94–103.
- Rubbini Paglia, P., & Riccardi, R. (2014), Le emozioni dei fratelli di bambini affetti da tumore attraverso il disegno spontaneo. *Medicina & Storia*, 5, 51-58. Maggioli Editore.
- Sommantico, M. & Trapanese, G. (2008), Pensare il fraterno, in Sommantico, M. & Trapanese, G. (a cura di), *La dimensione fraterna in psicoanalisi*, Roma: Borla, 9-26.
- Sin, J., Moone, N., & Harris, P. (2008), Siblings of individuals, with first-episode psychosis: understanding their experiences and needs. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service*, 46 (6), 282-290.
- Sin, J., Moone, N., Harris, P., Scully, E., & Wellman, N. (2011), Understanding the experiences and service needs of siblings of individuals with first-episode psychosis: a phenomenological study. *Early Intervention in Psychiatry*, 6, 53–9.
- Sin, J., Henderson, C., Spain, D., Gamble, C., & Norman, I. (2017), What factors influence successful recruitment of siblings of individuals with first episode psychosis to e- health interventions? A qualitative study. *Health Expectations*, 20, 696–704.
- Smith, J. A. (2003), Beyond the divide between cognition and discourse. *Psychology and Health*, 11, 261-271.
- Smith, M.J.&Greenberg,J.S.(2008),Factors contributing to the quality of sibling relationships for adults with schizophrenia.*Psychiatric Services*,59,57-62.
- Titelman, D., & Psyk, L. (1991), Grief, guilt, and identification in siblings of schizophrenic individuals. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55, 72–84.
- Tringali D., Lauro Grotto, R., Papini M.(2014).Fratelli d'ombra. *Medicina & Storia*, 5, 11-22.

Rosapia Lauro Grotto. Socio e Segretario Scientifico Centro Ricerche Psicoanalitiche Coppia-Famiglia di Firenze, Docente Psicologia Dinamica Dipartimento di Scienze della Salute Università degli Studi di Firenze, Membro Laboratorio Multidisciplinare di Analisi delle Relazioni di Cura UNISER Pistoia.

Email: rosapia.laurogrotto@unifi.it

Debora Tringali. Neuropsichiatra, Membro Laboratorio Multidisciplinare di Analisi dell Relazioni di Cura UNISER Pistoia.

Serena Denaro. Psicologa, Scuola di Psicologia Università degli Studi di Firenze.

Il gruppo come regolatore affettivo e proprietà emergente del campo intersoggettivo in un reparto di psichiatria: considerazioni a posteriori

Mariaclotilde Colucci

Abstract

Creare un *setting* nella pratica psicoanalitica significa delimitare un'area spazio temporale vincolata da regole che determinano sia il ritmo delle sedute, la loro durata, le modalità dell'incontro che i ruoli all'interno della relazione, in modo da poter ascoltare ed elaborare il significato affettivo dei vissuti personali in una situazione specificatamente costruita.

Nel momento in cui in un'istituzione si crea un *setting* di gruppo ad orientamento psicoanalitico indipendentemente dallo specifico obiettivo che il gruppo si propone, non si può prescindere dal contesto istituzionale in cui questo stesso è immerso. In questo ambiente l'attività di gruppo è un momento fondamentale sia come terapia per i pazienti, sia come strumento per elaborare i vissuti quotidiani intorno al rapporto operatori-pazienti.

Parole chiave: gruppo, campo intersoggettivo, regolazione affettiva, appartenenza

Premessa

Le considerazioni che propongo derivano dall'esperienza di co-conduzione di un gruppo psicoterapeutico strutturato all'interno di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di un ospedale romano. Struttura pubblica delegata alla cura e al ricovero di pazienti psicotici in fase acuta per poi effettuare un invio alla struttura territoriale più adeguata. All'interno del servizio operano diversi gruppi professionali (medici; psicologi; assistenti sociali; infermieri) con funzioni diverse ma talvolta confuse e sovrapposte, con culture distanti che continuamente si adattano, si integrano ed evolvono per rispondere al mandato istituzionale.

Il gruppo degli utenti e il gruppo dei curanti è accomunato dal forte mandato di contrastare la "malattia". L'incontro fra questi due gruppi istituzionali avviene attraverso una miriade di richieste di cura, di sostegno economico e sociale, di terapia farmacologica, di ricovero, o di aiuto generico, con un'alta sovrapposizione fra il livello concreto delle richieste ed il livello simbolico delle stesse.

Se il gruppo dei curanti non si dota di uno spazio di elaborazione e di

decifrazione della confusione esistente, produce a sua volta una parcellizzazione di risposte, spesso in contraddizione fra di loro, rivolte ad aspetti solo parziali della realtà in gioco. La pensabilità (Agosta, 1988; Tagliacozzo, 1982) delle richieste degli utenti rivolte non solo al singolo operatore, ma all'istituzione nel suo complesso consente la trasformazione delle domande in risposte che tengano conto tanto dell'agire sul concreto quanto dell'attraversare un piano simbolico.

Il gruppo *équipe* che opera nell'istituzione si riconosce come tale, pur nella molteplicità dei ruoli, delle funzioni, delle formazioni. Il potenziale conoscitivo rappresentato dalla costituzione di un *setting* psicoanalitico fra operatore e paziente, come rappresentanti volta per volta dell'*équipe* e degli utenti, potrà generare e custodire *setting* specifici per terapie individuali e di gruppo. In caso contrario la costruzione di uno spazio terapeutico di gruppo potrebbe attivare antagonismi, invidie, persecutorietà (Correale, 1996) con il resto del gruppo degli operatori come se quello spazio fosse appannaggio di un sotto gruppo specializzato che non ha problemi veri e concreti. Le variabili che influenzano la costruzione di un *setting* nel contesto istituzionale sono molteplici e complesse: alcune appartengono alla realtà sociale che trasformandosi modifica le richieste; altre sono proprie dell'organizzazione della struttura pubblica: gli spazi destinati al lavoro sono spesso insufficienti e polivalenti, i rapporti all'interno sono regolati in modo gerarchico, i pazienti non si possono scegliere. Inoltre la questione del rapporto costi e benefici nell'ambito del contenimento della spesa sanitaria orienta variamente le scelte terapeutiche dell'*équipe*. Tutto ciò crea un sottofondo di rumori dall'esterno che produrrà variazioni del *setting* e ripercussioni nel campo del gruppo. In una prima fase abbiamo potuto riscontrare un'accoglienza piuttosto fredda da parte del gruppo allargato degli operatori circa la possibilità di confrontarsi con un'iniziativa che, sul piano procedurale, fosse del tutto autonoma dal loro controllo. L'idea di incontri settimanali di pazienti ricoverati gestiti esclusivamente da un'unità di psicologi e la diffusione di una cultura psicologico-psicoanalitica in ospedale, risvegliava antichi fantasmi. In un secondo momento fu possibile durante le riunioni di *équipe* riportare il materiale clinico e il clima emergente del gruppo. La comunicazione costante ed il *feedback* tra gli operatori consentiva una maggiore capacità generale di comprensione dell'intervento. Questo rappresentò un alleggerimento delle aspettative e delle attese delle *équipe* difficili da gestire. La creazione di un *setting* come metodo di osservazione e ascolto partecipe diventa così anche una funzione stabile di manutenzione del gruppo *équipe*, una funzione capace di promuovere una continua opera di circolazione delle idee e di affetti, smussando i meccanismi propri del funzionamento istituzionale, la rigidità, la cristallizzazione, l'intercambiabilità dei suoi membri.

Il *setting* per potersi costruire ha bisogno di modellarsi e strutturarsi sulle fantasie, le attese e i bisogni sia degli utenti che della struttura ospitante. L'alleanza terapeutica dovrà stabilirsi non solo con i pazienti, ma anche con i colleghi dell'*équipe* e con l'istituzione nel suo complesso. Un infermiere così espresse la metabolizzazione del progetto: *“Il gruppo può diventare un elemento del tempo della vita di reparto, come l'ora del pasto o quella della terapia. Si potrà dire al paziente....ne parliamo domani nel gruppo, oppure puoi telefonare dopo il gruppo.”*

Presentazione del gruppo

Per rendere più chiaro e reale possibile ciò che ho descritto fin ora, presento brevemente l'esperienza vissuta. Il gruppo, pensato come uno spazio non eccessivamente sollecitante vista la fase critica dei pazienti, ma sufficiente a restituire significato alla crisi nelle storie personali, era composto da pazienti in fase acuta, ricoverati per un periodo di tempo limitato a comprendere e a contenere la crisi, e si riuniva a cadenza bisettimanale per la durata di un'ora circa. La sua struttura e la sua composizione erano costantemente modificate dalla dimissione o dall'entrata in reparto dei pazienti, oppure dallo stato clinico del paziente al momento del ricovero.

Il giorno in cui aveva luogo il gruppo, prima d'ogni incontro, i pazienti erano avvertiti e invitati a parteciparvi, qualche minuto prima di iniziare, le sedie venivano disposte in cerchio e la porta veniva lasciata socchiusa, per dare ai pazienti la doppia possibilità di essere accolti in qualsiasi momento essi decidessero di presentarsi o di potersi sottrarre in qualsiasi momento essi lo volessero qualora l'esperienza si rivelasse, per alcuni di loro, momentaneamente fonte di angoscia intollerabile.

Alcuni dei pazienti arrivavano in un secondo momento, dopo un iniziale rifiuto; altri uscivano dal gruppo con una scusa per non tornarvi più, o per rientrare con il compagno di stanza; altri ancora non riuscivano a partecipare se non entrando e uscendo dal gruppo ripetutamente, a volte per tutta la seduta.

Il rituale di preparazione del gruppo (invito e disposizione del *setting*), la stanza del *setting*, l'ora (collocata dopo l'orario di visita e prima della cena), davano ai pazienti il senso di una continuità e di una stabilità nello spazio e nel tempo. Come afferma Walter Stone (2001): *“Prima di formare il gruppo, i clinici dovrebbero stabilire gli elementi “mondani”, ma essenziali per la conduzione del trattamento. Hanno bisogno di fissare il giorno, l'ora, e il luogo”*.

In un certo senso, il gruppo, “mondano” lo era o almeno i pazienti lo rappresentavano come tale: *“... Ci vediamo alle cinque al gruppo?...”*; *“...Vieni al gruppo?”*; *“Ci vediamo più tardi al gruppo”*; oppure, *“...Telefonerò dopo il*

gruppo". A volte, si davano appuntamento nella sala antistante la stanza, nell'attesa dell'inizio. Alcuni di loro si cambiavano i vestiti o si rivestivano prima dell'incontro: "*Mica possiamo venire in pigiama?*"; le signore si truccavano e prendevano la borsa come per uscire.

Quando la responsività-ottimale (Bacal, 1998) assicura un'esperienza di coesione e di vitalità del sé allora tale esperienza può essere chiamata un'esperienza d'oggetto-sé (Kohut, 1984). Segalla richiama l'attenzione sull'espansione dell'esperienza d'oggetto-sé nel gruppo, suggerendo che così come esiste nell'individuo un bisogno di esperienze sane di oggetto-sé, così vi è un bisogno di esperienze sane di oggetto-gruppo (Segalla, 1985).

Molti dei pazienti che avevano alle spalle una lunga serie di ricoveri precedenti, avevano già avuto la possibilità di partecipare al gruppo, divenuto oramai un appuntamento fisso all'interno della vita del reparto, altri invece si trovavano davanti alla prima esperienza di ricovero. Per entrambi, tuttavia, il periodo di ricovero rappresentava un'esperienza di non senso di per sé destrutturante. L'obiettivo del gruppo era quello, perciò, di dare un luogo, durante il tempo del ricovero, dove poter ridefinire gli aspetti confusi e angoscianti e trovare una risposta di senso al che cosa succede, al quando e al come. Nonostante il gruppo fosse caratterizzato da un ricambio frequente di pazienti, i partecipanti usufruivano di una funzione attiva del gruppo nel conservare una memoria storica, come se nel campo del gruppo si sedimentasse una memoria residuale non scritta progressivamente trasmessa dai vecchi ai nuovi pazienti. Il gruppo-contenitore permette di depositare e contenere al suo interno gli elementi-contenuto non elaborabili, trasformandoli in elementi pensabili, (Bion, 1963; Corrao, 1981).

Un'altra funzione del gruppo era quella di fornire ai pazienti un'alternativa terapeutica alla contenzione e alla cura farmacologica. Un frammento di una lettera scritta da un paziente al termine del suo ricovero può darne un'idea:

"...Qui non mi piace perché sono sempre legato, perché faccio i capricci...mi hanno portato qui...dove c'è un biliardo, una ciclet (1), un gioco a scacchi, il gioco della dama, e una radio, che è del reparto. Ogni lunedì e giovedì facciamo la teoria di gruppo con la dott.ssa de Bellis (2), la dott.ssa Maria Clotilde Colucci, che è molto giovane, e il dott. Renzo (3) che è alto, biondo, porta il pizzetto e gli occhiali. Oggi è giovedì e abbiamo un'altra teoria di gruppo..."

La "teoria di gruppo", come era chiamata dal paziente, favoriva l'emergere di vissuti, affetti, sensazioni ed emozioni che difficilmente emergevano nel colloquio individuale, o almeno non con la stessa immediatezza ed intensità. Le richieste concrete (oggetti personali, sigarette, farmaci...) divenivano richieste simboliche di accudimento e di prendersi cura. La libera comunicazione e la

libera circolazione del pensiero, il più delle volte delirante, dava significato ad ogni singolo contributo di ciascun partecipante al gruppo, che era riformulato dai conduttori come il risultato di un pensiero collettivo: la “teoria di gruppo”.

Vignette cliniche

In gruppo pur nella persistenza della cronicità della malattia è possibile aiutare i pazienti a recuperare ed utilizzare i propri spazi di coscienza operando le trasformazioni possibili. Nello spazio del gruppo, relativamente preservato è possibile una regolazione affettiva (Sameroff, Emde, 1991) di deliri, di emozioni molto forti e molto concrete, di vissuti corporei frammentati non riconoscibili.

Milva: “A me hanno fatto l’elettroshock 20 anni fa”.

Alessandra: Anche hanno fatto l’elettroshock l’ultimo nel 93 o nel 96 non mi ricordo bene, ne ho fatti sette.

Giusi: Anche a me hanno fatto l’elettroshock

Milva: Sono stata fidanzata con un uomo più grande di me di 16 anni e mi ha toccata sotto.

Giusi: Io sono stata violentata a 12 anni.

Milva: parla dei suoi aborti.

Giusi: si sfila il rosario che porta al braccio e comincia il suo rito magico. Si inginocchia davanti a Milva dicendole delle parole: “Milva ascoltami”

Conduttore: richiama Giusi pregandola di non monopolizzare il gruppo e dice: “mi sembra che il gruppo stia cercando di agire quello che è difficile esprimere con le parole”.

Alessandra: “La psicoanalisi usa la terapia delle vocali, attraverso le vocali che sono nella parola capisce qual’è la patologia”.

Delirare in gruppo non si tradurrà in un aumento della terapia farmacologica, non allungherà i tempi di degenza né verrà riferito. La nomina sottrae dall’anonimato diagnostico ridando voce alle storie personali.

Fausto: Parla del suo tentato suicidio e della motivazione: una delusione ricevuta dalla figlia.

Cristina: Si sente affogare non riesce a parlare ha paura di soffocare.

Giusi: Anche Cristina ha tentato il suicidio, il marito non la vuole più, ma lei vuole tornare a casa.

Fausto: Riprende la storia del suo suicidio.

Cristina: richiede l'aiuto del gruppo, vuole parlare ma non ci riesce sente dolore alla gola.

Conduttore: c'è qualcuno che può aiutare Cristina a capire quanto le succede?

Giuseppe: Hai paura di noi?

Cristina: No.

Giuseppe: Forse ti succede questo o perché ti sei sforzata troppo o perché non l'hai mai fatto e adesso lo vuoi fare tutto insieme?

Co-conduttore: E' come quando hai un groppo alla gola, come quando vuoi piangere e non ci riesci.

Cristina: acconsente.

In risposta all'assenso di Cristina si sviluppano racconti e pensieri intorno alla paura che paralizza. La paziente alla fine del gruppo dirà che il dolore alla gola è passato.

Quello che è ipotizzabile sia successo, anche grazie ad una presa in carico del gruppo dell'angoscia del singolo, è per l'appunto un lavoro di gruppo inteso a trasformare il vissuto di Cristina in un vissuto condivisibile. Questo ha prodotto una serie di tentativi elaborativi sull'angoscia stessa, a cui probabilmente si può attribuire la sensazione di alleggerimento a fine seduta.

Inoltre i membri vengono a trovarsi a stretto contatto con persone che condividono in quel momento la stessa realtà problematica.

La gruppaltà (Napolitani, 1987) svolge una funzione riparatrice per quelle persone che hanno vissuto relazioni interpersonali drammatiche o assenti in modo tale da deformare completamente tutte le relazioni ulteriori; attraverso l'esperienza di gruppo si può attivare un campo emotivo in cui esperienze di relazioni intersoggettive multiple d'oggetto-sè possono nascere e svilupparsi (Segalla, Wine, Silver, 1988).

È un'acquisizione antica che il gruppo abbia una funzione terapeutica, in senso lato per gli individui che ne fanno parte: attraverso l'esperienza di appartenenza del riconoscimento sociale, il gruppo, come luogo di sicurezza di adesione a norme condivise, di unitarietà affettiva stimolante, fornisce alle persone un fondamento alla propria identità ed una possibilità di avviare nuove esperienze. Il gruppo, attraverso l'accettazione della appartenenza del singolo, gli riconosce il diritto di stare lì e di parlare, confermandogli il diritto ad esistere. Molti pazienti gravi non possono permettersi di provare, e tanto meno, di esprimere

emozioni particolarmente forti perché le vivrebbero come una perdita ulteriore della propria capacità di controllo; quando però un'emozione viene vissuta all'interno del gruppo in una misura accettabile e tollerabile, questo permette loro di accedere ad una realtà psichica che altrimenti sarebbe loro preclusa. L'atto di consegnare al gruppo i propri sentimenti ed emozioni ed il fatto stesso che il gruppo in qualche maniera li accolga e li custodisca favorisce l'accettazione di certi vissuti e l'acquisizione della consapevolezza che tali vissuti non siano così minacciosi, come talvolta vengono percepiti.

In gruppo emerge la dolorosa difficoltà di trovare un giusto equilibrio tra eccessiva vicinanza alle persone amate ed eccessiva lontananza.

Carlo: Racconta di come è stato ricoverato in SPDC e di come è legato alla sua famiglia e che sono tutti preoccupati per lui. Si sente con loro tutti i giorni, in particolare con suo cognato, sono come fratelli.

Ferruccio: Racconta un episodio legato ai ricordi della sua infanzia e a suo padre. Il ricordo risale a quando aveva circa quattro anni, durante i bombardamenti a Roma. Il racconto diviene macabro. Ferruccio descrive minuziosamente i corpi dilaniati dalle bombe.

Lara: Scossa dalla scena manifesta il suo disagio a parlare in gruppo.

Ferruccio: Si scusa.

Carlo: "Cercheremo di venirti incontro, di entrare in punta di piedi".

Rita quasi piangendo racconta un episodio molto toccante:

"Io da bambina avevo un uccellino a cui volevo talmente bene che avevo voglia di stringerlo. Un giorno però tenendolo tra le mani l'ho stretto talmente tanto forte da ucciderlo. La stessa cosa mi succede ora con la mia bambina di sei mesi: vorrei stringerla forte a me però so che così facendo potrei stritolarla. Questa cosa mi mette molta paura e mi fa soffrire immensamente.

La scoperta che certe emozioni sono comuni e condivisibili dalla maggior parte dei partecipanti, rende possibile un avvicinamento autentico a tali emozioni, una comprensione di esse quali parti costitutive della propria personalità ed un tentativo di elaborazione. Pensare insieme le esperienze, le emozioni, gli affetti crea un campo condiviso.

La maggior parte dei pazienti con patologie psichiatriche gravi hanno alle spalle una lunga storia di malattia e di ricoveri prolungati. Ciò comporta la perdita della capacità di percepirsi come essere pensante in grado di modificare con il proprio comportamento la realtà esterna. La malattia e il ricovero rinforzano un'immagine di sé che passivamente subisce l'influenza della realtà esterna.

Marco: “I bisonti si radunano in gruppo quando hanno paura”. Un’immagine di sé come individui sprovvisti degli strumenti adatti a provocare un cambiamento. Giuseppe: “Quando hai paura ti trovi con le spalle al muro.”

In un contesto di questo tipo l’esperienza di gruppo si rivela preziosa: essa in molti casi può fornire ai pazienti stessi la possibilità di riappropriarsi della propria capacità di pensiero; può permettere loro di riacquistare la capacità di immaginare diverse alternative restituendo loro la possibilità di scegliere attivamente quella più funzionale al raggiungimento degli obiettivi.

In un altro gruppo emerse un forte sentimento di rabbia contro l’istituzione accusata di essere carente rispetto alle esigenze dei pazienti e di favorire, in tal modo, la cronicizzazione di questi ultimi.

Piero: Esprime rabbiosamente quello che pensa: “Io non capisco perché in questo posto non ci sia un distributore del caffè. Noi non possiamo uscire siamo costretti a chiedere qualcuno di comprarlo per noi. Se nessuno è disposto ad andare a bar noi dobbiamo rinunciare al caffè. La stessa cosa succede per le sigarette e le schede telefoniche. E poi perché non c’è la possibilità di svolgere delle attività per passare il tempo? Si potrebbero fare delle terapie di espressione del corpo. In altri posti le fanno. Quello di cui abbiamo bisogno sono spazi strutturati. Noi non sappiamo come occupare il tempo e siamo costretti a camminare avanti e indietro lungo i corridoi. In questo modo anche una persona normale diventerebbe pazza!”

Giulio: “Cosa è la normalità e cosa è la patologia? Chi decide se una persona è malata o normale? Ed in base a che cosa? E’ forse malato che mette il sale al posto dello zucchero nel caffè? Oppure è malato chi va in giro senza ombrello quando piove?”

Attraverso l’interazione tra loro i partecipanti al gruppo hanno recuperato aspetti della loro personalità. Il fatto stesso di essere parte di un gruppo ha consentito loro di sperimentare un forte senso di appartenenza e la conseguente affermazione del loro diritto ad esistere come soggetti capaci di pensiero autonomo.

In conclusione vorrei mettere in evidenza una caratteristica fondamentale dell’esperienza grupppale. Il riconoscersi gruppo è un valore aggiunto del gruppo stesso e del suo percorso (de Bellis, Colucci, Mariani 2004); per esempio un episodio di vita raccontato in gruppo può non interessare e coinvolgere gli altri, ma può anche diventare una scena a cui il gruppo prende parte cioè può diventare un patrimonio comune (Neri, 1995).

Il gruppo inizia puntualmente, si avverte una leggera angoscia alcuni pazienti della settimana precedente sono stati dimessi giungono al gruppo pazienti

appena ricoverati. L'incontro comincia con un giro di presentazioni e con l'introduzione e l'esplicitazione da parte dei conduttori delle regole di Setting, per i nuovi arrivati. Il gruppo si interroga su che tipo di relazioni si sarebbero intraprese e strutturate con i nuovi arrivati. Attraverso i discorsi legati ai rapporti e alla convivenza in reparto emergono vissuti angosciosi, arcaici, magici e infantili.

Durante l'incontro Fabiana dice che mentre gli altri parlavano e lei restava ad ascoltare, ha avuto una visione: "Tutti noi siamo legati da fili questi fili costituiscono una rete, fitta al centro di questa rete c'è un buco. Questa visione rappresenta l'acchiappa sogni. Se credete nel Grande Spirito, la rete tratterrà le vostre visioni buone mentre quelle cattive se ne andranno attraverso il buco".

Filippo: "I pellerossa appendono un acchiappa sogni sopra il letto per filtrare sogni e visioni. Lo sciamano aiuta così la sua gente. Quelli buoni sono catturati nella rete, quelli maligni scivolano nel buco centrale e scompaiono per sempre."

Co-conduttore: "Lo sciamano aiuta a riconoscere i sogni buoni da quelli cattivi."

Rita: "Io ho visto la rete con il bambino al centro. I punti sulla rete siamo noi, il bambino è il gruppo."

L'evento psichico può subire allora una potente trasformazione quando emerso dal campo (Correale, 1991; Gaburri, 1986) circola nel gruppo, viene accettato, detossificato dagli aspetti persecutori, drammatici e viene restituito al gruppo arricchito di uno spessore nuovo frutto delle identificazioni che gli altri hanno fatto rispetto alla scena, di una vitalità che quando stava dentro al singolo individuo non aveva.

C'è una relazione fondamentale tra i continui processi di regolazione affettiva e il formarsi dell'identità del sé e del gruppo, un'influenza reciproca bidirezionale individuale-gruppale che regola l'esperienza affettiva che viene co-costruita fra individui, membri del gruppo e conduttori. Gli individui organizzano la loro realtà soggettiva attraverso la condivisione gruppale e l'elaborazione di alcuni affetti fondamentali. Questa prospettiva propone che l'essere umano ha una specifica motivazione all'affiliazione (Lichtenberg, Lachmann, Fossaghe, 1992). I bisogni di affiliazione spingono l'individuo a inserirsi in gruppi e a instaurare dei legami che hanno il valore di qualità dell'esperienza affettiva. Questa stessa motivazione all'affiliazione può essere ritrovata nello schema di "essere con" l'altro regolatore del sé (Stern, 1985) che può anche costituirsi come schema di "essere con" il gruppo regolatore del sé individuale e gruppale (Pine, 1998; Katerud, 1998). Stern ha chiarito che per gli esseri umani la "qualità dell'essere in relazione", va oltre il legame primario madre-bambino e si sviluppa lungo

tutto l'arco della vita applicandosi in tutte le relazioni. Lo stato essenziale dell'esistenza umana è essere con l'altro con un forte senso di base di connessione, affiliazione, attaccamento, sicurezza e regolazione reciproca. Il Sé di gruppo, (Kohut, 1978) ha una sua configurazione psicologica, analoga al sé degli individui, dotata di intenzionalità. Il sé ha scopi e bisogni. Il sé ha un progetto vitale che contiene ambizioni e di ideali. Non è semplicemente il residuo di una rete di comunicazioni del gruppo, ma la creazione di un senso di essere insieme, di essere con il gruppo. Esseri umani che cercano di comprendere e aiutare se stessi e di aiutarsi gli uni con gli altri.

Bibliografia

- Agosta, F. (1988), Pensare in gruppo. *Gruppo e Funzione Analitica*, IX, 3.
- Corrao, F. (1981), Struttura poliadica e funzione gamma, in *Orme* vol.II. Milano: Raffaello Cortina.
- Correale, A. (1991), *Il campo istituzionale*. Borla.
- Correale, A. (1996), Ipertrofia della memoria come forma della patologia istituzionale, in *Sofferenza e Psicopatologia del Legami istituzionali*. Borla.
- Bion, W. R. (1961), *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando, 1971.
- Bion, W. R. (1963), *Gli elementi della psicoanalisi*. Roma: Armando, 1972.
- de Bellis, L., Colucci, M., Mariani, R. in *Gruppi Omogenei*, (a cura di) S. Corbella, R. Girelli, S. Marinelli. Roma: Borla 2004.
- Gaburri E. (1986), Disturbi del pensiero e dell'identità tra individuo e gruppo. *Gruppo e Funzione Analitica*, VII, 2.
- Kohut, H. (1984), *La cura psicoanalitica*. Torino: Boringhieri 1986.
- Kohut, H. (1978), Creatività, carisma e psicologia di gruppo, in *Potere, coraggio, e narcisismo*. Roma: Astrolabio 1986.
- Katerud, S. W. (1998), Sé di gruppo, empatia, intersoggettività ed ermeneutica, : una prospettiva gruppo analitica, in *Esperienze del sé in gruppo*. Roma: Borla 2000.
- Lichtenberg, J., Lachmann, F., Fossaghe, J. (1992), *Il sé e i sistemi motivazionali. Verso una teoria della tecnica psicoanalitica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Napolitani, D. (1987), *Individualità e gruppalità*. Torino: Boringhieri.
- Neri C. (1995), *Gruppo*. Roma: Borla.

Pine, M. (1998). *Il sé come gruppo: il gruppo come sé*, in Esperienze del sé in gruppo. Roma: Borla, 2000.

Sameroff, A., J., Emde, R. N. (1989), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Torino: Bollati Boringhieri 1991.

Segalla, R. (1985). Sistemi motivazionali e teoria dell'oggetto-gruppo: implicazioni per laterapia di gruppo, in *Esperienze del sé in gruppo*. Roma: Borla, 2000.

Segalla, R., Wine, B., Silvers, D. (1988), Multiple selfobjects: Experiences in group and couples treatment. Presented 11th Annual Conference Psychology of the Self, Washington DC.

Stern, D. (1985) *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri 1987.

Stone, W. (2001), Un modello di psicoterapia di gruppo per persone con malattie mentali croniche, in Rivista Scientifica Telematica *Funzione Gamma*, 4, H.Kibel, A.Correale, C.Colucci, F.Vasta, a cura di.

Tagliacozzo, R. (1982) *La pensabilità: una meta della psicoanalisi*, in *Ascoltare il dolore*, a cura di Nicoletta Bonanome, Livia Tagliacozzo. Roma: Astrolabio 2005.

Note

- cyclette. Si è scelto di non correggere l'errore ortografico del paziente.
- Luisa de Bellis, allora, psicologo Dirigente Responsabile del Servizio di psicologia del Reparto. Conduttore del gruppo.
- Si tratta del dott. A. Riva. Il dott. Riva ed io ci alternavamo nella conduzione.

Mariaclotilde Colucci. Psicologo, psicoterapeuta. Socio de Lo Spazio Psicoanalitico di Roma. Candidata Società Psicoanalitica Italiana.

Email: mariaclotildecolucci@gmail.com

Sulla possibilità di pensare e sentire legami e appartenenze nel lavoro clinico con utenti e famiglie

Dario Iozzelli

Abstract

Il lavoro clinico e socio assistenziale con le persone e le famiglie nell'eterogeneo mondo dei servizi sanitari e sociali è un lavoro soggetto, per la sua stessa natura, a complesse quanto inevitabili turbolenze emozionali e di pensiero; nel quale la possibilità di sviluppare e mantenere un'adeguata funzionalità pensante – nell'individuo come nel gruppo, sia esso la famiglia o in modo speculare il gruppo di lavoro/*équipe*, e le identità di chi appartiene a questo campo dinamico – è necessariamente collegata allo sviluppo di uno o più contesti, dove possa realizzarsi e avere un potere trasformativo. Questo perché, in scenari così complessi e mutevoli, un qualsiasi sviluppo evolutivo non può realizzarsi in un esclusivo rapporto diadico come nei setting terapeutici spesso idealizzati, ma solo nell'interrelazione tra due campi relazionali e di pensiero intersoggettivo: la famiglia (individuo/famiglia) e il gruppo di lavoro/*équipe* (operatore/*équipe*). Prendendo spunto da alcuni specifici frammenti teorici di derivazione psicoanalitica e dalla operatività di gruppi inter professionali e inter istituzionali al lavoro, si propone una riflessione sul processo di costruzione nella funzione di pensiero e nello sviluppo di contesti di significato.

Parole chiave: gruppo di lavoro, funzione di pensiero, emozione, contesto, campi relazionali, servizi socio sanitari

*“In un certo senso, procediamo alla rovescia,
creando opere che si adattano allo spazio disponibile [...] il contenuto emotivo è sempre presente [...] in attesa di essere inserito in forme prescritte o emergenti”.*
(David Byrne “How music works”, 2012)

Note

“sono mesi che si è chiuso in stanza e sta giornate intere al PC e non esce mai...oramai ha quasi perso l'anno scolastico e noi non sappiamo più che cosa fare...”.

“il PS ha contattato il servizio perché ieri si è presentata per l'ennesima volta accompagnata dai genitori G. in stato di forte ansia e con diversi taglietti sulle braccia; i medici hanno detto che...”.

“il dispositivo dell’ordinanza del TM richiede che il minore venga affidato al Servizio Sociale con collocazione presso ...e si svolga un monitoraggio, mentre per i genitori si richiede una presa in carico da parte del”

“la scuola ci ha proposto di fare un approfondimento con voi per F. perché dicono che non lui va bene, non riesce a seguire il programma è indietro, molto indietro...parlavano di modificare il programma, trovare un insegnante solo per lui...”

“siamo preoccupati per S. per i suoi comportamenti a casa e fuori, le sue amicizie, i giri che frequenta. L’altro giorno è successo che....”

“da quando T. ha avuto il bambino e ha chiesto di non stare a casa con la madre è stata inserita nella comunità per.... Ma non vuole più avere contatti con la famiglia e facciamo fatica a capire quale progetto possiamo sviluppare con lei...”

“non mi sembra che siamo arrivati ad un accordo soddisfacente tra il progetto terapeutico da realizzare con il ragazzo e quanto proposto dal servizio adulti che segue la madre e....”

Introduzione

Il lavoro clinico (8), psicosociale e socio assistenziale con le persone e le famiglie che incontriamo nei servizi pubblici socio sanitari è paragonabile a una pratica dove, per chi vi lavora, si fa esperienza costante e quotidiana di un *pensare sotto il fuoco dell’artiglieria* (9). Il riferimento è al contatto giornaliero con problematiche complesse che coinvolgono gli utenti, gli operatori e i luoghi di intervento. Un incontro che chiama in causa la soggettività dei singoli e dei gruppi, la propria e l’altrui pensabilità; i vincoli e le possibilità che scaturiscono dal costruire relazioni di significato; gli apparati che producono pensieri e le dimensioni emozionali implicate in ogni rapporto con l’altro da sé. Per trasformare questi elementi in qualcosa di comprensibile occorrono necessariamente modelli psicologici di lettura della realtà problematica che funge da motivo della richiesta e di intervento nella stessa, orientati alla comprensione di come gli individui ed i gruppi sociali (siano essi ad es. il sistema famiglia o la scuola) diano significato emotivo alla realtà nella quale sono iscritti (Carli, 2003) e di come questa simbolizzazione venga poi condivisa nelle relazioni sociali nei differenti contesti di vita, in similitudine o in complementarietà.

Prendendo come spunto un discorso esplicitamente bioniano potremmo partire, allora, con una considerazione in apparenza paradossale e provocatoria sul fatto che *“...si pensa solo in presenza di emozioni”* (Lombardi, 2012) (10). E questo

avviene sempre dentro relazioni che, ogni volta, è possibile costruire e intenzionare emozionalmente (Bion, 1967) (11).

Inoltre, per chi si occupa di sofferenza psichica o di disagio psicosociale, viene fatta l'esperienza di profondi mutamenti negli scenari organizzativi e istituzionali dei servizi socio sanitari attuali. Sono mutamenti che incidono in modo significativo sulla quotidiana operatività, sulla possibilità di intervenire, di pensare e di sperimentare affettività pensabile negli operatori, nei gruppi di lavoro, nelle organizzazioni: riduzioni di spesa, contrazione di servizi a dislocazione territoriale variabile, accorpamenti o frammentazioni di realtà territoriali con storie anche profondamente diverse, costruzioni impegnative di gruppi di lavoro su nuovi scenari di disagio, innovazione e manutenzione di gruppi operativi su scenari diversi, e molto altro ancora. Si vengono a creare spesso contesti ambientali, professionali e socio relazionali fortemente insicuri e turbolenti dove emergono vissuti caratterizzati *"...dalla crescente insicurezza ambientale, dalla resistenza ad apprendere e dalla paura della responsabilità legata al sapere (-K bioniano). L'ambiguità (cfr. Bleger) si manifesta nei confini incerti e confusi tra persona, ruolo e organizzazione..."* (Perini, Foresti, Fubini, 2011, pp. 2).

Una cornice di riferimento

Nel delineare una cornice di riferimento, questa riflessione si orienta verso il lavoro nei servizi pubblici nell'area dei minori e della famiglia; un'area risultante dalla intersezione tra la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, l'area materno infantile ed i servizi socio assistenziali che ad esse regolarmente vi si collegano (famiglia, tutela minorile, handicap, ecc.) (12).

Non si vuole trattare qui di specifici modelli di intervento psicoterapico declinati in queste aree (ad es. le varie psicoterapie individuali o quelle familiari, di gruppo, ecc.), quanto provare ad inserire alcuni aspetti di teoria e di tecnica della tecnica in una specifica cornice di riferimento operativo, in modo da sostanziare gli interventi stessi, terapeutici o socio assistenziali che siano, nella loro effettiva realizzazione.

L'incontro con situazioni dolorose, complesse e spesso tenacemente cristallizzate innesca inevitabilmente tempeste emozionali nel campo relazionale che si viene a creare tra utenza e servizi, turbolenze che, se non comprese e integrate in una processualità in evoluzione, rispetto alla stasi critica, possono seriamente erodere la capacità di pensare, di capire e conseguentemente di agire in modo sensato. Sono bombardamenti emozionali relazionali inevitabili, se siamo realmente disposti a sintonizzarci con lo specifico di questo nostro particolare lavoro, ed è sempre lecito, nonostante tutto, domandarsi se e come possa essere possibile lavorando in quest'area, per un individuo e nel campo del suo gruppo di lavoro e poi per quello più ampio istituzionale, funzionare come apparato

trasformativo di emozioni e produrre pensiero, e fare di questo pensiero a simbolizzazione affettiva uno strumento di lavoro e nel contempo un fattore di cura (Domenichetti, Ruggieri, 2010). Nel vertice di questa riflessione, il pensare e il suo sviluppo è inteso nell'accezione formulata da Bion (Bion, 1961; 1962; 1965; 1967; 1970) e collegato alla peculiare logica delle emozioni nella proposta di Matte Blanco e nelle sue successive derivazioni operative psicologico cliniche e psicosociologiche (Matte Blanco, 1975; Carli, 1987; 1995; 2003; 2004; 2005). Come spesso ci ricorda la proposta bioniana, il pensare sulla emozionalità è un processo assolutamente non scontato e niente affatto automatico. Nemmeno auto evidente, tutt'altro. È un processo che, proprio per la sue particolari implicazioni, viene sentito come sgradevole o non necessario, anche per chi dovrebbe farne un uso strumentale o di riferimento professionale (13).

Mi sembra giusto aggiungere in questi passaggi iniziali che, nello sviluppo di queste argomentazioni, non scrivo da un punto di vista neutro; cosa peraltro assolutamente impossibile perché esplicitamente ancorata a specifici modelli di teoria e di prassi (Guerra, 2004). Anche se poi dichiarare che il riferimento fondante è per me la psicoanalisi, comunque un certo modello di psicoanalisi, potrebbe non essere sufficiente. Sarebbe necessario il dover giustificare molte o almeno alcune delle posizioni dalle quali si sviluppa questo discorso; cosa che qui si può al massimo solo accennare. Solo per dirne alcune: uno specifico modello psicoanalitico di riferimento (14), le implicazioni di questo nella concettualizzazione dello sviluppo psichico, l'utilizzo di questo modello al di fuori di un *setting* ritenuto come quello solitamente usuale, l'identificazione, sempre secondo questo modello, di cosa può essere definito un fatto clinico in senso psicoanalitico. La scelta di un particolare vertice di lettura tende ovviamente ad escluderne altri possibili, non equivalenti, e implica l'emergere specifico di alcuni fatti di significato rispetto ad altri (*ibidem*, 2004).

Un passaggio su pensiero ed emozioni

In un'analisi anche estremamente superficiale che tenga conto degli aspetti appena menzionati, un passaggio obbligato è quanto proposto da Bion sullo sviluppo psichico a partire da *Apprendere dall'Esperienza* (Bion, 1965), dove si formula la proposta che la mente possa essere equipaggiata da operazioni che generano significato simbolico personale, coscienza e potenziale per il lavoro psicologico con i problemi emotivi; capacità che viene definita come una funzione della personalità, o in senso equivalente della mente (Bion, 1962) (15). Questa proposta è inoltre una delle idee fondanti nella concezione del rapporto contenitore/contenuto e della sua peculiare funzione trasformativa (Ogden, 1979, 2004; Civitarese, 2015). Un modello di elaborazione psichica basato sull'ipotesi che sarebbe possibile, tenuto conto di alcune condizioni minime, fronteggiare i più indigeribili problemi psichici (funzionalità in capacità

metabolica). Per fare ciò tuttavia sono indispensabili ambienti facilitanti (interni ed esterni) che forniscano le necessarie precondizioni per una tale attività. Possedere un tale funzionamento in senso evolutivo richiede l'aver avuto e avere ancora a disposizione (perlomeno averne la sua potenzialità) un contenitore mentale capace di accogliere e metabolizzare le emozioni più intense, in modo da renderle digeribili e introiettabili in questo spazio, che progressivamente prende forma facendo propria anche questa funzione di contenimento/metabolizzazione/ pensabilità (Ferruta, 2004).

Parliamo di un modello di sviluppo psichico, quello bioniano, che si può considerare che non rientri all'interno di teorie del pensiero psicologiche strettamente individualiste (9), ma in proposte che sono necessariamente transindividuali (10) (Cimatti, 2012). Prima di passare attraverso lo spazio di elaborazione transindividuale non si provano emozioni, si è l'emozione. In questo senso l'emozione è il pre individuale, cioè la pre concezione bioniana, che, grazie alla funzione alfa (Bion, 1962) (11), diviene manifesta nel soggetto e può diventare pensiero. Ed è interessante associare questo passaggio sullo sviluppo psichico pensiero/emozione ad uno possibilmente analogo di Matte Blanco dove si afferma come le emozioni rientrino nel regime logico simmetrico, quindi non conoscibili né individuabili, ma operazioni che invece sono possibili solo nel campo della logica asimmetrica cosciente: *"...l'essere simmetrico non può mai, in sé, diventare asimmetrico e quindi non può mai entrare nella coscienza umana. In altre parole, non si può mai rendere conscio l'inconscio. Quel che, invece, possiamo fare è diventare (asimmetricamente) consci (consapevoli) di alcuni aspetti dell'essere simmetrico"* (Matte Blanco, 1975). Nei termini di Bion il campo simmetrico potrebbe essere quello degli elementi beta? Quello asimmetrico della funzione alfa? (Cimatti, 2012). Questa sovrapposizione, forse impropria, tra modelli di sviluppo mentale riporta allo spazio della relazione con l'altro da sé. La relazione ha una sua specifica configurazione psicologica. La mente si declina in una fenomenologia esclusivamente relazionale, sia che la si intenda nella opzione transindividuale bioniana (Cimatti, 2012) sia che la si veda entro la dimensione biologica di Matte Blanco, includendovi l'espressione del modo di essere inconscio (Carli, 2005). In un'ottica trasformativa o di logiche complementari, la funzione più rilevante è quindi la simbolizzazione emotiva degli oggetti della realtà: ogni oggetto della realtà viene intenzionato di significato emotivo configurando una relazione (*ibidem*, 2005), partendo da simbolizzazioni primitive via via più evolute, comunque reversibili e mai definitive (le sorti dell'amico/nemico nell'oggetto parziale e le vicissitudini emozionali nella vita dei gruppi e gli assunti di base ne sono uno esempio paradigmatico). In senso speculare, un contesto può essere visto come *"la costruzione simbolico affettiva di una relazione"* (Carli, 2005, pp. 36). Questo tipo di scelta teorica ha ovviamente delle conseguenze nella prassi,

quando viene traslata dal campo dello sviluppo psichico a quello dell'azione in una relazione terapeutica (con un passaggio ad una teoria della tecnica) e a quello degli interventi non esplicitamente pensati come terapeutici.

Questa peculiare funzionalità psichica si potrebbe anche identificare come uno strumento essenziale per lavorare all'interno dei gruppi e delle organizzazioni che si occupano di disagio psichico o psicosociale, rappresentandola semplicemente con la possibilità di riconoscere che si possa entrare in relazione con le persone con le quali siamo in uno stretto contatto e nello stesso tempo poter riflettere su di sé e sulla stessa relazione (Hautmann, 1981). Una funzionalità di pensiero che contempla, proprio per la sua stessa strutturazione, una elaborazione di simbolizzazioni affettive emozionali.

Strumenti psicoanalitici per pensare e per intervenire?

In un dibattito apparso poi in forma di articolo nel *British Medical Journal* del 2012 sul ruolo della psicoanalisi negli odierni servizi di salute mentale, riportato in alcuni suoi punti salienti da Perini in un articolo su Funzione Gamma (*"Il ruolo della psicoanalisi nella crisi del welfare: dalla cura del paziente alla cura delle istituzioni curanti"*, Perini, 2013), Peter Fonagy e Alessandra Lemma affermavano che *"...le idee psicoanalitiche, nella loro forma applicata, possono dare supporto agli operatori della salute mentale nel fornire servizi di elevata qualità nonostante le pressioni interpersonali cui sono inevitabilmente esposti lavorando con pazienti disturbati e disturbanti"* (Fonagy, Lemma in Perini 2013, pp. 2).

Parallelamente a questo, sempre nel 2012, si è sviluppato un interessante e articolato dibattito all'interno della SPI sull'incontro tra psicoanalisi e servizi (Campoli, 2012; Perini, 2012) dove, pur rilevando la criticità nel rapporto tra essere un analista e utilizzare il metodo psicoanalitico, un approccio basato sulla psicoanalisi ad alcuni aspetti fondanti del lavoro nei servizi viene visto come possibilmente generativo ed evolutivo; ad esempio nel focalizzarsi sui processi di gruppo (Bion, 1961), sul campo analitico (Baranger M. e Baranger W., 1961-62; Ferro, 2002 e successivi), sul campo istituzionale (Correale, 1991), su una lettura psicoanalitica delle istituzioni (Obholzer, 2007).

Può guidare la nostra comprensione e orientare la operatività quando proviamo a leggere alcuni fatti (12) del quotidiano nel lavoro dei servizi sanitari e sociali anche in un'ottica di isomorfismo istituzionale (Kaës, 1976.) (13). I servizi sanitari e sociali, infatti, tendono a funzionare *impregnandosi* in un ciclo istituzionale isomorfo secondo dinamiche e processi affini ai problemi sui quali sono chiamati a intervenire, e possibilmente risolvere, con riproduzioni speculari di ansie, tratti, stati mentali e comportamenti degli utenti e famiglie con le quali si relazionano. Quando proviamo a desumere alcune delle operatività inerenti al *contenitore istituzionale* (Bion, 1962; Foresti, Fubini,

Perini, 2011; Comelli, 2011) nelle decisioni cliniche o socio assistenziali relative al paziente, al sistema famiglia e intorno al governo del gruppo di lavoro operativo, un contenitore inteso come spazio psicologico in relazione dinamica con i contenuti di simbolizzazione affettiva; per estensione, come una forma di *organizzazione nella mente* (Amstrong, 1997) dei membri del gruppo di lavoro o dell'istituzione stessa. Quando proviamo a dare una lettura del rapporto tra individuo/famiglia e contesto, e in senso speculare tra operatore/gruppo di lavoro e contesto, in un'ottica psicoanaliticamente orientata di *progressiva differenziazione di simbolizzazioni affettive e di sistemi di condivisione collusiva, culture locali, contesto e senso comune* (Carli, 1987; 1995; Carli, Paniccia, 2003; 2005; 2011).

Non c'è la pretesa di trattare qui l'importanza del lavoro di formazione e supervisione di derivazione psicoanalitica ai gruppi di lavoro (si veda ad esempio in Capolupo e Miglietta, 2012) o della consulenza clinico organizzativa alle organizzazioni sanitarie (Perini, 2007, 2013; Belloni, et al., 2011; Iozzelli, Belloni, 2011; Iozzelli et al., 2013), anch'essa di chiara derivazione psicoanalitica. Così come, specularmente, non c'è la pretesa di soffermarsi sui rivoli polisemici insiti nella categoria sociale *famiglia* (Donati, 2013). Piuttosto interessa partecipare con alcune riflessioni a una ricontestualizzazione di aspetti del lavoro clinico e socio assistenziale ritenuti sovente come fattori terapeutici aspecifici; fattori che hanno bisogno di essere inseriti a pieno titolo nelle teorie della tecnica della cura, delle relazioni di auto e degli interventi psicologico clinici, psicoterapici e psicosociali per chi li pratica o vi concorre, per gli utenti/pazienti famiglie che ne possono trarre beneficio.

Question time

Accanto alla proposta di un modello specifico della processualità psichica e delle funzioni in esso implicate, per l'individuo come per il gruppo, e successivamente in relazione ai possibili interventi clinici realizzabili, c'è uno spazio importante e delicato; uno spazio a volte purtroppo ritenuto marginale nel quotidiano del lavoro e sul quale troppo spesso si sorvola passando alla fase diagnostica e tecnica, ed è costituito dall'incontro con la domanda degli utenti e dalla fase istituyente degli interventi possibili.

Mi preme rilevare questo perché, per quanto concerne l'intervento ad esempio con le famiglie o con i minori e la loro famiglia, sempre più spesso, e forse in realtà da sempre, i servizi si confrontano con domande d'intervento che non sono le domande che i servizi aspettano: spesso assenti o confuse/confusive, embricate dentro richieste di vario tipo, oppure strumentali, multiple o che coinvolgono in modo diretto ma critico un terzo soggetto istituzionale (Mazza, 2015; Mazza, Cambiaso, 2017). Domande che per la loro natura sono ambigue,

ambivalenti e confuse. Nella quotidianità del lavoro nei servizi sanitari e sociali, vi è inoltre sempre di più un costante rapporto dialettico con la AAGG, il TM e/o il TO, la Scuola, l'Ospedale, la medicina di base (MMG e PLS) (14) e le varie altre realtà che agiscono sul territorio in tutte le loro possibili permutazioni. Con le loro culture di riferimento, prassi e linguaggi codificati. Quest'aspetto, con le conseguenti implicazioni che si determinano, a dire il vero è ancora oggi molto poco trattato nelle analisi e negli approfondimenti che riguardano il lavoro nei servizi sanitari e sociali, spesso a favore di modellizzazioni manualistiche forse apparentemente più utili, sentite come maggiormente tranquillizzanti.

Il rischio sempre presente è quello di una deriva tecnica, dove la domanda viene accettata in modo acritico e al contesto viene negata la sua specificità; per forzarlo fino a farlo diventare una sorta di imitazione del *setting* e recuperare alcune condizioni usuali del lavoro psicoterapeutico (Carli, 1995). Questo perché manca una più articolata teoria del contesto, così come, spesso, manca anche una riflessione sulla fase istituyente della domanda e la conseguente possibilità di costruire adeguati *setting* di intervento.

Nell'incontro tra i due campi relazionali e di pensiero intersoggettivo individuo/famiglia e l'operatore/*équipe*, dove disorientamento e confusività di pensiero ed affettività sono eventi periodici se non costanti, è necessario allora saper costruire specifiche categorie psicologiche che permettano di intervenire nella relazione con l'altro (l'utente/famiglia e/o gli altri operatori/*équipe*); categorie che riescano nel tenere insieme uno specifico modello di funzionalità psichica (individuo/gruppo) con le simbolizzazioni emotive che nascono nello specifico della relazione con l'altro da sé (sia l'utente/famiglia sia anche la stessa *équipe*). Saper costruire categorie psicologiche specifiche in questo campo relazionale vuol dire rinunciare ad una tecnica non contestuale che si pensa possa risolvere. Risolvere un problema negandone la specificità contestuale e le dinamiche emotive che la relazione comporta. Scegliere una opzione che invece si concentri sugli aspetti che abbiamo rilevato è, a tutti gli effetti, un modello di lavoro psicoanaliticamente orientato (Bellavia, 2017).

Qui e ora, là e allora?

Abbiamo optato qui per una specifica definizione di contesto, inteso come costruzione simbolico affettiva di una relazione; condivisione delle simbolizzazioni emotive di chi partecipa a questa socializzazione delle simbolizzazioni emotive in particolari situazioni. Definizione che, in effetti, differisce molto da quella batesoniana, in quanto maggiormente ancorata ad una possibile teoria della tecnica.

Anche se è possibile guardare con estremo interesse al pensiero complesso come una utile grande cornice interpretativa per pensare (Mazza, 2015; Casadio, 2010;

Casadio e Telfner, 2003) è pur vero che non può essere applicato in questa specifica forma agli organismi viventi e necessita un ancoraggio a teorie operative cliniche per individuo, gruppo e famiglia (Mazza, 2015). Diversamente, se accanto al tema della complessità, discorso alla moda che sembra essere fortunatamente tramontato, sviluppiamo insieme concetti quali autonomia e chiusura organizzativa dei sistemi, questo ci porta alla considerazione di specifiche culture locali e di contesti di significato, per come abbiamo provato a definirli (Guerra, 2003): ad esempio la famiglia, la scuola, i servizi. Questo sì, invece, può avere un ancoraggio metodologico forte.

Questa opzione è assolutamente coerente con un modello del mentale, così come approfondito nei precedenti passaggi (sviluppo pensiero/emozione, simbolizzazioni, funzione trasformativa, relazione).

Una scelta metodologica come questa – mente e contesto – impone una attenzione particolare alla relazione, all'incontro tra i campi intersoggettivi di chi a questa partecipa (operatore/*équipe* e utente/famiglia), nell'ipotesi che si dispieghi, quando vi è una domanda di intervento e anche quando si è chiamati ad intervenire su supposto mandato sociale da terzi, una funzione sostanzialmente riproduttiva e ripetitiva di altre relazioni di significato in altri contesti di appartenenza (complementarietà, compensazione, ripetizione). Scegliere l'opzione che pone al centro la relazione parte dall'ipotesi che ciò che incontriamo anche nella domanda possa essere una forma di ripetizione. Quello che si sviluppa nella relazione potrebbe essere la replicazione di specifiche modalità di funzionamento (Guerra, 2004). Ma se identifichiamo un metodo che pone al centro della suo interesse e della sua azione la relazione si deve porre l'attenzione, prima che sulla funzionalità psichica e sul mondo interno del soggetto e/o del gruppo, sull'eventualità di rendere questo funzionamento un fatto osservabile e quindi trattabile. E questa è a tutti gli effetti una questione inerente la tecnica. Che questo funzionamento sia determinabile solo all'interno di un contesto specificato che è il *setting*, inteso non solo come spazio materiale ma in una sua importante declinazione di campo di osservazione e di intervento. Anche i comportamenti e gli accadimenti al di fuori del *setting* hanno una loro comprensibilità in quanto rapportati allo spazio di relazione del qui adesso (*ibidem*, 2004).

Abbiamo bisogno, allora, di tenere insieme e integrare in un difficile equilibrio dinamico ciò che è il racconto del problema, quello che accade fuori dalla relazione di domanda di intervento con ciò che accade nello specifico della stessa. Abbiamo così due vertici di osservazione, una visione binoculare di un problema. Non sarà, quindi, un lavoro esclusivamente volto alla modificazione di qualcosa che avviene in uno spazio acontestuale là e fuori, ed ugualmente non sarà un insistere esclusivo sulla sola dimensione fantasmatica del mondo interno, qui e adesso. Ne abbiamo bisogno in una ottica di sviluppo, per poter

intervenire orientati da specifiche categorie di lettura psicologica dei fatti; quando vi è una domanda, quando possiamo intervenire sui sistemi di appartenenza (dell'utente/della famiglia e anche nel rapporto in e tra *équipe*) che sono anche e soprattutto relazioni costruite su dinamiche simbolico affettive.

Presento di seguito due situazioni incontrate nel quotidiano del lavoro nei servizi socio sanitari. Potremmo ascriverle al quotidiano della operatività all'interno di questi servizi, non tanto a particolari emergenze cliniche o socio assistenziali che ne evidenzerebbero una loro peculiare specificità. Due situazioni dove, tra le righe del racconto, è possibile vedere in controluce e ritrovare molti dei temi che fin qui abbiamo affrontato. La scelta si è orientata volutamente su situazioni in apertura, con il rischio della chiusura, piuttosto che su cornici già chiuse e definite in un loro sviluppo.

Preoccuparsi per non pensare

Faccio la conoscenza di Alice attraverso la preoccupazione che hanno molte persone che, con lei, interagiscono. Ha 14 anni e frequenta il primo anno della scuola superiore. Vive con il padre, sua moglie e una bambina nata dalla loro unione, D. di tre anni. I genitori infatti anche se non erano sposati si sono separati quando la ragazza aveva meno di un anno; lei, fino allo scorso anno ha sempre vissuto con la madre e la famiglia materna. Anche la mamma di Alice si è sposata e, dalla unione, ha avuto due bambini, T. e G., anche loro piccoli di cinque e tre anni. Il servizio territoriale viene contattato, in via preliminare, da una dottoressa del Presidio Ospedaliero (P.O.) della zona dopo l'ennesimo accesso della ragazza al Pronto Soccorso (PS). Ce ne sono stati almeno tre nell'ultimo mese e mezzo. Nelle settimane precedenti ci sono state anche chiamate della famiglia al 118 per interventi a domicilio, tutte per lo stesso motivo: crisi di ansia ingravescenti tipo panico, agitazione, svenimenti. Almeno un episodio è accaduto anche a scuola, durante le lezioni. I sanitari del P.O., escluse altre cause, individuando una importante sofferenza emotiva, hanno prontamente invitato la famiglia ad attivarsi per fare un approfondimento con il servizio territoriale competente. Il dialogo tra servizi, tra ospedale e servizi è sempre un passaggio delicato. L'urgenza, vera o presunta, di alcune situazioni cliniche, soprattutto quando vi sono di mezzo minori, porta spesso ad una ansietà nella risposta, nella proposta di soluzioni o interventi che favoriscono una azione non sempre riflessiva. Tuttavia è anche possibile utilizzare in senso operativo questa tensione emotiva verso l'azione in chi interviene per capire meglio ciò che realmente viene richiesto.

Il padre di Alice, in sincrono con l'indicazione dei medici dopo l'ultimo episodio, contatta il servizio per prendere un appuntamento. È molto preoccupato per lo stato emotivo della figlia e anche lui in accordo con quanto suggerito vorrebbe farla vedere dagli specialisti. Un'urgenza che è sentita, in modo speculare ma identico nell'intensità, dai sanitari già coinvolti: troppi accessi ripetuti, dicono, e tutti per lo stesso motivo...qualcosa per loro non torna. Ipotizzano addirittura di fare una segnalazione al servizio sociale di zona per un eventuale approfondimento. Tutti sono molto preoccupati. Quando questo passaggio ai servizi avviene, si aprono scenari delicati da governare.

Il contatto con il servizio è stato attivato dal padre, quindi è con lui che viene fissato il

primo incontro, senza Alice e invitando anche la madre della ragazza. Alla proposta lui all'inizio è un po' contrariato, poi accetta sottolineando come la stessa Alice avrebbe chiesto un colloquio per parlare con qualcuno.

All'incontro si presenta però solo l'uomo, con la moglie. La madre della ragazza non c'è, è fuori città per accertamenti clinici per alcuni recenti problemi di salute. La moglie lo ha accompagnato, ma non parteciperà poi al colloquio. Rimaniamo in due. Lui è un uomo giovane e affabile, sui 35 anni, lavora come arredatore di interni insieme alla moglie. Quando Alice è nata lui e la madre della ragazza erano davvero molto giovani e molto incasinati, aggiunge. Si sono separati subito dopo la nascita della bambina, hanno avuto numerosi problemi e non è molto che lui è tornato a vivere in città con la nuova moglie e la loro figlia piccola. Lascia cadere l'argomento e passa subito a parlare della figlia. Vive con loro, da qualche tempo. Tutto andava molto bene ma da alcuni mesi è cambiata: sempre polemica, triste e arrabbiata; alterna momenti dove è serena ad altri dove va giù di umore; provoca e dice molte bugie. Non si riesce a capire cosa faccia fuori casa, dentro casa spesso i silenzi si alternano a discussioni su cose banali. Poi ci sono state queste crisi emotive, l'ultima più preoccupante dove si sarebbe addirittura fatta dei tagli sulle braccia. Lui non sa cosa fare, lei sta male e anche i dottori del PS hanno consigliato di portarla al servizio per un approfondimento psicologico o medico. Depressione? Attacchi di panico? Si chiede l'uomo, se lo sono chiesti anche al PS. Anche Alice avrebbe chiesto di parlare con uno psicologo per capire che cosa non va in lei. Sono tutti molto preoccupati, aggiunge. Tutti chi? Chiedo. Lui e la moglie, la scuola, anche la madre della ragazza, ma loro due (i genitori) si parlano davvero poco. Da sempre. Si avverte chiaramente una pressione preoccupata perché qualcuno possa fare qualcosa per la ragazza. Nel contempo avverto anche che, chi è preoccupato, è anche in qualche modo preoccupante. Credo sia necessario cercare di sottrarsi ad una immediata, quanto scontata, richiesta di aiuto basata sulla preoccupazione di qualcuno per il comportamento provocatorio di un altro; seguendo un copione piuttosto comune, si potrebbe a questo punto iniziare a raccogliere le informazioni tese a fare una ipotesi diagnostica sul problema della ragazza, ma sarebbe forse un passaggio sbagliato e sicuramente gravido di conseguenze. Conviene ascoltare quello accade nell'incontro e provare a capire di più. Cerco di allargare il campo del racconto e ripartire dai genitori della ragazza. Alice vive con il padre, la moglie e la loro figlia piccola in realtà da poco più di un anno. Fino a quel momento ha sempre vissuto con la madre, prima nella famiglia materna (mamma e nonni) e poi nella nuova famiglia, creata dalla madre con il marito e i loro figli piccoli. La frattura tra i due genitori non si è mai effettivamente ricomposta dopo la separazione: sostanzialmente non hanno più avuto contatti continuativi diretti, ma solo sporadici, spesso mediati da familiari. Nel racconto del padre di Alice la colpa è della madre della ragazza, anche se ammette che di problemi lui ne ha avuti molti. Dal suo racconto emerge per entrambi i genitori, all'inizio della loro relazione e all'età del concepimento di Alice, una storia di dipendenza da sostanze abbastanza importante. Questo avrebbe anche determinato la rottura tra i due e l'allontanamento dell'uomo, per il quale sono seguiti poi momenti difficili per le vicende collegate alla dipendenza, anche con conseguenze penali. Ma è passato tutto, racconta l'uomo. Si è rifatto una vita e per fare questo è stato per molti anni lontano dalla città, anni nei quali con Alice non ha avuto contatti di sorta. Mandava lettere, dice. Non aveva risposte. Da quando è tornato a vivere nella sua città ha provato a riprendere i rapporti con la figlia. Si sono rivisti, hanno parlato e, afferma il padre, nel conoscersi meglio lei ha deciso di andare a vivere da lui. Lui ha raccolto

questa proposta con entusiasmo. Rifletto su un rapporto tra sconosciuti colmato con fantasie reciproche molto potenti e per niente pensate. E' un racconto dove emergono tante azioni, rotture, distanze, fantasie sull'assente e su chi è presente, detto/non detto, preoccupazioni, ma dove sembra mancare un pensiero sopra queste lunghe turbolenze emotive che hanno attraversato i due genitori e che arrivano poi a quelle che Alice sta attraversando. Un pensiero che possa da fare da legante sulle vicende. Mi immagino, e dalle parole del padre emerge una sostanziale conferma, la figlia come un veicolo nella comunicazione tra i due genitori. Basterebbe questo inizio decisamente tumultuoso per fermarsi e proporre all'uomo un lavoro su questo riavvicinamento, che suona come una fusione a freddo giocata per paradosso con fantasie incandescenti. Raccolgo altre informazioni, tenendo a lato il fatto che, alla fine, i medici del P.O. hanno scelto di inviare una comunicazione al servizio e anche al servizio sociale. Una decisione rapida e forse sensibile a diversi elementi: l'età di Alice, il numero di accessi, il sospetto di gesti autolesivi – i tagli – la preoccupazione dilagante, la responsabilità di chi è coinvolto (i tagli si chiarirà poi essere stati dei graffi inflitti in uno sfogo di rabbia, senza valenza esplicitamente autolesiva). Chiedo al padre di Alice di rivedersi: io, lui e la madre della ragazza. È necessario, spiego. È un racconto molto intricato, molte cose non le ho ben comprese. Se poi ci sarà da parlare con Alice, anche dietro richiesta della stessa, questo non potrà avvenire prima di aver compreso bene cosa accade. Con molte resistenze iniziali alla fine lui accetta. Avverto molta pressione, come se si replicasse nella richiesta, di tutti, la mancanza di un pensiero sulle emozioni che circolano e che possa dare senso e significato a ciò che accade. Da una parte il disagio della ragazza (come sottolineano i medici), dall'altro il significato che questo assume all'interno del contesto di relazioni che lei vive (come emerge dal colloquio). Inoltre, c'è una domanda estremamente confusa e agitata che ha bisogno di essere pensata insieme. Insieme con chi?

Nell'incontro successivo, programmato, si presenta però solo la madre della ragazza. Si ripropone, quindi, lo scenario speculare del precedente colloquio con il padre. Lui non è potuto venire, dice la donna. Pare non riescano ad occupare lo stesso spazio insieme (mentale?). E' poco più giovane del padre di Alice, anche lei affabile. Entrambi molto affabili. È sposata da qualche anno e dal matrimonio ha avuto due figli. Gestisce una attività commerciale di famiglia in città. Il racconto sembra simile e complementare a quello dell'uomo: Alice non si trovava bene a vivere con lei e il marito, voleva degli spazi propri che con loro non riusciva a trovare (spazi pensati? o almeno pensabili?). Da quando il padre di Alice è tornato in città, lui e la figlia hanno riallacciato i rapporti e lei ha deciso di andare a vivere con da lui (ha deciso da sola?). Subito emerge il conflitto e l'astio tra i due genitori e si intuisce che il non essere insieme, nello stesso spazio/tempo, è forse voluto e realizzato da entrambi, in una frattura che appare mai sanata e ricomposta, anche solo nella componente di essere genitori della ragazza. Ed entrambi in un modo o nell'altro cercano di portare l'attenzione, la mia attenzione, sugli errori dell'altro/a. Lui è una persona bugiarda, dice lei, ha sempre detto tantissime bugie, non ci si può fidare. Da quando è tornato in città ha fatto solo confusione. Racconta che quando Alice era piccola è sparito e la bambina l'ha tirata su lei con l'aiuto della madre (la nonna). Sulle problematiche vissute da entrambi i genitori quando stavano insieme non si sofferma, sottolineando solo quelle del padre, le sue non c'erano o erano cosa di poco conto. Le famiglie d'origine, poi, si sono sempre sostanzialmente ignorate. Alice non sa proprio tutto della vita del padre, della coppia genitoriale. A dire il vero, aggiunge, anche il marito tutto non sa. Penso al non detto

esplicito e quanto trasmesso nell'implicito, a spazi di relazione non comunicanti e non sovrapponibili. Sulla sofferenza della ragazza, aggiunge, anche lei la vede e se ne è accorta. Ed è colpa del padre, del modo attraverso il quale si è riaffacciato nella vita della ragazza.

Mi chiedo e le chiedo cosa secondo lei la ragazza sa e ha capito del loro rapporto, precedente ed attuale, delle decisioni prese in passato, delle difficoltà affrontate e magari non risolte, così come del rapporto con le famiglie d'origine dei genitori e con quello attuale delle due famiglie che hanno successivamente creato lei e il padre di Alice. Sembra, propongo, uno spazio di relazioni colmo di fratture e di azioni non ponderate negli esiti possibili. Non sa cosa dire, forse pensare. Appare colta in contropiede rispetto allo sfogo contro, che sembrava voler essere la cornice della relazione con me, sfogo che del resto si associa alla preoccupazione del padre. Come se la preoccupazione su e sfogo contro impedissero di pensare e costruire spazi di riflessione e di senso.

La ragazza, nella decisione di vivere col padre, ha probabilmente fatto una scelta non pensata, ma carica di aspettative confuse e di emozionalità intensa. La realizzazione di questa scelta deve essere stata poi estremamente dolorosa, nella misura in cui si è confrontata con una persona che non conosceva davvero – il padre – e il pensiero dell'estraneo è stato un pensiero non di ricerca e di conoscenza ma di rifiuto e delusione, immagino. E in che modo, forse, la madre ha lasciato che questo avvenisse, in relazione al rapporto con il padre di Alice? Quale confronto è possibile con una figlia adolescente, che nel crescere rendendosi autonoma potrebbe voler provare a capire? Entrambi i genitori vivono questo confronto con una figlia adolescente che chiede, e qualcosa bisognerà pur dire/fare....con i fratellini piccoli questo no, non è ancora il momento e forse su questo aspetto si collude.

In questa situazione sembrano presenti a tutti gli effetti trasporti psichici con potenziale patologico, che si manifestano con le modalità dell'espulsione e del rifiuto secondo un paradigma della confusività dei vissuti elaborabili, spazi emotivi di contenuti la cui elaborazione e trasformazione non è stata possibile. Un' antica difficoltà nel pensare emozioni che denota poi uno spazio limite colmo di agiti, compreso il non detto presente/assente, replicato nella modalità attraverso la quale i genitori si relazionano allo spazio del servizio. Le personalità dei genitori di Alice, probabilmente strutturate su aspetti disfunzionali individuali, sembrano appartenere a spazi psichici di area borderline, connotati da emozioni molto intense, difficili da pensare e da trasformare in una qualche relazione tra oggetti. Potremmo anche avvertire il rischio, per la ragazza, di *ereditare* una modalità di funzionamento psichico simile. Purché questo non voglia dire saltare questo spazio di un familiare/genitoriale fratturato e confusivo a favore di un esclusivo intervento con la ragazza sulle difficoltà che lei sta vivendo. Quale *setting* costruire che contenga tutti questi frammenti che vanno in giro in un agire turbolento? Sarà possibile realizzare con i genitori un percorso/pensiero realmente collaborativo, senza dover passare a movimenti forzati o coattivi? L'attenzione per il minore, le responsabilità di chi è impegnato nel lavoro con minori e famiglia, il coinvolgimento di soggetti istituzionali terzi, intrusivi o supportivi che siano, sono tutti elementi necessari e insieme delicati da coniugare, e delimitano una cornice che, in ogni caso, anch'essa deve essere pensata piuttosto che agita (il mandato sociale, il vincolo professionale) con il rischio sempre presente di una

escalation scarsamente produttiva o risolutiva.

Si tratta di poter realizzare con i genitori uno spazio di pensiero, possibilmente condiviso a più livelli, nel quale la confusività emozionale che sembra sia agita da tempo, prima nel loro rapporto e poi con la figlia, possa essere trasformata, uscendo da un utilizzo strumentale della relazione, negata tra loro e cercata con il servizio a conferma delle proprie fantasie. In questo senso, provare a trasformare la emozionalità primitiva in emozioni differenziate capaci di esprimere nel loro manifestarsi più evolute relazioni tra oggetti della realtà. E infine: quale spazio per Alice? Per il suo disagio che si immagina essere davvero concreto, doloroso, per poterlo pensare senza reificarlo in soluzioni fantastiche quanto irreali e poi, forse, drammaticamente deludenti.

Conformismo

Non hanno scelto loro di venire al servizio, questo lo chiariscono subito appena inizia il colloquio programmato. Essere qui adesso fa parte di un accordo preso in precedenza con il servizio sociale, dopo quanto accaduto e successivamente a tutti i problemi occorsi negli ultimi tempi. Nel dire questo non sono esplicitamente polemici o dichiaratamente oppositivi; appaiono piuttosto un po' agitati e preoccupati, quello sì, è evidente. E anche comprensibile. Andrea ha quarant'anni, fa il musicista; compone musica elettronica che poi cerca di collocare in vari ambienti (radio, televisione, siti web, altro). Giulia, la moglie, ne ha ventisette e al momento non lavora. Hanno due figli piccoli di quattro e sette anni. La famiglia vive in un piccolo paesino alle porte di una città dove operano i servizi socio sanitari. Non c'è, quindi, in tutta questa vicenda una domanda o una iniziativa diretta che sostanzia l'intervento, ma un accordo di massima, forse poco esplicitato negli obiettivi, su un mandato dei servizi sociali. Il mandato è conseguente alle decisioni della AAGG in seguito alle vicende che coinvolgono i due, ed è sostanzialmente di controllo e di monitoraggio. Questo determina la cornice dove prendono significato le vicende e dove sembra difficile trovare un significato evolutivo.

Tempo prima Andrea e Giulia avevano iniziato un percorso con una collega, nello stesso servizio dove tornano adesso (dove devono tornare), sempre sulla base di un accordo con il servizio sociale e riguardo le vicende che li hanno coinvolti. Dopo numerosi incontri, alternati da altrettante interruzioni e vari ripensamenti, hanno poi interrotto i contatti non presentandosi agli appuntamenti e tutto è stato messo in stand by. Intanto nel servizio è avvenuto un cambiamento di organico, la collega che avevano incontrato non è più presente ed è stata sostituita. La fase del cambiamento e del passaggio di consegne tra operatori, spesso per casi e situazioni complesse, è sempre estremamente delicato per le implicazioni che comporta, ma frequentemente tale delicatezza è sovrastata dal bisogno dei vari operatori di dare risposte tempestive, trovare riferimenti sicuri e possibilmente rientrare nella routine delle attività, con le varie responsabilità che questa comporta.

La situazione di Andrea e Giulia è stata quindi ripresentata al gruppo di lavoro interistituzionale che si occupa di minori e di famiglia, ed è una presentazione che colpisce molto per chi ne viene a conoscenza la prima volta per una estrema serietà della cornice giuridica che sostiene le decisioni e gli interventi conseguenti. Il gruppo si attiva quando necessario e/o richiesto in raccordo con la AAGG e spesso è finalizzato anche all'attuazione/monitoraggio dei decreti del TM (tutela minorile, area famiglia); vi partecipano stabilmente operatori dei servizi di salute mentale di infanzia e

adolescenza, delle attività consultoriali, nonché dei servizi sociali territoriali di competenza. Le turbolenze cui è soggetto un gruppo di lavoro che si occupa di vicende così complesse e delicate; le difficoltà esterne nelle organizzazioni cui afferisce o afferiscono i vari membri che vi partecipano; quelle interne dell'incontro tra diverse professionalità e vertici di lettura diversi da integrare; la pressione nel trovare soluzioni spesso in urgenza e risposte adeguate, tutto questo può rendere il contenitore istituzionale periodicamente fragile o molto frammentato, con il rischio di un ricorso frequente ad una azione poco riflessiva o di una confusività tra obiettivi e finalità. A volte poco mentalizzata nelle sue implicazioni, può emergere la difficoltà del gruppo di lavoro nel ricorrere ad una funzionalità di pensiero riflessiva, piuttosto che meramente operativa. Una funzionalità che possa essere metabolizzata dal gruppo stesso evitando un effetto espulsivo di elementi nuovi, di amplificazione delle azioni e di irrigidimento schematico. Penso che questo possa favorire l'integrazione con le necessarie operatività presenti, affinché nessun elemento del gruppo venga sentito come un corpo estraneo di disturbo. Abbiamo un contesto organizzativo dato, definito dal mandato sociale, ma ogni volta e in ogni intervento – soprattutto questi interventi – si tratta anche di avere un contesto da costruire, che realizza o prova nel realizzare una funzione psicologica trasformativa. Questo per il gruppo di lavoro, questo per l'incontro con l'utenza.

Affrontando nel gruppo la vicenda di Andrea e Giulia vengono poste allora delle ipotesi: sulla lettura alternativa delle problematiche emerse e sull'intervento fino ad ora realizzato, e incompiuto; sulla possibilità di poter trovare un livello diverso di collaborazione con la coppia; su obiettivi che non siano solo quelli inerenti il controllo e il monitoraggio da una parte ed una elaborazione delle difficoltà della coppia e un sostegno genitoriale obbligato dall'altra. Forse qualche aspetto rilevante è andato perso e conviene provare a reinserirlo nel lavoro con loro. Semplice ma per niente facile la considerazione che tra il mandato sociale, processo di legittimazione di una prassi, e il soggetto dell'intervento deve esistere un rapporto di integrazione, in cui le finalità, anche legittime, devono poi essere tradotte in obiettivi perseguibili.

Tornando alla storia di Andrea e Giulia, uno dei loro ennesimi drammatici litigi avvenuto in casa davanti ai figli piccoli, con l'intervento della PS. chiamata dai vicini, è esitato in una segnalazione del nucleo familiare da parte della Questura del luogo alla Procura della Repubblica presso il Tribunale dei Minorenni. Quando sono intervenuti per la lite, gli agenti di PS hanno trovato una situazione abitativa e generale a loro dire assolutamente fuori controllo: incuria generale, caos, con ambienti sporchi e mal tenuti, già difficili per una coppia e non idonei ai due bambini piccoli, ed è stata quindi avviata un'indagine da parte del servizio sociale di zona. Un iter (segnalazione – apertura fascicolo – richiesta d'indagine – indagine – conclusioni – comunicazione delle stesse – risposta della AAGG competente – applicazione di eventuali decreti – loro monitoraggio e verifica) che ha un suo senso logico e crea una cornice di eventuale intervento ortogonale, la quale se risulta necessaria per le molte situazioni di rischio immediato e reale, appare tuttavia piuttosto rigida per tutte le altre, nelle quali rischia di risultare poco utile almeno per quanto concerne la traduzione in relazioni e azioni di senso e significativo mutativo.

Dall'indagine richiesta sono emerse importanti e continue ristrettezze economiche della famiglia, dovute alla precarietà del lavoro di Andrea e alla mancanza di occupazione per Giulia, con conseguenti problemi materiali che innescano forte tensione e sono motivo dei litigi, anche violenti. La coppia ha il periodico sostegno economico della madre di Giulia che, tuttavia, non ha un buon rapporto con il genero. Vengono da due famiglie

che loro stessi definiscono essere state problematiche, con storie molto complesse. Orfano di entrambi i genitori, Andrea ha una sorella che vive lontana. Lui ha girato l'Europa per la professione di musicista e, da una relazione con una donna, è nata una figlia adesso adolescente che vive con la madre fuori dall'Italia. I rapporti con la figlia e la ex compagna sono scarsi e molto conflittuali. Giulia viene da una famiglia che si è frantumata con la separazione dei genitori, quando lei era piccola; i genitori hanno poi ricostruito entrambi due nuclei familiari con figli, con rapporti tra loro scarsi e conflittuali. L'incontro con Andrea è avvenuto nel mondo della musica che anche lei frequentava; la nascita del primo bambino quasi per caso – raccontano – quando lei era molto giovane. Il secondo figlio, i problemi economici, le difficoltà per lui di affermarsi nel lavoro e di renderlo maggiormente stabile, le richieste infruttuose di contributi socio assistenziali, le problematiche giuridiche. Ci sono elementi ricorsivi nella loro storia, nel loro incontro e nello sviluppo della loro relazione, nel rapporto con le famiglie di origine. In passato Giulia e Andrea hanno avuto anche contatti con il servizio di psicologia degli adulti, su loro iniziativa, per problematiche che vengono riferite da loro, come dai colleghi poi interpellati, di origine ansiosa piuttosto aspecifica. Un'ansia che pervade un po' tutti i campi delle loro relazioni.

Immediatamente conclusa l'indagine del servizio sociale, che porterà ad una richiesta di monitoraggio evolutivo per i figli con sostegno obbligato alle competenze genitoriali per Andrea e Giulia, si sovrappone un nuovo problema: una denuncia a piede libero per entrambi, conseguente ad una perquisizione domiciliare, dove sono state trovate quantità di stupefacenti tipo cannabis. Da quanto racconta la coppia, per loro esclusivo uso personale. Nuove convocazioni tra AAGG, Servizi Sociali e TM, nuovi problemi. Il rischio reale di una escalation tra controlli, limitazioni giuridiche, coattività di interventi, richieste e scontri. Il servizio dipendenze, interpellato escluderà problematiche rilevanti. E siamo all'oggi.

Nel corso degli approfondimenti richiesti, la coppia racconta di vivere secondo propri valori e ideali, che non sono quelli conformisti del paese e della zona dove risiedono. Sono completamente differenti, loro. Questo aspetto è importante e definisce chi sono, sottolineano. Lo ripetono nuovamente anche nel colloquio con me, più volte e con intensità. Uno stile di vita che definiscono alternativo e che li rende diversi, ma invisibili agli altri, che non li capiscono e che li giudicano. Loro sono liberi e decidono in base a quello che ritengono essere giusto, come se su questa scelta ruotasse poi una modalità invariabile di relazione con gli altri. Emerge una simbolizzazione di libertà e diversità che in qualche modo sembra non appartenere a nessun luogo o nessun contesto, definita a priori e non confrontata realmente con un contesto di relazioni con l'altro. Sembra essere anche una necessità per distinguersi e darsi un contenitore auto costruito. Questo aspetto è evidente in molti dettagli significativi della loro vita e che emergono soprattutto nel confronto con un contesto ambientale differente in modo significativo: nome dei figli volutamente esotico, stili alimentari, convinzioni sociali, orari delle attività quotidiane. Il rischio, guardando questi aspetti idiosincratici, è quello di cadere o in un conformismo giudicante o in una accettazione acritica.

Il punto di congiunzione tra la famiglia e il contesto è principalmente, se non esclusivamente, la scuola frequentata dai figli. Scuola che non segnala particolari difficoltà di socializzazione o di sviluppo generale nei piccoli, ma un'assenza di problematiche confermata anche dai servizi interpellati al riguardo.

Il colloquio con Andrea e Giulia è, di fatto, uno sfogo. Un loro sfogo contro. Un bombardamento di preoccupazioni sulla situazione, su equivoci e malintesi, sulla

necessità per loro di essere come sono, sul non essere compresi e sull'essere giudicati. Giudizio che, avverto molto chiaramente, arriva invariabilmente anche da loro sugli altri. In fondo è uno sfogo che nega la relazione con me. Del resto cosa mi potevo aspettare?

Sembra quasi un effetto speculare rispetto alle difficoltà emerse quando nel gruppo di lavoro è stata affrontata la loro situazione. Una catena di azioni – reazioni, di trasgressioni e sanzioni, di noi vs. altro, che rischia di bloccare uno sviluppo possibile.

Nella precedente fase di lavoro con il servizio pare che Giulia e Andrea si fossero orientati su aspetti della loro storia personale, sulle loro difficoltà, ma rimane la sensazione che questo processo elaborativo sia stato parziale o monco, come se ci fosse stata la pretesa da entrambe le parti di mettere il contesto da parte (nuovamente da parte) *lavorando solo sul loro mondo, all'interno del loro mondo*. Al contesto immagino, al riordino del contesto, avrebbe lavorato fuori il marchingegno fatto di educative domiciliari a supporto e di controllo/monitoraggio dei servizi. Occorrerebbe forse riuscire a tenere insieme questi due aspetti di realtà e dal loro confronto provare a capire quali possono essere le connotazioni emotivo affettive degli aspetti critici.

Da una parte è come se stessimo insieme replicando il copione di quanto avvenuto fuori: un problema di convivenza. Tra loro, diversi, e l'ambiente ostile (qui con me? con i servizi e fuori nel paese dove vivono?). E forse anche tra loro due?

Un'ipotesi è che nel ripetere in modo costante un copione relazionale basato sull'essere diversi si evocano medesime reazioni nell'altro da sé – da noi e si trovi così una soluzione ad un problema di identità, appartenenza e confronto sociale, in una cornice attraverso la quale è possibile collocare tutte le situazioni. Nel contempo vi è anche una ambivalenza verso lo stesso ambiente, visto come non comprensivo, in una ambivalenza dovuta ad aspetti della possibile evoluzione o stasi nel loro rapporto di coppia e di genitori: il non farcela, non avere mezzi. Anche il seguire amorevolmente i figli nel loro sviluppo (cosa che tutto sommato avviene, il legame è solido e viene confermato da tutti), trovare un nuovo equilibrio tra loro due (il lavoro di lui, quale progetto per lei?). Forse, tra le molte difficoltà costituite da una cornice rigida e vincolata, è possibile cogliere delle parti non integrate: una di adesione conformista rispetto ad un ideale anticonformista, che finisce per evocare nell'altro specifiche reazioni di rifiuto; una accanto, che cerca un confronto con l'altro per poter sviluppare una loro identità, non così scontata e tutta ancora da costruire. Curioso, importante e per niente banale è il simile sovrapporsi di aspetti diversi e non integrati che può contagiare il gruppo di lavoro che con loro interagisce. Come se lo stesso gruppo potesse, nelle difficoltà di mantenere salda una funzionalità di pensiero evolutiva, e faticosamente mai definitiva, esportare parti non integrate proprie nel relazionarsi con utenti in situazioni così delicate e complesse.

Con Giulia e Andrea si può pensare e provare intanto a realizzare un contenitore mentale dove riporre agiti emozionali, aspettando che si faccia strada un interesse a capirci qualcosa in modo diverso e...davvero meno conformista. Paradosso del conformismo da cui si fugge e che si replica in modo speculare non pensandolo, ma anche possibilità di pensare alla relazione e su quanto viene in essa agito in modo progressivamente diverso. Ed entrambi gli aspetti riverberano nella coppia, nella famiglia, nel gruppo di lavoro, nei diversi servizi, nei rispettivi contesti di appartenenza.

Bibliografia

Armstrong, D. (1997). The 'organization-in-the-mind': reflections on the relation of psychoanalysis to work with institutions. *Free Associations*, vol.7, 41: 1-14, 1997; e in *Organization in the Mind: Psychoanalysis, Group Relations and Organizational Consultancy*. London: Karnac, 2005.

AAVV. (2005). *Thinking under fire: psychoanalytic theory for social work practice*. London and New York: Routledge, 2005.

Baranger M., Baranger W. (1961-62). "La situación analítica como campo dinámico". *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 4, 1, pp. 3-54 (trad. it. «La situazione analitica come campo dinamico». In *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*. Milano: Raffaello Cortina, 1990).

Bellavita, L. (2017). *Sviluppare competenza organizzativa entro un Centro di Salute Mentale di Roma*. *Rivista di Psicologia Clinica*, N°1, 2017, pp. 54-68.

Belloni, L. (a cura di) (2011). *Le relazioni umane nei processi di cura*. Pisa: Edizioni ETS.

Bion W.R. (1961). *Experiences in groups*. London, Tavistock Publications; trad. it. *Esperienze nei gruppi*. Roma, Armando, 1971.

Bion W.R. (1962). *Learning from experience*. London, Heinemann (Trad. it. *Apprendere dall'esperienza*. Roma, Armando, 1972).

Bion, W.R. (1965). *Transformations*, London: Karnac Books, 1991 [1965].

Bion, W.R. (1967). *Second Thoughts. Selected Papers on Psycho-Analysis*, London: Karnac Books, 1984 [1967].

Bion W.R. (1970). *Attention and Interpretation*. London, Tavistock Publications; trad. it. *Attenzione e interpretazione*. Roma, Armando, 1973.

Bion, W.R. (1984). *Conversazioni con Bion. Los Angeles – New York – São Paulo*, a cura di Francesca Bion, Torino: Loescher.

Bion, W.R. (2005). *The Tavistock Seminars*, London: Karnac Books; trad. it. *Seminari Tavistock*, Roma: Borla 2007.

Bleger J. (1988). *Il gruppo come istituzione e il gruppo nelle istituzioni*. In AA.VV., *L'istituzione e le istituzioni*. Roma: Borla, 1991.

Byrne, D. (2012). *How music works*. trad it. *Come funziona la musica*, 2013.

Milano: Bompiani.

Campoli, G., Carnaroli, F. (a cura di) (2012). Dibattito su: "*Psicoanalisi e Servizi, quale incontro?*" SPIWeb. http://www.spiweb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=2219:dibattito-su-psicoanalisi-e-servizi-quali-incontro&catid=256

Capolupo, S.R., Miglietta, D. (2012). *Pensare nelle istituzioni. La formazione psicoanalitica*. Libreriauniversitaria.it edizioni.

Carli, R., Paniccia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle Organizzazioni e delle Istituzioni*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R. (1987). *Psicologia Clinica*. Torino: UTET.

Carli, R. (1995). Il rapporto individuo–contesto. In *Psicologia Clinica*, n.2, 1995, pp. 5-20.

Carli, R., Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., Paniccia, R.M. (2005). *Casi clinici. Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai mali psichiatrici alla nuova utenza*. Milano: Franco Angeli.

Casadio, L. (2010). *Tra Bateson e Bion. Alle radici del pensiero relazionale*. Torino: Antigone Edizioni.

Casadio, L., Telfner, U. (2003). *Sistemica. Voci e percorsi della complessità*. Torino: Bollati Boringhieri.

Cimatti, F. (2015). *Perché l'essere umano non può essere un lombrico? Wilfred Bion e il transindividuale*. *Nóema*, 6-1 (2015): La materia. pp. 6-37.

Civitaresse, G. (2015). Sul concetto bioniano di contenitore/contenuto. In *Atque, materiali tra filosofia e psicoterapia*, 17 n.s., 2015, pp. 101-121.

Comelli, F. (2011). *I gruppi terapeutici e il contenitore istituzionale*. *Funzione Gamma*, n° 27, ottobre 2011 - www.funzionegamma.edu.

Corrao F. (1990). *Epinoesis in Orme* vol. I. Milano: Raffaello Cortina, 1998.

Correale, A. (1991). *Il campo istituzionale*. Roma: Borla.

Domenichetti, S., Ruggieri, E. (2010). "Quale storia laggiù attende la fine?". *La*

gruppalità come funzione terapeutica. In *Rivista di Psicologia Clinica*, n°2 – 2010, pp. 89–97.

Donati, P. (2013). *La famiglia, il genoma che fa vivere la società*. Catanzaro: Rubettino.

Ferro, A. (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione*. Milano: Cortina.

Ferro A. (2006). Da una psicoanalisi dei contenuti e delle memorie a una psicoanalisi per gli apparati per sognare, sentire, pensare: transfert, transfer, trasferimenti, *Rivista di Psicoanalisi*, 52 (2), 2006, pp. 401-478.

Ferruta, A. (2004). Still life. Spazio e tempo della cura: una formulazione psicodinamica. Relazione alla Giornata di Studio di Mito e Realtà, Milano 1/10/2004.

Fodor, J. (1980). Methodological solipsism considered as a research strategy in cognitive psychology, *Behavioral and Brain Sciences*, 3 (1), 1980, pp. 63-73.

Fonagy, P., Lemma, A., Salkovskis, P., Wolpert, L., Psychoanalysis: does it have a valuable place in modern mental health services? *BMJ: British Medical Journal* Vol. 344, No. 7845 (25 February 2012), pp. 18-19

Foresti G., Fubini F., Perini M. (2011). Supervisione e consulenza psicoanalitiche: promuovere il contenimento e il sostegno nelle istituzioni. *Funzione Gamma*, n° 27, ottobre 2011- www.funzionegamma.it

Guerra, G. (2003). Autonomy and Constructivism. *European Journal of School Psychology*, 1, 1. pp. 97-118.

Guerra, G. (2004). “Qu’est-ce qu’un fait clinique?”. In *Psychologie Clinique, Nouvelle Série* n°17 Aout 2004, pp. 29-44.

Kaës, R. (1976). *L'appareil Psychique Groupal. Constructions Du Groupe*. Paris: Dunod. Trad. it. *L'apparato pluripsichico: costruzioni del gruppo*. Roma: Armando, 1983.

Kaës R. (1988). Realtà psichica e sofferenza nelle istituzioni. In *L'Istituzione e le Istituzioni*. Roma: Borla, 1991.

Kaës, R. (2009). *Les Alliances Inconscientes*. Paris: Dunod. Tr. it. *Le Alleanze inconsce*. Roma: Borla, 2010.

Hautmann, G., Il mio debito con Bion: dalla psicoanalisi come teoria alla psicoanalisi come funzione della mente in *Rivista di Psicoanalisi*, 27, 3 – 4, pag. 559 – 572, 1981.

Iozzelli, D., Belloni, L. (2011). *The Regional Referral Centre on Critical Human Relations (CRRRCR): working on emotions and affects with Individuals, Groups and Organizations in the Public Health System*. Paper pres. at *Envy at Work, International Symposium*, Turin sept. 22nd – 24th 2011.

Iozzelli, D., Giuli, M., Belloni, L. (2013). *La Clinica delle Organizzazioni nel cambiamento organizzativo di un reparto di terapia intensiva*. *Rivista di Psicologia Clinica*, N°1 2013.

Lombardi, R. (2012). *Il corpo nella teoria della mente di W. R. Bion*. In *Consecutio Temporum*, n°2 Febbraio 2012, pp.96 – 111.

Matte Blanco I., *The Unconscious as Infinite Sets. An Essay on Bi-Logic*, Duckworth, London 1975, trad. it. *L'inconscio come insiemi infiniti. Saggio sulla bi-logica*. Torino: Einaudi, 2000.

Mazza, R. (2015). *Terapie imperfette*. Milano: Raffaello Cortina.

Mazza, R., Cambiaso, G. (2017). *Tra intrapsichico e trigenerazionale. La psicoterapia individuale al tempo della complessità*. Milano: Raffaello Cortina.

Ogden, T.H. (1979). *On projective identification*. *Inter J. of Psychoanal.* 1979; 60 (Pt 3): pp. 357-73.

Ogden, T.H. (2004). *On holding and containing, being and dreaming*. *International journal of Psychoanalysis*. Volume 85, Issue 6, December 2004, pp. 1349-1364.

Obholzer A., Roberts V.Z. (eds) (1994). *The Unconscious at Work. Individual and organizational stress in the human services*. London, Routledge (tr. it. *L'Inconscio al Lavoro. Stress Individuale e Organizzativo nei Servizi alla Persona*. Milano, Etas Libri, 1998).

Perini, M. (2007). *L'organizzazione nascosta. Dinamiche inconsce e zone d'ombra nelle moderne organizzazioni*. Milano: Franco Angeli.

Perini, M. (2011). Sul concetto di “contenitore istituzionale”: nota introduttiva. *Funzione Gamma*, n° 27, Sul Contenitore Istituzionale. Contenimento e trasformazione nelle organizzazioni contemporanee, www.funzionegamma.it

Perini, M. (2013). Il ruolo della psicoanalisi nella crisi del welfare: dalla cura del paziente alla cura delle istituzioni curanti. *La Funzione Gruppale nei servizi di salute mentale tra clinica e ricerca*, In *Funzione Gamma*, n°37.

Perini, M. (2013). *Lavorare con l'ansia*. Milano: Franco Angeli.

Quinodoz, J.M. (2008). Pensare sotto il fuoco dell'artiglieria. In *Annata Psicoanalitica Internazionale*, 4:87-95.

Note

1) Qui mi riferisco a quello psicologico clinico; solo eventualmente con aspetti di contiguità o parziale sovrapposizione per area con la psichiatria e/o la neuropsichiatria infantile.

2) L'espressione *thinking under fire* come esplicita citazione da W.R. Bion viene ripresa in modo paradigmatico da J. M. Quinodoz in un articolo sulla *Annata Psicoanalitica Internazionale* del 2008. Anche in una pubblicazione sull'integrazione delle teorie psicoanalitiche nel lavoro socio assistenziale: AAVV. *Thinking under fire: psychoanalytic theory for social work practice*. London and New York: Routledge, 2005.

3) *“La ragione è schiava dell'emozione ed esiste per razionalizzare l'esperienza emozionale”* (Bion, 1970, pp. 1).

4) *“Le emozioni svolgono, in seno alla psiche, la stessa funzione che le impressioni sensoriali esplicano nei confronti degli oggetti situati nel tempo e nello spazio”* (Bion, 1967, pp. 182).

5) Solitamente declinate in: Salute Mentale Infanzia e Adolescenza come una delle articolazioni territoriali del Dipartimento di Salute Mentale; l'area giovani, coppia, famiglia all'interno delle Attività Consultoriali nel Dipartimento Materno Infantile; i Servizi Sociali territoriali di competenza (area minori, handicap, tutela minorile, ecc.).

6) *“...noi odiamo il pensare e qualsiasi cosa ci faccia pensare [...] questo è il problema: il pensare è un momento evolutivo molto sgradito; sgradito perché potrebbe metterci a nostro agio; sgradito perché potrebbe metterci più a disagio. È difficile sapere che fare della capacità di pensare”*. In WR.Bion, *Conversazioni con Bion*. Los Angeles – New York – São Paulo, 1984, pp. 204-205.

7) Come esplicitamente affermato il modello di riferimento è la prospettiva bioniana e post bioniana in associazione con le proposte di Matte Blanco ed i successivi sviluppi teorici e operativi.

8) *“Perché si possa apprendere dall'esperienza la funzione alfa deve poter operare sulla consapevolezza di una esperienza emotiva”* (Bion, 1962, pp. 182).

9) Un riferimento paradigmatico, per quanto possa sembrare distante dallo specifico di questo lavoro, potrebbe essere il tentativo estremamente interessante sviluppato da Fodor nelle scienze cognitive con il suo solipsismo metodologico come strategia di analisi (Fodor, 1980).

10) Il transindividuale precede l'individuale, l'apparato inter soggettivo per pensare precede i pensieri individuali. Secondo Bion lo stesso schema generale si riproduce durante l'analisi. In questo caso il ruolo del *mental breast* è svolto dallo psicoanalista, che pensa i contenuti non pensati (e al momento impensabili) del paziente.

11) Un essere umano impara a pensare i propri pensieri come *funzione α* . Il materiale su cui si applica questa funzione è costituito dagli *elementi β* (le pre concezioni); detto in una formula semplice $\alpha(\beta) = \text{pensieri}$. Nel momento in cui, passando per l'esperienza relazionale con il seno buono, il bambino diventa capace di pensare i suoi stessi pensieri, diventa anche capace (almeno potenzialmente) di pensare a se stesso, e quindi diventa capace di porsi come un soggetto. Tutto succede, da un punto di vista logico (anche se non cronologico), contemporaneamente: pensieri, l'apparato per pensare, il soggetto che li pensa vengono al mondo insieme. E naturalmente arriva anche l'inconscio (Cimatti, 2012).

12) Categoria psicologica complessa e decisamente polisemantica. Su cosa è un fatto clinico in psicologia ad esempio si veda Guerra (2004).

13) Importanti a questo proposito i concetti utilizzati da Kaës sui processi inconsci nei gruppi e nelle istituzioni come quelli di contratto narcisistico, patto denegativo, alleanza inconscia, apparato psichico gruppale e sofferenza nei legami istituzionali, nati nel contesto di un'esplorazione dell'inconscio gruppale, offrono visuali sugli aspetti meno conosciuti delle organizzazioni. (Kaës, 1976, 2009; Kaës et al., 1987).

14) AAGG: Autorità Giudiziaria. TM: Tribunale per i Minorenni. TO: Tribunale Ordinario. MMG: Medico di Medicina Generale. PLS: Pediatra di Libera Scelta.

Dario Iozzelli: psicologo psicoterapeuta. Lavora come psicologo dirigente presso la Azienda USL SUD EST della Toscana. Socio del CRP – CF di Firenze. Socio de IL NODO GROUP di Torino.
Email: dario.iozzelli@gmail.com

Seconda stella a destra.

Racconto breve di un'esperienza riuscita: i Progetti Assistenziali Individuali nel Ser.T. Di Civita Castellana

Flavia Salierno

Abstract

L'autrice racconta un'esperienza di un buon clima di lavoro all'interno del Servizio di Tossicodipendenza di Civita Castellana. Viene evidenziato come il gruppo di lavoro, l'*équipe*, insieme con l'utilizzo di Piani Assistenziali Individuali per i pazienti, consentano e favoriscano un buon percorso evolutivo anche in quei pazienti con grave inquadramento psicopatologico associato al poliabuso e alla tossicodipendenza.

Parole chiave: tossicodipendenza, gruppo di lavoro, clima emotivo del gruppo, piani assistenziali individuali, *équipe*

"[...] voglio dire che è difficile partecipare a un gruppo senza sentirmi stimolato e obbligato a pensare... continuerò a pensare a lungo a questa esperienza. E' un argomento infinito....E' molto importante osare pensare e sentire qualsiasi sia la cosa che si pensa e si sente". (Bion, 1978)

Quanto ho pensato e sentito e quello che scriverò vuole essere un racconto, che narra l'esperienza di un gruppo di lavoro che ha cercato di affrontare le difficoltà che si incontrano con una tipologia di pazienti così ostica come lo sono state le difficoltà burocratiche ed economico-gestionali.

Questo lavoro e questo gruppo mi hanno portata a pensare, o meglio, a ripensarmi come analista cercando di riadattare l'approccio psicoanalitico al contesto che vivevo. Ringrazio ancora i colleghi, o meglio, il gruppo di cui ho fatto parte, per avermi insegnato tanto, e ovviamente anche i pazienti. Non indirizzerò quindi questo scritto al mio rapporto specifico con i pazienti, o al *setting* che pure avevo la possibilità di ricreare nella mia stanza, bensì al lavoro di gruppo e al gruppo di lavoro di cui facevo parte.

Quando cominciai a lavorare con questa *équipe* rimasi stupita immediatamente dal clima che sentii in questo strano ambulatorio sito all'interno della ASL di Civita Castellana. Di questo Ser.T., infatti, mi hanno colpito immediatamente i colori accesi e caldi delle pareti, un certo tipo di mobilio che ci si aspetterebbe di trovare in una casa, divani, tende alle finestre, librerie di legno e colorate, piante da ornamento, una stanza biblioteca piena di libri di ogni tipo. E il sorriso, quello degli operatori, un sorriso autentico che mi ha immediatamente accolta e messa a mio agio. Notai, nel mio primo giorno di lavoro, una carrozzina e un neonato tenuto in braccio da quella che capii fosse una paziente

tossicodipendente che portava a far conoscere il figlio a quegli operatori che l'avevano assistita (accudita) in tutto il periodo della gravidanza e da molto tempo prima. Pensai subito che forse fosse un bisogno tutto mio quello di dover idealizzare un luogo di lavoro dove sapevo avrei seguito pazienti molto impegnativi, che mi avrebbero richiesto dedizione ed energie, e un grosso investimento psichico, elementi necessari per prendere in carico pazienti tossicodipendenti, sapendo bene che questi si accompagnano sempre alle più svariate altre diagnosi psichiatriche.

Guardavo i pazienti venire volentieri, scherzare con gli operatori, li vedevo portare piccoli doni, prodotti della terra o della campagna, come si usa fare da quelle parti. Pensai che scambi simbolici e libidinali sono possibili là dove c'è un contenitore adatto ad accoglierli. Guardavo chiedere da altri pazienti provenienti da altre ASL di riferimento la possibilità di essere seguiti in quel Ser.T. e me capivo il senso, visto il senso di accoglienza che anche io, come professionista, sentivo in quel luogo così anomalo, rispetto alle mie esperienze passate.

La grave conflittualità inconscia del paziente tossicodipendente e molto spesso la condizione traumatica transgenerazionale che coinvolge la famiglia può trovare spazio in un luogo fisico e psichico dove non solo tutto questo viene accolto ma dove si aiuta il paziente a fronteggiare quel senso di alienità che prova e pervade la sua vita.

Il Servizio anche per questo ha sempre cercato di lavorare nell'ottica di aiuto anche dei familiari dei pazienti stessi e in quella del reinserimento sociale.

La storia

Quando il campo-istituzione viene caratterizzato da un clima positivo, e da una connotazione affettiva di scambio, riesce ad essere aperto al nuovo membro che entra e credo sia per questo che già dai primi giorni di lavoro mi sentivo parte integrante del gruppo. Attraverso me, come nuovo membro del gruppo, il gruppo stesso poteva riappropriarsi della sua storia, così altamente connotata. I colleghi mi raccontarono, infatti, che lo spazio/Ser.T. precedente a quello, ovvero l'ufficio dove era sito precedentemente, era un luogo fatiscente, cadeva a pezzi come sembrava dovessero essere accolti pazienti già caduti a pezzi e ai margini della società (lo stigma che sempre accompagna i "tossici"). Attraverso la visione delle foto i colleghi mi raccontavano come, attraverso le loro stesse mani, ovvero facendo loro stessi una ristrutturazione, e cambiando il mobilio sostituendolo con gli stessi mobili portati dagli operatori e dai familiari, quel luogo stesso diveniva un luogo possibile. Il luogo trasformato diveniva l'oggetto trasformativo (Bollas, 1989).

Successivamente il Ser.T. Venne spostato in un luogo più consono alle necessità di pazienti di questo tipo, un luogo anche più sicuro per i pazienti stessi e gli operatori. Anche in quel luogo gli operatori sentirono la necessità di renderlo più

caldo e accogliente, con una stanza biblioteca costituita dai libri di ogni tipo raccolti da chi voleva regalarne. La maggior parte di quei libri presi dagli operatori stessi, presi perché gettati, buttati via da altre biblioteche. Libri che la biblioteca del Ser.T. ha riutilizzato trasformandoli in “oggetti d’uso”. La biblioteca simbolicamente e concretamente è la “sala d’attesa” dei pazienti, dove quindi i pazienti stessi sono portati a guardare e rovistare tra quanto desti loro curiosità in un’ottica trasformativa. Quei pazienti, considerati per lo più dei “reietti”, gettati via dalla società come quei libri, si trovano nell’attesa di trasformazione a loro volta . Molto spesso, nelle sedute, quei libri hanno rappresentato un aggancio utile per approdare a un mondo simbolico la’ dove il terapeuta è costretto a barcamenarsi in un pensiero concreto, come sempre accade nel caso di pazienti tossicodipendenti.

Il gruppo di lavoro

Un gruppo in grado di sostenere e di divenire l’inetrlocutore delle emozioni portate dai pazienti, delle loro frammentazioni, delle loro angosce.

L’appuntamento col metadone, se il transfert è positivo nei riguardi dell’istituzione, diviene un luogo di incontro e di passaggio del paziente nel legame col gruppo degli operatori. E le riunioni di *équipe* divengono i contenitori delle storie dei pazienti e delle storie quotidiane nelle loro storie.

In un Ser.T. ogni giorno succede qualcosa di nuovo e diverso. Situazioni improvvise e inaspettate, che irrompono con le loro complessità.

Il luogo fisico e mentale, l’appartamento colorato e accogliente, e l’istituzione Ser.T. come spazio mentale, diviene il campo analitico abitato dalla gruppaltà del paziente (la sua famiglia, le sue frequentazioni) e dalla gruppaltà degli operatori (con le loro storie, le loro famiglie, l’*équipe* dei colleghi) si incontrano. L’istituzione diviene il luogo dove prevalgono le relazioni umane, gli affetti, e dove diviene possibile una circolarità. Dove anche la struttura gerarchica lascia il testimone alla collaborazione tra i membri dell’*équipe*. Tutto questo fornisce una solida circolarità tra operatori e pazienti, divenendo possibile lavorare con una tipologia di pazienti altrimenti “impossibile”, dove il rischio di burnout da parte degli operatori sarebbe altrimenti molto probabile.

La passione al lavoro, la motivazione, e la tenacia dei singoli operatori hanno consentito di creare un campo (come punto di incrocio tra livello sovraindividuale o trans-individuale e livello interindividuale) come contenitore per i vissuti di frammentazione e angoscia dei pazienti ma anche degli operatori che li maneggiano quotidianamente. Il laboratorio cucina, una delle attività svolte dai pazienti, diveniva un altro luogo di trasformazione e condivisione e la somministrazione del metadone da parte delle infermiere un momento di scambio e dialogo.

I Piani Assistenziali Individuali

Prima di parlare di Piani Assistenziali Individuali credo ci sia bisogno di una premessa. La maggior parte dei pazienti che affluiscono ai servizi di tossico dipendenza presentano anche una diagnosi psichiatrica. Le patologie che si presentano più spesso sono: disturbi di personalità soprattutto borderline e antisociale, disturbi affettivi, disturbi psicotici, disturbi d'ansia, esordi psicotici in giovani adulti.

Negli anni all'interno del Ser.T. sono state provate varie tipologie di intervento per far fronte a tali problematiche. Nella maggior parte dei casi i pazienti venivano inviati al Centro di Salute Mentale e quindi seguiti contemporaneamente dai due servizi.

Questo tipo di interventi non sempre, anzi quasi mai, hanno avuto esiti positivi, in quanto per solito la compliance di questo tipo di pazienti è molto scarsa e difficilmente riescono a portare avanti una terapia farmacologica protratta nel tempo senza un costante controllo e, nella gestione divisa tra due parti terapeutiche, il paziente si perdeva non seguendo nell'una nell'altra terapia.

Spesso poi emerge la necessità di un inserimento in comunità di doppia diagnosi per fare in modo che il paziente possa avere, nello stesso tempo nello stesso luogo, tutte le cure di cui ha bisogno.

Purtroppo però anche in questo caso si sono avuti numerosi fallimenti in quanto, trattandosi di pazienti con problematiche gravi, difficilmente riescono a sostenere un percorso tanto impegnativo. Talvolta, pur riuscendo a portare avanti tutto il percorso comunitario, d'altra parte oltremodo costoso, non reggono, uscendo dalla comunità, all'impatto con la vita normale e, spesso, hanno ricadute anche gravi con frequenti episodi di overdose a volte anche mortali. All'interno del Servizio si è pertanto cercato di mettere in atto dei programmi alternativi che garantissero al tempo stesso la terapia prolungata nel tempo cercando di monitorarla. Questo anche perché la maggior parte dei pazienti in doppia diagnosi deve seguire la terapia farmacologica per tutta la vita essendo queste due patologie, la tossicodipendenza e la patologia psichiatrica, malattie croniche che hanno bisogno proprio per le loro caratteristiche di avere dei riferimenti costanti nel tempo.

L'importanza dei Progetti Individualizzati, pertanto, sta nella possibilità di fare interventi mirati e specifici per ciascun paziente, quindi pensati sulla base delle caratteristiche uniche e specifiche di ciascun paziente, senza però rinchiuderlo in una struttura per tanto tempo, bensì lasciandolo nel territorio e nel suo ambiente sociale, familiare, lavorativo. Ciò ha permesso di lavorare quotidianamente affrontando costantemente anche i problemi che sicuramente sono alla base di tali patologie cercando di curarle da dove per lo più emergono, con l'ottica di un vero reinserimento sociale e familiare.

Nel progetto dei Piani Assistenziali Individuali gli operatori dei Servizi, ormai

sempre meno sufficienti a far fronte al crescente lavoro, vengono affiancati dagli operatori di Cooperative accreditate che a loro volta forniscono in affiancamento laboratori e strutture adeguate.

Operatori e pazienti rimangono a stretto contatto sul territorio e collaborano costantemente sull'andamento del progetto, che ovviamente viene stilato dagli operatori del Servizio di Tossicodipendenza (in questo caso di medici, infermieri professionali, assistenti sociali) ma anche dagli operatori specializzati che offre la Cooperativa come, nel caso del Ser.T. di Civita Castellana, uno psichiatra e uno psicoterapeuta specializzati in dipendenze e doppia diagnosi, nonché dalla collaborazione diretta del paziente che discute il progetto insieme all'*équipe* il suo percorso terapeutico riabilitativo.

In un anno e mezzo di sperimentazione sono stati trattati pazienti che spesso hanno già provato di tutto: comunità terapeutiche, psichiatria, psicoterapie le più varie, cliniche per disintossicazione, case di cura, e nel frattempo hanno perso per strada la famiglia, il lavoro, i figli, gli amici e la dignità.

Questa esperienza ha peraltro migliorato il clima lavorativo tra gli operatori del Servizio che, in questo periodo di crisi, con i tagli del personale e il contemporaneo aumento del lavoro si sentono stanchi e in affanno. Sappiamo infatti che negli ultimi anni c'è stato un aumento di dipendenze da gioco d'azzardo patologico, un aumento di adolescenti che usano in maniera smodata i nuovi tipi di cannabinoidi molto più pericolosi di quelli usati dei loro padri, perché meno concentrati in cannabidiolo e più in THC, sostanza che provoca letteralmente crisi psicotiche ed enorme dipendenza, aumento di esordi psicotici negli adolescenti, arrivo dei dipendenti da Internet.

Gli operatori dei Servizi, infatti, stanno vivendo una vera crisi legata alla sensazione di impotenza per la difficoltà a poter far fronte alle esigenze che vengono richieste in misura sempre maggiore.

Alcuni dei “nostri” pazienti con accesso ai PAI

Nominerò brevemente solo pochi esempi clinici per far comprendere come il tipo di intervento e trattamento fosse il più possibile pensato in base alle esigenze specifiche del paziente. Non entrerò nel merito di ogni singolo caso clinico perché l'intento è piuttosto quello di mostrare come un paziente, seppur grave dal punto di vista psicopatologico, possa reagire in un contesto dove possa sentire accogliente l'istituzione/campo.

A., grave ritiro sociale, poco accessibile al colloquio e alla relazione, con grave ludopatia, rapporto col padre fortemente conflittuale, madre spesso ricoverata per depressione maggiore con dipendenza dal gioco. A. ha risposto molto bene all'integrazione tra terapia farmacologica, psicoterapia, e l'inserimento lavorativo nella collaborazione tra il Comune e la Cooperativa. Nel fare il giardiniere per il Comune, infatti, A. ha potuto sperimentare la sua passione per le piante e sperimentarsi in un'attività che lo ha coinvolto e reso autonomo

per un certo periodo.

Per L. e G., coppia omosessuale con dipendenza da eroina, si ritiene opportuna la psicoterapia di coppia, vista la relazione fusionale tra i due, che portava entrambi all'uso di sostanze stupefacenti (eroina). Il lavoro psicoterapico di coppia ha rappresentato infatti la possibilità di contenere e modulare l'ansia sottesa alla tendenza ad attribuire il proprio disagio al comportamento od alle intenzioni dell'altro, non riuscendo a vedere il ruolo attivo che ognuno esercita nel legame, lavorando sulle identificazioni proiettive incrociate in particolare per far vedere come l'altro venga inserito in una 'costante relazionale negativa'. Quanto detto ha la funzione inoltre di lavorare indirettamente sull'utilizzo della droga come collante per la coppia. Ad L. è stata data la possibilità di partecipare a corsi di pittura e teatro, vista la sua particolare inclinazione all'arte, anche nell'ottica di allontanarlo da condotte fortemente autolesive.

Tutto questo ha fatto sì che l'uso di eroina non fosse massiccio ma saltuario e sporadico, almeno, per tutto il tempo del progetto.

S., ragazza letteralmente abbandonata dai familiari, dopo aver vissuto in una condizione da clochard per poi approdare a un poliabuso insieme col compagno anche lui tossicodipendente, ha mostrato da subito, nei riguardi del Servizio, una grande motivazione alla cura, e, supportata da terapia farmacologica e psicoterapia, accompagnata anche nella ricerca di un lavoro all'esterno, è arrivata a trovare un lavoro che la impegnasse e la tenesse il più possibile lontano dalla droga.

R., una ragazza borderline anche lei polidipendente (alcol, cocaina, eroina), con un intervento che ha visti coinvolti i familiari. Con l'inserimento nel gruppo cucina, dove ha stretto legami importanti, con la terapia farmacologica e la psicoterapia, e soprattutto con la capacità acquisita lentamente di chiedere aiuto, ha potuto nel corso del tempo allontanarsi dalla droga, e dedicarsi al figlio nato da una buona relazione trovata nel tempo. R., anche ora, ogni volta che sente emergere dirompenti le sue fragilità e quindi la paura di ricercare droga, chiede aiuto.

Ho citato questi pochi esempi col timore ovviamente di banalizzare una grande complessità e soprattutto il grande lavoro che hanno richiesto, da parte degli operatori e dei pazienti stessi. È un lavoro complesso e soprattutto lungo nel tempo, e lascia la sensazione di non essere mai finito.

Quello che ho voluto sottolineare è stato come l'uso dei Piani Assistenziali Individuali, coniugati con un buon gruppo di lavoro e di conseguenza un buon clima dia la possibilità anche di un buon risultato in termini evolutivi del paziente.

Conclusioni finali

Svoltando dopo la seconda stella a destra, l'isola che non c'è si può anche incontrare, se ce ne sono le condizioni, e se si prende in considerazione sempre il fatto che quelle stesse condizioni possono cambiare, e che l'assetto del gruppo stesso ovviamente può cambiare. Cambiando le condizioni nelle quali quel gruppo si muove e da cui dipende, così come è successo in questo caso e come

purtroppo accade in molti luoghi di lavoro, il clima può risentirne e subire una trasformazione, anche là dove sono abitati da persone valide professionalmente e altamente motivate. Purtroppo i finanziamenti necessari affinché nella realtà certi progetti possano esistere molto spesso hanno destini infausti, e con la revoca di questi, i progetti stessi vengono revocati, purtroppo con tutte le ripercussioni negative che possono avere sui pazienti (e con tutte le preoccupazioni che questo porta con sé) e sugli stessi operatori.

Rimane però il bagaglio dell'esperienza e la riflessione, condizioni necessarie nella nostra professione per poter continuare a portarla avanti.

Questo racconto, quindi, non ha una fine, bensì delle importanti conclusioni, che sarà nostro compito possano costituire le premesse per gli impegni (e per i racconti) a venire.

Bibliografia

Bion W.R., (1961), *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma, 2013.

Bion W.R., (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972.

Bion W.R. (1978) *Four Discussions with W.R. Bion*. Perthshire: Clunie Press. [Reprinted in *Clinical Seminars and Other Works*. London: Karnac Books, 1994].

Bollas C., *L'Ombra dell'Oggetto*. Borla, Roma, 1989.

Kaës R., *Les théories psychanalytiques du groupe*. PUF, 1999.

Neri C., *Gruppo*. Borla, Roma, 1995.

Flavia Salierno, psicoterapeuta, psicoanalista, specializzazione in psicoterapia Psicoanalitica presso Lo Spazio Psicoanalitico, membro associato della Società Psicoanalitica Italiana, lavora nel suo studio privato e da sempre lavora presso istituzioni pubbliche e private con le dipendenze, Disturbi del Comportamento Alimentare, Alcolismo, Tossicodipendenze, dipendenza da Gioco d'Azzardo Patologico, ha collaborato anche col Ser.T. di Civitacastellana, che racconta in questo scritto.

Email: saliernoflavia@yahoo.it

La dimensione grupale dell'Accoglienza all'interno del Centro di Salute Mentale

Sandra Moretti, Chiara Rocchi

Abstract

In questo lavoro si racconta un'esperienza di gruppo, nata all'interno di un Centro di Salute Mentale di Firenze. Si tratta di un gruppo "Accoglienza", a cui prendono parte operatori e utenti, che si svolge tutte le mattine, nella stanza dedicata alle terapie di gruppo. Il racconto si articola nella descrizione di come l'esperienza è nata, di come si è strutturata e sviluppata, specificando i vari passaggi ed alcune delle sue funzioni rispettivamente al complessivo processo di cura.

Parole chiave: accoglienza, primo contatto, gruppo, istituzione, disturbi psichici gravi

L' Accoglienza

Ogni luogo di cura ha la necessità di prefigurare una dimensione di accoglienza, uno spazio/tempo dove si ascolta e si decodifica la richiesta di aiuto. Solitamente si definisce accoglimento il primo contatto tra l'utente e l'istituzione che lo riceve ed è abitudine comune associare ad esso il termine di analisi della domanda. Tuttavia, in molti casi, la domanda che l'utente ed il suo contesto di appartenenza pongono ai Servizi di Salute Mentale, si caratterizza proprio per la sua indefinitezza. Come scrive Correale "potremmo dire che la domanda non sempre può essere definita o analizzata, perché non c'è una domanda, ma solo un confuso senso di imperfezione, di mancanza, di indefinitezza e alla grande intensità dei vissuti non si accompagna una altrettanto forte capacità di espressione e di comunicazione, in questi casi è la

domanda stessa che va costruita e non può essere definita in anticipo" (Correale 1991 p.109). L'Accoglienza, nella nostra accezione, rappresenta uno spazio/tempo dove prima di rispondere ci si ferma a capire chi chiede: è il paziente, la sua famiglia, lo specialista di riferimento? Spesso ci si trova di fronte a situazioni in cui la cosiddetta "domanda" richiede necessariamente di essere ripensata provando a non avere fretta di rispondere.

L'Accoglienza tuttavia, non è rivolta soltanto ai nuovi casi del nostro servizio, ma anche a tutte quelle situazioni di impasse, dove il rapporto di cura individuale perde il suo potenziale terapeutico e trasformativo, cristallizzandosi in una posizione statica in cui il paziente diventa un compito istituzionale da svolgere

piuttosto che una persona con cui relazionarsi. Spesso vengono attivati interventi istituzionali più rigidi quali il ricovero, l'inserimento in struttura, risposte assistenziali di varia natura. Si tratta di risposte che rischiano di essere mal utilizzate con il paziente che può fagocitare tutto senza servirsi di niente. In questi casi siamo di fronte al fenomeno che Correale chiama di "Bulimia istituzionale" (Correale 2006 p. 191); un fenomeno che aumenta, come evidenzia M. Sassolas (2001), il senso di frustrazione e di impotenza sia dell'operatore centrale di riferimento che dell'intero *équipe*.

Se un assetto di cura intende trattare le manifestazioni sintomatologiche come parte manifesta di psichismi latenti, allora diviene utile non contrapporre alle difese e al funzionamento psicotico della persona sofferente (dissociazioni, negazioni, frammentazioni, ecc.) le difese ed il funzionamento (presunto) nevrotico di chi cura (controllo, razionalizzazione, spostamento, ecc.). P.M. Blomberg (2007) ad esempio, evidenzia come la dissociazione sia inizialmente una modalità di funzionamento fisiologica e solo successivamente può diventare una difesa patologica.

Ci preme inoltre sottolineare che per accogliere il potenziale evolutivo funzionamenti così carichi di angoscia, è fondamentale poter "sentirsi" all'interno di una appartenenza gruppale integrata – l'angoscia da soli sarebbe insostenibile – cioè all'interno di un gruppo di curanti interiorizzato dai singoli partecipanti come un "oggetto" che C. Neri (1995) ha evidenziato come "oggetto sé".

Per tali motivi, all'interno del nostro Centro di Salute Mentale è attiva dal 2001, una dimensione spazio/tempo dell'accoglienza. Si rivolge in generale a pazienti gravi, che per la complessità della situazione clinica e sociale richiedono interventi pluriprofessionali intensivi.

Inizialmente l'obiettivo era cercare di fornire una risposta ai pazienti più difficili, in particolare a quelli affetti da psicosi e da importanti disturbi di personalità.

Il paziente grave induce nell'operatore un **bisogno di gruppo**, sia come supporto emozionale e protettivo (Boccanegra, Magrini, Milella, 2003), sia come fonte di informazioni per la costruzione di quelle scene modello che vanno a costituire l'asse portante di una autentica integrazione di gruppo e sia, anche, come produttore di spazi organizzati ordinati, atti a regolare l'incontro con il paziente e a costruire delle coordinate orientative ed emotivamente favorevoli (Foresti, 2003).

La nostra accoglienza nasce, dunque, come una risposta non specificamente farmacologica, psicoterapica o assistenziale; bensì come una risposta meno definita, più indifferenziata. Si tratta di un'accoglienza diversa da quella

solitamente svolta all'interno dei Centri Diurni. Questi ultimi e più in generale le strutture residenziali e semiresidenziali, costituiscono un secondo tempo importante nella presa in cura di un paziente. In queste realtà, l'accoglienza è una risposta più strutturata che prevede il coinvolgimento nelle varie attività e che necessita di una certa consapevolezza di malattia da parte sia del paziente che del suo gruppo familiare.

Lo spazio dell'Accoglienza all'interno del Centro di Salute Mentale si configura come situazione più leggera, di passaggio, ma al tempo stesso delicata e discreta. Un luogo del servizio ben definito, che funge da contenitore elastico, all'interno del quale i pazienti hanno la possibilità di potersi esprimere liberamente senza sentirsi né troppo costretti, né troppo abbandonati.

Si tratta di un'opportunità per una comprensione complessiva del paziente e del suo contesto di vita, un tempo in cui paziente e operatori possano riconoscere una condizione di bisogno e pensare un programma di cura individualizzato, integrato e flessibile.

Come avviene l'invio?

Si rivolge a pazienti già assegnati ad un singolo curante, cioè a situazioni dove esiste un rapporto centrale di riferimento.

È lo psichiatra/psicologo referente che contatta il medico responsabile dell'accoglienza e gli operatori proponendo un periodo di osservazione.

L'invio del paziente al *setting* dell'accoglienza può avvenire in momenti diversi del percorso terapeutico.

Dall'esperienza effettuata si evidenziano due modalità di invio.

- . All'inizio del percorso di cura: pazienti che arrivano all'accoglienza del CSM dopo un ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, oppure pazienti di recente presa in carico e che necessitano di un intervento pluriprofessionale fin da subito. Sostanzialmente si tratta di quelle situazioni in cui la complessità della domanda del paziente e del suo gruppo familiare tende ad oltrepassare l'ambito del rapporto e della possibilità di intervento di un singolo operatore e richiede una responsabilità di cura gruppale, cioè di una parte allargata dell'*équipe*.
- . Nel momento di "crisi" in senso lato, durante un percorso terapeutico avviato. Può trattarsi di una crisi legata a motivi prevalentemente psicopatologici, oppure ad una difficoltà nella relazione duale, o ad una crisi del paziente e della sua famiglia rispetto all'istituzione. Qualcosa che fino a quel momento si muoveva dentro ad un equilibrio, per vari motivi entra in crisi. E la crisi, per quanto bizzarre possano essere le reazioni dei pazienti, è una

grande occasione di riflessione su come funziona il gruppo dei curanti nel corso della stessa, ma anche più in generale.

Una volta deciso l'inserimento nel gruppo Accoglienza, si stabilisce il tempo e l'intensità di frequenza del nuovo arrivato. In particolare: ci sono pazienti che vengono tutte le mattine, pazienti che vengono tre volte alla settimana. In media il gruppo Accoglienza è formato da cinque/sei pazienti e da due operatori. Non tutti si trattengono per tutta la durata prevista (tre ore), c'è chi non riesce a rimanere per tutto il tempo e chi fa difficoltà a salutare perché si fermerebbe tutto il giorno.

Gli operatori dell'accoglienza chi sono?

Gli operatori presenti sono medici, infermieri, educatori professionali del CSM che hanno scelto di lavorare una mattina alla settimana in accoglienza.

Il fatto che all'interno di un servizio siano presenti più figure professionali è una cosa quasi scontata. Ognuno ha un ruolo preciso da un punto di vista pratico-oggettivo.

In accoglienza, la presenza delle varie figure non ha a che fare con le competenze e con i ruoli specifici rivestiti da ogni singolo operatore.

È una situazione particolare in cui il gruppo curante rappresenta qualcosa di diverso dalla semplice somma dei ruoli e delle competenze del singolo. La costituzione di questo gruppo si basa sulla consapevolezza che all'interno di quello spazio l'operatore è alleggerito del suo ruolo oggettivo. Non si avvale dei supporti terapeutici classici della propria professione: l'infermiere non somministra terapie né per via orale né per via endovenosa e/o intramuscolare, al tempo stesso l'educatore non si preoccupa né di svolgere attività riabilitative prefissate né di inserimenti socio-terapeutici o lavorativi.

Questo implica che talora l'operatore possa sentirsi alleggerito ma possa anche perdersi o fare molta più fatica nel tentativo di accogliere, di volta in volta, le varie sfaccettature emotive cercando di creare un maggior contatto con la soggettività del paziente stesso.

In altri termini, "perché il gruppo possa operare efficacemente, è necessario che possa circolare al suo interno una componente significativa della soggettività degli operatori e che l'operatore accetti l'esperienza – in parte luttuosa, in parte gratificante - di far circolare qualcosa di personale nel gruppo" (Correale, 2006 p.202).

Potremmo paragonare il gruppo dell'accoglienza alla nonna o alle zie che

aiutano una mamma (lo specialista) ad accudire un bimbo appena nato (il paziente e il suo contesto).

Ovvero supporti para-genitoriali in cui, fuor di metafora, l'abituale asimmetria tra curante e paziente e famiglia, viene diluita. C'è bisogno, in queste situazioni, di altre persone che entrano in scena senza discutere l'asse centrale del rapporto terapeutico.

Pensando alla metafora, non certo esaustiva, della nonna e della mamma, si può dire che anche nella coppia mamma/nonna più affiatata possono essere presenti aspetti di non facile elaborazione: la nonna chiamata in causa potrà oscillare, dentro di sé, tra il sentire che la figlia ha avuto un figlio difficile da accudire e il temere l'inadeguatezza della figlia come madre. Per contro la figlia potrebbe pensare ad una madre che la aiuti nell'accudimento del figlio difficile ma talora anche ad una madre a cui lasciare il figlio perché ha da fare altre cose o perché non riesce a tollerare la vicinanza divorante con il figlio.

La relazione "mamma/nonna" inoltre, può essere pensata sia come un allargamento e un distanziamento dello spazio di osservazione, sia come una diluizione della responsabilità. I nonni vedono i nipoti meno da vicino (nel tempo e nello spazio) dei genitori ed inoltre non hanno la responsabilità del processo di crescita, possono quindi occuparsi di più dello star bene nel qui-e-ora del bimbo. Parimenti il singolo curante, può trovarsi con il paziente troppo vicino e può sentirsi troppo preoccupato sia delle manifestazioni sintomatologiche che del decorso della malattia, tanto da assumere una posizione difensiva ed evitante nei confronti delle istanze interne del paziente. Una funzione "nonno/nonna" libera da queste componenti può appunto contattare ed accogliere – dare una possibile pensabilità – agli elementi non strutturati della destrutturazione mentale della malattia psichica grave.

Riportata al rapporto accoglienza/specialista, queste e tante altre situazioni sono sempre fisiologicamente presenti.

Gruppo "accoglienza" e cura

Così l'accoglienza diventa uno spazio dei pazienti e degli operatori che si affianca sia a luoghi differenziati e riconoscibili (ambulatori, medicheria, stanza degli infermieri, degli assistenti sociali, luoghi della riabilitazione) sia a zone più indifferenziate, interstiziali (come i corridoi, la sala di attesa, l'ingresso stesso).

A differenza dell'accoglienza al centro diurno, nell'accoglienza del Centro di Salute Mentale non vengono proposte attività strutturate. È stato difficile e faticoso costruire il "non strutturare" le cosiddette attività.

Ciò è stato possibile attraverso lo spostamento dell'attenzione “dal cosa si fa, al cosa succede o al cosa succede mentre si fa” (Moretti, 2006, p. 21).

Questo punto costituisce senz'altro lo sforzo più grande per gli operatori. E' molto impegnativo il continuo interrogarsi su cosa succede in accoglienza tra pazienti, tra pazienti e operatore, e su cosa è successo nei momenti precedenti alla crisi o al ricovero.

Ogni mattina è diversa, una diversità che qualcuno di noi ha chiamato “approccio giornaliero”. Eventi di storia personale, liti in famiglia o con gli amici, angosce per una malattia di un genitore, problemi con la terapia farmacologia, assenza del terapeuta curante: questi e tanti altri argomenti vengono portati in accoglienza. Si raccolgono, provando a rimmetterli insieme, racconti di vita, eventi traumatici talora mai emersi nella relazione con il curante.

È un luogo fisico ma anche psichico, una camera di decompressione e di ossigenazione, in cui circolano parole, pianti, sorrisi ed affetti. La delicatezza di questo contesto spesso permette una vicinanza e un'intimità che può favorire l'apertura e la possibilità di cogliere aspetti importanti relativi sia della storia della vita personale e familiare del paziente, sia della relazione con il curante e con l'intero servizio. È un momento di osservazione e di partecipazione attiva, nel rispetto dei tempi del paziente, in cui si possono vivere intense emozioni scaturite da racconti o ricordi piacevoli e spiacevoli.

È un luogo di esperienza, un posto del servizio in cui il paziente può provare con molta fatica a riconoscersi incapace di sostenere da solo il proprio disagio o la propria sofferenza e sperimentare molteplici rapporti interpersonali non solo con più operatori ma anche con altri pazienti; frequentemente ci capita di ascoltare indicazioni, osservazioni, che si fanno fra loro i componenti del gruppo.

Si tratta di una osservazione/interazione intensiva, prolungata nel tempo che offre continuità. In questi anni, è capitato spesso che alcuni pazienti, in momenti di subacuzie psicopatologica e/o di crisi abbiano chiesto di essere inseriti in Accoglienza invece di essere inviati in ospedale.

Tutto quello che si osserva, che accade, viene poi discusso, riconsiderato dal gruppo degli operatori nelle riunioni periodiche fra chi si occupa dell'accoglienza. In questi momenti, il gruppo si concede un tempo di pensiero, di comunicazione e di condivisione.

Sono quasi sempre momenti di riflessione di tipo clinico, svincolati dalle riunioni prettamente organizzative, in cui ogni operatore può presentare l'immagine del paziente tratta dall'esperienza che ha avuto con lui.

Cerchiamo, a volte con fatica, di tenere insieme, di collegare le idee che ci vengono in mente, gli affetti, le antipatie, le varie rappresentazioni che ognuno si è fatto nel tentativo di aumentare la comprensione e di costruire un'immagine più complessa ed articolata del paziente stesso (funzione di contenimento nel senso etimologico del termine – tenere insieme –).

Alcune considerazioni

In questi anni abbiamo verificato come il gruppo “Accoglienza” aiuti a decodificare la domanda portata dal paziente grave e dalla sua famiglia. Per sostenere il rapporto con componenti psichiche saturate dall'angoscia, diviene cruciale “sospendere” un pensiero definitivo attraverso – come appunto accennavamo – la diluizione della transferalità centrale, verticale, con un allargamento della transferalità orizzontale, come evidenzia S. Corbella (2003) propria del gruppo e ancora più specifica dell'esperienza descritta (più giorni, più operatori, compito non strutturato, ecc).

La pluralità dei curanti e dei ruoli all'interno dei Centri di Salute Mentale, se declinata all'interno delle funzioni gruppali, permette di diluire e di differenziare gli investimenti emotivi del paziente e di accogliere i vari frammenti emozionali rendendoli più tollerabili attraverso una relazione terapeutica allargata, e permette anche di creare tramite un'elaborazione ed un'integrazione degli stessi, un maggior contatto con la soggettività del paziente.

Questa funzione interrogativa, riflessiva, di attesa partecipe, ci rende più tollerabile il non fare attività prefissate e strutturate all'interno di questo spazio – lo spazio della nostra Accoglienza – in cui l'aspettare diventa una aspettativa di cambiamento.

Bibliografia Boccanegra L., Magrini M., Milella M. (2003), Autocredibilità insatura: l'apporto del gruppo di colleghi all'elaborazione controtransferale dell'analista impegnato con pazienti psicotici. In L.Rinaldi, *Stati caotici della mente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Bromberg P.M (2007) *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the spaces*. Milano: Raffaello Cortina Editore

Corbella S. (2003), *Storie e luoghi del gruppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore

Correale A. (1991), *Il campo istituzionale*. Roma: Borla.

Correale A. (2006), *Area Traumatica e Campo Istituzionale*. Roma: Borla

Foresti G. (2003). Pater semper incertus. Funzioni genitoriali e responsabilità sociali nell'attività clinica e nel lavoro istituzionale. In Cattorini P., Foresti G., *Gli impulsi del Signor S. Psichiatria, psicoterapia ed analisi etica*. Milano: Franco Angeli.

Neri C. (1995), *Gruppo*. Roma: Borla.

Moretti S. (2006), Atti del Convegno *Funzioni dell'Accoglienza e Spazi Interstiziali*, Firenze, Documentazione Asl.

Sassolas M. (2001), *La terapia nelle psicosi*. Roma: Borla.

Sandra Moretti. Psichiatra, Psicoterapeuta, Socio Centro Ricerche Psicoanalitiche Coppia-Famiglia di Firenze.

Email: drina.moretti@gmail.com

Chiara Rocchi. Infermiera Professionale Dipartimento Salute Mentale USL Toscana Centro.

Email: rocchi.chiara@uslcentro.toscana.it

Il Segreto nel Disagio mentale: il giovane adulto tra Famiglia e Gruppo

Angela Maria Spina

Abstract

L'adolescenza rappresenta un importante punto di snodo nella vita dell'individuo e viene vissuta con ansia nella maggior parte delle famiglie in quanto le caratteristiche individuali tendono al cambiamento nell'importante processo di separazione-individuazione. In questa fase le problematiche psicologiche spesso si accentuano così che nelle famiglie si pone l'interrogativo di come aiutare i figli dato che anche i genitori sono disorientati dal cambiamento in atto. Nei soggetti più fragili i vissuti dolorosi dell'infanzia, che non hanno trovato le parole per essere comunicati, trovano spesso espressione nella sintomatologia psichiatrica, che rischia di bloccare il processo evolutivo individuale. Il Gruppo, con la sua capacità elaborativa, rappresenta il contesto più adatto per aiutare l'individuo a recuperare vissuti antichi non elaborati.

Parole chiave: adolescenza, segreto, individuo, famiglia, gruppo

“Una mattina, al risveglio da sonni inquieti Gregor Samsa si trovò trasformato in un enorme insetto. Sdraiato nel letto sulla schiena dura come una corazza, bastava che alzasse un po' la testa per vedersi il ventre convesso, spartito da solchi arcuati; in cima al ventre la coperta, sul punto di scivolare per terra, si reggeva a malapena. Davanti agli occhi gli si agitavano le gambe, molto più numerose di prima, ma di una sottigliezza desolante. “Che cosa mi è capitato?” pensò. Non stava sognando.”

Kafka interpreta così, nella *Metamorfosi*, la trasformazione di Gregor, che, in una notte si trova cambiato in qualcosa di irriconoscibile, di alieno. Il suo corpo è cambiato e lui se ne vergogna. Ha paura di non essere accettato e l'unica strategia che riesce ad escogitare è l'isolamento, rimanendo isolato ed estraniato dalla vita familiare.

Il sentimento di estraniamento è anche il sentimento che accomuna la maggior parte dei genitori di figli che stanno entrando nell'Adolescenza. L'essere dolce e tenero di prima, cui faceva piacere farsi coccolare, diventa un essere antipatico e spigoloso. "Qualcuno mi dica chi è quell'essere strano, dietro quella porta, che ha preso il posto di mio figlio/a"..

La porta..Sì, perché è un elemento essenziale per capire se un ragazzo/a è entrato in questa fase della sua vita. Fino a ieri, non gli importava se stava aperta

o chiusa, anzi la preferiva aperta, oggi la vuole chiusa, e guai a varcare quella soglia senza il suo permesso. Perché non c'è una data precisa in cui si diventa Adolescenti ma la chiusura della porta segna la data fatidica, rappresentando il limite tra il Prima e il Dopo, il Dentro e il Fuori. Inizia la necessità di avere una propria intimità, un proprio spazio segreto.

Dal Vocabolario Garzanti, vediamo che la parola Segreto viene dal Latino *Secernere*, che significa: *Produrre, Fabbricare, Far nascere, Fornire le condizioni ambientali adatte, Dar luogo ad un'opera, Causare, Elaborare, Secernere, Presentare, Prolungare*.

Notiamo che la parola porta con sé il suo doppio e ambiguo significato dato che, da una parte, come termine in sé chiude e nasconde (Segreto = conosciuto da pochi, che va tenuto nascosto, non accessibile, riservato, intimo, appartato) ma come significato originario indica praticamente il contrario, cioè il Far nascere e il Far venir fuori.

E questa ambiguità la ritroviamo in tutta la Fase Adolescenziale, laddove c'è questo continuo gioco di nascondere e di mostrare, come possiamo constatare dall'uso prima del famoso Diario cosiddetto segreto, ma spesso lasciato alla portata dei genitori, e ora delle comunicazioni in rete, accessibili anche ai genitori, comportamenti che sono propri di questo periodo.

Il Gruppo dei Pari diventa il riferimento principale, a patto di omologarsi, e la Famiglia diventa, sia pure apparentemente l'antagonista per eccellenza, perché vista come impedimento all'accesso al mondo adulto, che sembra a portata di mano data la Potenza che gli adolescenti pensano di aver acquisito con lo sviluppo fisico.

Gli esperimenti di Separazione, fatti per dimostrare/dimostrarsi di essere capaci di una Individualità altra rispetto alla Famiglia, sono possibili, in modo sano, se c'è la certezza di una Casa dove ritornare e, soprattutto, di una Coppia Genitoriale capace di permetterli, avendo dato la Sicurezza di Base. In caso contrario, come fa notare Meltzer (1992, pag. 150), si rimane indietro *“nel senso che una incapacità a socializzare la loro ribellione li mette in difficoltà, li taglia fuori, a motivo della loro segretezza, sia dalla vita familiare sia dalla partecipazione al comportamento del gruppo”*.

Sono ragazzi rimasti intrappolati in una specie di labirinto da dove è difficile uscire, vittime spesso di “Segreti”, di cose che non possono essere dette perché troppo terrorizzanti, paure che poi prendono la via dei sintomi del disagio psichico o anche di comportamenti devianti, sotto la spinta di un bisogno difensivo, come la Rimozione. Sono vissuti indigeriti che non hanno potuto essere elaborati per un difetto della capacità genitoriale a supportarli.

Ciò che non può essere detto è come un prigioniero che, oltre a perdere la

propria libertà, tiene impegnati anche quelli che si occupano di lui in un legame perverso che impedisce di usare l'energia vitale in modi più proficui. Sono sentimenti che non trovano parole per essere espressi. Non sempre sono segreti terribili ma, lentamente, ciò che non può essere espresso, come una falda inquinata e inquinante, sconfinata nelle aree circostanti. Sguardi, mezze frasi, piccoli gesti diventano più significativi della comunicazione manifesta.

E' la trasmissione trans generazionale della sofferenza psichica che, in alcune famiglie, fa sì che il bambino si identifichi con fantasie non coscienti, e quindi non riconosciute dei genitori. Come sostiene H.Faimberg (Sta in Kaes,1993) questo tipo di identificazione costituisce un legame tra generazioni ma non può essere elaborato perché non accessibile ad una rappresentazione se non tramite un lavoro psicoterapeutico.

A esplicitazione di quello che ho finora delineato, riferisco un caso clinico.

Antonella arriva al mio ambulatorio a 19 anni. Non è né bella né brutta ma mi colpisce soprattutto per il suo aspetto trascurato, accentuato da un certo sovrappeso e un modo di vestire sciatto e impersonale.

Dice di soffrire di Attacchi di Panico (in realtà si trattava di una forma di Ipocondria che a tratti assumeva aspetti deliranti) da quando aveva 10 anni, per cui era stata seguita prima dalla Neuropsichiatria Infantile della Clinica Universitaria di Careggi per 3 anni e poi dal Servizio di Salute Mentale per l'Infanzia e l'Adolescenza della zona in cui risiedeva.

Il disturbo era iniziato col terrore delle macchie di sangue che aveva visto una volta sul marciapiedi, per cui la madre l'aveva messa in guardia rispetto l'A.I.D.S., così che per un certo periodo non era riuscita neanche ad andare a scuola. Poi aveva avuto paura di mangiare per il pericolo di ferirsi. Era stata costretta a ridimensionare i suoi programmi scolastici, interrompendo praticamente subito dopo l'inizio, la frequentazione della Facoltà scelta, così che ora stava cercando qualche lavoretto provvisorio in attesa di stare meglio. Il primo tentativo fatto era stato subito interrotto dato che le era sembrato un lavoro da handicap.

La sua esistenza è dominata dal terrore delle malattie, cui la madre risponde proponendole analisi mediche, mentre il padre riesce ad ascoltarla e a tranquillizzarla, entro certi limiti. Dice di avere dei buoni amici, suoi ex fidanzati, con cui riesce a parlare dei suoi problemi, e un ragazzo con cui sta da alcuni mesi, che i suoi genitori fanno dormire con lei.

Attualmente il suo disturbo si era riacutizzato dato che era morto da poco, a causa di un tumore, il nonno materno, cui era molto affezionata.

Dopo essermi informata dalla collega dell'UFSMIA che l'aveva vista prima di me e che mi parla di una famiglia materna dominata dalla figura del nonno, dove la nonna, sposatasi molto giovane, era stata una madre poco capace di una funzione materna, propongo ad Antonella di far parte del Gruppo che conduco, dato che ormai aveva già provato altre due psicoterapie individuali.

In occasione del colloquio di restituzione, A. mi dice che è rimasta incinta e che con il suo ragazzo hanno deciso di sposarsi.

Con il suo consenso, data la sua giovane età, facciamo insieme un incontro con i genitori, cui comunico il progetto terapeutico, e in previsione della gravidanza, caldeggio che A. si faccia seguire anche da una collega Psichiatra. Ambedue i genitori si dichiarano collaborativi e la madre mi chiede se voglio fare dei colloqui anche con loro per raccogliere meglio "l'Anamnesi" di A. Rispondo che mi basta quello che mi ha detto la figlia e che, magari, per il futuro, vedremo se sarà il caso che anche loro genitori facciano dei colloqui con un collega.

A dispetto di questa dichiarazione di collaborazione, ricevetti, soprattutto dalla madre di A. una impressione strana, come se rispondesse in modo tecnico a qualcosa di già visto.

Per quanto riguardava i miei prognostici rispetto il Gruppo, anch'io mi sentivo un po' "tecnica", in quanto ritenevo l'indicazione corretta ma di poco probabile successo, data la giovane età di A., minore di quella di tutti gli altri pazienti, e dato l'impegno enorme che la maternità le avrebbe richiesto.

La mia ipotesi si basava, comunque, su quello che afferma Bion a proposito del Sistema Protomentale "*Qualcosa in cui il fisico e lo psicologico si trovano in uno stato indifferenziato*" (Bion, 1961, pag.109). Egli assume che "*non si può capire la sfera degli avvenimenti protomentali riferendosi all'individuo soltanto ed è invece negli individui riuniti in gruppo che si trova il terreno adatto a capire la dinamica dei fenomeni protomentali*" (ibidem, pag. 111).

Il Gruppo con un *setting* settimanale, condotto da me con il supporto di una specializzanda che teneva il verbale, era di recente formazione e di tipo semiaperto, ossia con le ammissioni dei nuovi membri a Settembre e le dimissioni a fine Giugno, come è opportuno fare nel Servizio Pubblico. Esso era costituito da pazienti con Disturbi d'Ansia di una certa importanza e Disturbi di Personalità; l'età media era intorno ai 30/35 anni e tutti avevano una storia di disagio psichico di molti anni.

Antonella si inserisce subito molto bene nel Gruppo, anche se per due anni non parla molto. Diventa la Mascotte del Gruppo. E' sempre presente e quando comincio ad interpellarla, risponde in modo molto attinente, fungendo da "termometro" dell'atmosfera emotiva del Gruppo.

Foulkes (1948) chiama “Risonanza” la capacità dei partecipanti ad un gruppo di cogliere le emozioni e il vissuto degli altri membri. Come fa notare anche Neri(1995), essa implica sempre una certa elaborazione, dato che presuppone la capacità di mettersi nei panni dell’altro, partecipando emotivamente ai suoi vissuti. Permette anche di capire meglio i propri vissuti che si vedono rispecchiati in quelli dell’altro partecipante, che in quel momento riesce, magari, a verbalizzarli meglio, per poi restituirli, a sua volta, in modo più comprensibile, come succede quando si forma in Gruppo una catena associativa dopo la narrazione di un sogno.

Antonella porta avanti una splendida gravidanza, da cui nasce un bimbo che alcune volte porta nel Gruppo, e, poi, subito dopo, una seconda gravidanza, da cui nasce una bimba.

A. continua a colpirmi per il suo aspetto fisico, che non migliora affatto, anzi i cui difetti sembra voler accentuare con improbabili acconciature.

La problematica centrale del Gruppo, che verteva prevalentemente sull’Assunto di Base di Dipendenza, si incentrò dopo un paio di anni sulle difficoltà individuali di trovare una identità abbastanza sicura da consentire una separazione dalle figure genitoriali di riferimento con un rimuginare malinconico, e spesso di autocompiacimento sui vari sintomi, facendomi spesso pensare a ciò che scrive Freud in Lutto e Melanconia.

“All’inizio ebbe luogo una scelta oggettuale, uno svincolamento della libido ad una determinata persona; poi, a causa di una reale mortificazione o di una delusione subita dalla persona amata, questa relazione fu gravemente turbata. L’esito non fu già quello normale, ossia il ritiro da questo oggetto e il suo spostamento su un nuovo oggetto, ma fu diverso e tale da richiedere, a quanto sembra, più condizioni per potersi produrre. L’investimento oggettuale si dimostrò scarsamente resistente e fu sospeso, ma la libido divenuta libera non fu spostata su un altro oggetto, bensì riportata sull’Io. L’ombra dell’oggetto cadde così sull’Io che d’ora in avanti potrà essere giudicato da un’istanza particolare come un oggetto, e precisamente come l’oggetto abbandonato”
(1917-pag. 108)

Antonella, pur nel suo approccio silenzioso, partecipava alla Dinamica di Gruppo in perfetta risonanza emotiva con quel vissuto di lutto e di abbandono, portando il suo essere “il Brutto Anatroccolo” che chiedeva attenzione e cura per poter crescere. Nel frattempo, dopo la nascita della seconda figlia e il riproporsi di alcune crisi molto forti, che avevano fatto sentire suo marito particolarmente incapace di aiutarla, tutta la sua famiglia accettò l’indicazione di entrare in un Gruppo multifamiliare, condotto da un collega, cosa che aiutò la giovane paziente a non sentirsi l’unica responsabile del disagio familiare, condividendo

con il marito e i genitori le problematiche di comunicazione.

Al terzo anno il Gruppo, con l'immissione di due membri con Disturbi dell'area psicotica ha una svolta. Riporto brevemente la composizione del Gruppo e una seduta che mi sembrò molto significativa.

I componenti del Gruppo

Alessandro, 44 anni, celibe, operaio, Disturbo d'Ansia, Personalità infantile;

Antonella, 23 anni, sposata con 2 figli, disoccupata, Ipocondria, dall'infanzia, che diviene delirante nei periodi in cui A. si appresta a fare una qualche separazione;

Cristiana, 31 anni, nubile, diplomata all'Accademia, continua a fare vari corsi, Schizofrenia semplice con episodi di anoressia nervosa;

Eleonora, 29 anni, nubile, studentessa di Psicologia, lavori saltuari come hostess, Disturbo da attacchi di panico;

Giulio, 25 anni, celibe, disoccupato; ha fatto dei corsi di recitazione, Disturbo schizotipico della personalità, seguito fin dall'infanzia per tratti autistici;

Giuliano, 38 anni, sposato, impiegato, Ipocondria;

Giovanni, 42 anni, sposato con due figlie, custode in strutture scolastiche, Disturbo da attacchi di panico, Personalità dipendente, una passata storia di Tossicodipendenza.

Nella seduta precedente, il Gruppo si era avvicinato alla problematica della paura del cambiamento e alla consapevolezza che per fare cambiamenti validi, è necessario avere solide basi. Antonella aveva detto che era molto preoccupata per aver scoperto che, vicino alla sua casa, erano depositate delle lastre di ETERNIT. Giovanni alla fine della seduta aveva fermato Alessandro e Giuliano, facendo notare che tutti sono nel Gruppo per affrontare i loro problemi e non per fare chiacchiere. Cristiana aveva parlato del film "Ovo sodo", ma sul momento non avevo colto che il protagonista trova in qualche modo una figura materna alternativa, che però finisce suicida.

Seduta n.10

Come spesso succede, inizia Alessandro, che parla di un suo disagio (questa volta il freddo).

Giovanni(a Giuliano): L'altra volta ti ho aggredito?

Giuliano lo rassicura.

Eleonora: Mi è sembrata una cosa positiva.

Giovanni: E' che a volte si divaga su argomenti poco attinenti.

Alessandro (a Giuliano): A te come va?

Giuliano: Benino, a parte qualche sega mentale. Sono venuto qui per la paura delle malattie. La mia paura è del tumore. Oggi ho sentito parlare di uno che sta male. Ci ripenso. Ora la cosa è meno aggressiva. Mia madre morì per un tumore alla testa. Mi rattristo.

Alessandro: Io ho degli alti e bassi. Le mie preoccupazioni sono per il lavoro, i soldi, la casa. A volte meglio, a volte peggio.

Giuliano: Al lavoro io mi sento protetto.

Alessandro: Ora che ho deciso di smettere con Ar., è dura ripartire. A volte non sono contento di quello che ho fatto finora

(continuano su questo tono per un po', poi Alessandro introduce un argomento che coinvolge gli altri)

Alessandro: Vi volevo raccontare una cosa. Non so se vi può interessare. Avete seguito il caso di quel ragazzo morto a Roma? Il 1° giorno, dissero che era un ragazzo normale, il 2° giorno che era un drogato, il 3° giorno, che spacciava. In ogni caso, era lecito farlo morire così? Ai telegiornali, continuamente dicono e poi smentiscono.

Giuliano: Volevano fargli dire qualcosa.

Giovanni: Cercano di screditarlo per deresponsabilizzarsi.

Alessandro: Hanno cambiato subito versione.

Giovanni: In un paese civile ci sono dei diritti di base, delle garanzie che dovresti avere comunque.

Giuliano: Il brutto è che ti nascondano le cose.

(continuano soprattutto sull'aspetto scandalistico)

Dico che questa morte tragica ha suscitato nel Gruppo delle profonde emozioni.

C'è un lungo silenzio.

Giovanni: Sento una specie di immedesimazione con questa persona. Il fatto di entrare in un ingranaggio perverso di cui non hai il controllo. Il carcere, ma anche la burocrazia. Può capitare a chiunque di non controllare gli eventi, di non

riuscire a gestire la propria vita.

Dico che mi sembra che in qualche modo il Gruppo sta continuando a discutere su quello che avevamo iniziato a vedere la volta scorsa. Come se si chiedesse: "in che mani siamo?" Poi riprendo quello che aveva detto Cristiana, sulla storia del film.

Cristiana: Sì, la prof. lo aiuta, ci tiene che continui a studiare, che non vada a lavorare. L'avevo citato perché si parlava di politica. In Francia non è come qui, si guarda ai meriti reali, si guarda se sul lavoro vali qualcosa. Anche io sono stata molto toccata dalla morte di quel ragazzo. Ha fatto la fine di Cristo.

Giulio: Un ragazzo è stato aggredito da ragazzi di destra fuori da un locale per gay.

Eleonora: C'è la notizia e poi le varie versioni. Tutto viene messo in forse. Il modo di vedere le cose dipende anche dai nostri pregiudizi. Un evento può sembrare diverso. Ti trovi come a un bivio: devi scegliere. Ho sentito anche un'altra emozione, come un istinto protettivo. Lui urlava e la gente addosso. Ho vissuto quasi la sensazione che lui deve aver provato. Anche io ho avuto persone che mi hanno impedito di urlare. Questa cosa mi ha dato fastidio. Le prigioni a volte ce le creiamo anche noi.

Cristiana: Federico Aldobrandi fu ucciso su di una panchina. Non si può continuare a tenere le persone che fanno queste cose.

Giovanni: A qualcuno faranno comodo. Spesso si comincia da bambini. Hai una immagine di te stesso, ti dicono che sei in quel modo, poi da adulto non ti ritrovi più. Ci si fa ingabbiare da questa visione di se stessi che non è completa. Può essere pericoloso.

Antonella: Vi ascoltavo ma per tutto il tempo ho continuato a pensare all'ETERNITÀ. Ho paura per me ma soprattutto per i miei figli. Non voglio che corrano rischi. Chissà da quanto tempo sono lì.

Eleonora: Certo. Ora che sei madre ti preoccupi anche per i tuoi figli. Il tuo ruolo cambia. E' che spesso ci si ingabbia da soli. A volte questi ruoli ce li cuciamo noi stessi. Per esempio: Ora sto dalla mamma ma ieri sono andata a trovare mio padre. Non mi sentivo la figlia che si lamenta sempre, vittima del babbo stronzo.

Giovanni: Si vede che in questo periodo ti sei ossigenata.

Eleonora: In questo periodo mi ero talmente chiusa. Ora sono riuscita a essere come mi sentivo, senza questa gabbia addosso.

Giovanni: Hai sperimentato altre cose, ti sei vista in altre situazioni. Non c'è solo Eleonora con il suo babbo. Ci si fa condizionare e poi si continua ad andare

avanti su quella strada.

Eleonora: Sono tornata a casa con leggerezza. Una sensazione positiva. Un tassellino per me importantissimo, come se avessi provato a mettermi da un punto di vista diverso. Sono contenta di questa cosa.

Dico che stasera stiamo parlando di punti di vista, di cose che spaventano più o meno, a seconda di come le guardiamo. Mi viene in mente quel brano del Piccolo Principe, dove chiede come gli altri vedano il disegno, e lo dico.

Giovanni: Mi viene in mente la parola “distacco”. Se siamo ancorati ad una situazione, la vediamo sempre uguale, se ci distacciamo, la vediamo da altri punti di vista. Così è quando pensiamo in modo ossessivo alle malattie o quando ci fissiamo a pensare che il rapporto con i genitori o con il partner è stato negativo.

Cristiana: Anche se siamo presi dalle nostre cose, non possiamo distaccarci da quello che succede nel mondo. E' stata una morte gratuita. Certe persone dovrebbero proteggerci.

Antonella: Mi viene in mente un'altra cosa. E' quando cominci a crescere. Io mi ricordo di una estate . Prima dell'estate, mia madre faceva tutto per me, poi, dopo l'estate disse che ero grande e le cose le dovevo fare da me.

Giovanni: Già. Forse stiamo parlando anche delle persone care che ti deludono. Un genitore da cui ti aspetteresti solidarietà e invece ti critica.

Penso ai fantasmi persecutori che questa sera hanno pervaso il Gruppo.

Cerco un filo conduttore.

Dico che stasera il Gruppo si è confrontato con due modi di approcciarsi alla paura: la paura che fa sprofondare, come quella di Leonardo davanti ai tumori e quella che fa indignare e permette di reagire, di attivarsi. Sono “Paura” ambedue, ma provocano due reazioni diverse.

Eleonora: A volte è paralizzante; si ha una paura così forte che uno si rannicchia e non riesci a reagire. Ti schiaccia.

Antonella: Da piccolina mi davano attenzione, ma quando mi sono resa conto che non c'erano solo i miei genitori, mi sono sentita andare alla deriva. Non riesco ad accettare il fatto che tutto può succedere. Mi ricordo anche che la paura del sangue cominciò quando mi vennero le mestruazioni. Forse avevo paura di crescere.

Dopo aver messo a fuoco la sua paura di crescere, Antonella divenne sempre più attiva nel Gruppo e capace di aiutare i nuovi arrivati. Il suo aspetto migliora e

progetta di iscriversi al Corso di Laurea per Infermieri, discutendo nel Gruppo i rischi e i vantaggi, rispetto ai suoi sintomi iniziali, di intraprendere la professione di infermiere.

Verso la fine del suo percorso, durato più di cinque anni, riuscendo finalmente a condividere con noi quello che, per molti anni, aveva costituito per lei un vissuto indicibile, dichiarò: "Sapete, mia madre mi ha detto con molta rabbia che io non le sono mai piaciuta e neanche quello che ho fatto l'ha mai resa contenta." E mentre diceva questa cosa, sembrava quasi poter provare compassione non solo verso se stessa ma anche per la madre, che non era riuscita a gioire, con lei, del loro stare insieme.

L'appartenenza al Gruppo, da cui si era sentita accolta ed apprezzata, le aveva permesso di accedere ed esprimere un pensiero che fino ad allora aveva solo agito attraverso il suo ritiro e il suo lamento ipocondriaco.

Antonella era rimasta prigioniera di una massiccia forma di Identificazione proiettiva, che l'aveva fatta sentire oggetto non amato e non apprezzato, e quindi malato, cui lei aveva risposto proponendosi prima come malata, e quindi bisognosa di cure, e poi come riproduttrice, nel desiderio di accontentare finalmente la madre che, a sua volta, era invischiata in una storia familiare di forte attaccamento al padre e che, come primogenita, aveva poco fruito delle cure e delle attenzioni di una Madre-Bambina.

Secondo Meltzer (*ibidem*, pag.43), *"La parte incapsulata del Sé non emerge facilmente dalla Identificazione proiettiva fino a quando non si sia stabilita una struttura sostanzialmente sana in grado di sostenere lo sforzo della reintegrazione"*.

Il Gruppo, dove Antonella, anche quando era silente, aveva potuto depositare i suoi vissuti come "l'eternità" di difficile smaltimento e "digeribilità", le ha permesso di superare l'intrusività delle sue identificazioni proiettive, rendendola capace di comunicare ciò che probabilmente aveva sempre intuito, senza tuttavia poterlo ammettere.

La mente gruppale, tramite la funzione Gamma, (Corrao-1981) ha funzionato come esperienza correttiva dei vissuti di angoscia che la madre, per un difetto di rêverie, non era stata capace di comprendere e restituire in modo che A. li potesse accettare e superare.

Come scrive Corrente (in *Koinos* nuova serie, 2014), la funzione Gamma consente di elaborare le esperienze negative (-K) trasformandole in K (conoscenza) e accedendo a O, ossia riuscendo a evolversi in qualcosa di diverso rispetto all'inizio dell'esperienza gruppale.

Bibliografia

Ammon G.(1970), *La Dinamica di Gruppo dell'Aggressività*. Astrolabio, Roma, 1973.

Bion W.R.(1961), *Esperienze nei Gruppi*. Armando. Roma, 1980.

Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'Esperienza*. Armando. Roma-1972

Bion W.R.(1977), *Il cambiamento catastrofico*. Loescher-Torino, 1981.

Blos P. (1979), *L'adolescenza come fase di transizione*. Armando, Roma-1988.

Corrao F. (1981), Struttura poliadica e funzione gamma. *Gruppo e funzione analitica II-2*.

Correale A.(2006), *Area traumatica e Campo Istituzionale*. Borla, Roma.

Corrente G.(2014), Funzione polioculare e vitalità psichica. In *Koinos Gruppo e Funzione Analitica II-2*.

Erikson E.H. (1950), *Infanzia e società*. Armando, Roma, 1966.

Fainberg H.(1993), All'ascolto del telescopage delle generazioni:pertinenza psicoanalitica del concetto. In Kaës R. et al. (1993), *La trasmissione della vita psichica tra generazioni*. Borla, Roma, 1995.

Foulkes S.H. (1948), *Analisi terapeutica di gruppo*. Boringhieri, Torino, 1967.

Freud S. (1914) Introduzione al Narcisismo. Vol. 7. Boringhieri, Torino, 1975.

Freud S. (1917) Lutto e Melanconia. Vol.8. Boringhieri, Torino, 1976.

Kaes R. e altri (1993), *La trasmissione della vita psichica tra generazioni*. Borla, Roma, 1995.

Kafka F.(1915), *La Metamorfosi*. Gruppo Albatros, 2007.

Neri C. (1995), *Gruppo*. Borla, Roma.

Meltzer D. (1992), *Claustrum*. Raffaello Cortina, Milano,1993.

Winnicott D.W.(1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, 1970.

Winnicott D.W.(1971), *Gioco e Realtà*. Armando, Roma, 2006.

Angela Maria Spina, Psicologo,Psicoterapeuta individuale e di gruppo, già Psicologo Dirigente presso l'Azienda USL Toscana Centro.

Email: angelamariaspina@virgilio.it

Interviste

Intervista a Giuseppe Saraò

a cura di G. Livio Comin

Premessa

La “matrice” con cui riesco ad intervistarti, è quella dell'esperienza di lavoro che abbiamo a lungo condiviso in un Servizio di Salute Mentale di Comunità.

Come sappiamo questo tipo di Servizio ha una specifica concettualizzazione, una specifica storia e anche una sua letteratura.

Ti propongo, come premessa, un'idea che via via mi sono fatto nel corso dell'esperienza, riguardo al DNA di un Servizio di Salute Mentale di Comunità.

Ho potuto facilmente inserirmi ed operare in questo tipo di Clinica, per il fatto di avere una formazione che presuppone un funzionamento ed una struttura gruppale della mente. Dunque, dal mio “vertice” di esperienza, questo sistema di cura si basa sull'assunto del rapporto fra individuo e gruppo articolato sia in senso geografico che in senso morfologico.

Geografico, nel senso che c'è la regione del gruppo degli operatori, formato dalle varie province professionali (gli psichiatri, gli psicologi, gli infermieri, gli educatori, gli assistenti sociali), che interagisce con la regione del gruppo dei pazienti formato dalle varie province diagnostiche e conseguentemente da tipi di percorsi di cura (psicosi, nevrosi, disturbi di personalità; ospedale, comunità terapeutica, ambulatorio, centri diurni). Queste due regioni interagiscono entrambe con quella dei famigliari da un lato e con quella del sistema sanitario più complessivo e della società dall'altro.

Morfologico, nel senso che la soggettività del paziente – al di là della diagnosi e della trattabilità – nel momento in cui incontra la specificità di un curante, attiva un “campo” bipersonale, che a sua volta attiva un “campo” inizialmente gruppale e successivamente multigruppale.

La complessità di queste interrelazioni necessita di una pensabilità che travalica la mente del singolo, una pensabilità avvicinabile solo da quello che Kaes ha chiamato un “apparato pluripsichico”. Quando questo apparato ha uno sviluppo affettivo ed una storia riconoscibile diventa – e questa è l'idea che mi sono fatto

nel corso dell'esperienza condivisa – una comunità, un Servizio di Salute Mentale di Comunità.

Ed ecco la **prima domanda**.

Faccio riferimento alla tua lunga esperienza di Primario di un Servizio rivolto ad una popolazione di 100.000 abitanti della città di Firenze e provvisto di tutte quelle che tu hai chiamato le “stazioni della cura”: Centro di Salute mentale, Reparto ospedaliero, Comunità terapeutica, Centri diurni, Case famiglia e contemporaneamente faccio riferimento al tuo essere uno psicoanalista.

Come si rapporta la funzione della leadership e quella della comunità dei fratelli, nella tua esperienza e nella tua concettualizzazione? Come interagiscono o confliggono i bisogni narcisistici con quelli affettivi dei membri dell'*équipe*? Che cos'è e come può funzionare la cosiddetta “manutenzione del gruppo di lavoro”?

1 Risposta.

Un servizio di salute mentale è un organismo complesso e fa parte integrante di un sistema di cure; appartiene all'istituzione sanitaria e conseguentemente come elemento di sfondo va considerato il metasetting istituzionale, sempre presente, come un fantasma, nell'operatività di ogni singolo operatore. Articolare i vari scenari terapeutici è un lavoro complesso ma anche appassionante. Non è facile e prevede una continua manutenzione sia nelle varie stazioni di cura (Ospedale, CSM, Centri diurni, Comunità terapeutiche, Residenze assistite, Interventi territoriali...) che dei passaggi che avvengono o non avvengono tra le differenti sedi in cui si effettua la prestazione specialistica. Questo è particolarmente vero per un servizio di salute mentale che opera nella Regione Toscana, dove è previsto da sempre il modello della presa in cura con la continuità terapeutica, a differenza di molte regioni, dove invece il ricovero ospedaliero (SPDC) è gestito da un altro gruppo di lavoro che ha una responsabilità separata rispetto al modello toscano che prevede una direzione che unisce i vari momenti di cura. Ricordiamoci che trattare le patologie gravi (psicosi-bordeline) significa predisporre dei percorsi di cura, che tengano molto conto della difficoltà del paziente e della sua famiglia, e nel tenere insieme aspetti scissi o confusi della mente che si manifestano spesso attraverso i sintomi e i relativi agiti. Gli operatori hanno il compito di riconoscere nel tempo questi materiali preziosi, utilizzando anche gli scarti, i resti, cioè gli elementi relazionali non sufficientemente elaborati, nella direzione di poterli conservare in attesa che il

paziente e la sua famiglia abbiano le capacità di farli propri. Occorre quindi una grande attenzione della leadership a cosa accade nelle varie stazioni, ma soprattutto a cosa transita o meglio non transita tra una stazione e l'altra. Infatti di grande rilevanza sono i sequestri che possono avvenire nel passaggio in cui un operatore, che viene in contatto con il paziente, può fantasticare di aver compreso e che gli altri colleghi siano incapaci di comprendere o insensibili. Spesso si tratta di pazienti che hanno bisogno di vari interventi e che si trovano in trattamento attraverso l'utilizzo del multisetting (più operatori che in diversi contesti si occupano dello stesso paziente). La partita si gioca tra le caratteristiche della leadership, dimensione verticale, intesa come funzione terza che aiuta a separare e la dimensione orizzontale come funzione fondamentale della comunità dei fratelli. La leadership deve permettere che si possa sviluppare e mantenere un tessuto affettivo-cognitivo in cui ci si riconosca come colleghi che hanno provenienze, esperienze e ruoli diversi; il gruppo di lavoro come un luogo in cui il rispetto dell'altro e l'aiuto all'altro in difficoltà rappresentino il pilastro del compito del curare, dello stare sulla stessa barca. La comunità dei fratelli non è un posto facile, non tutti gli operatori si trovano a proprio agio, possono prevalere in maniera difensiva modalità separative o peggio ancora atteggiamenti invidiosi che possono insidiare l'immagine e la cultura del gruppo. La leadership deve stare nei pressi, vigilare ma anche aiutare nei momenti di difficoltà, deve dare l'esempio testimoniando che il compito è sacro e va conservato come la base su cui ognuno si possa riconoscere. Ma non può essere troppo carismatica altrimenti aggredisce il tessuto affettivo del gruppo che è molto delicato e che va continuamente nutrito con attenzione e rispetto nei confronti delle diversità dei singoli operatori. In poche parole il leader deve fare una costante manutenzione, avendo in testa il gruppo come un organismo complesso che ha bisogno di essere pensato per rimanere vivo. Se questo accade nasceranno nel gruppo di lavoro pensieri ed iniziative che aiutano la leadership, un po' come succede in una famiglia in cui le linee generazionali sono abbastanza definite e che possono quindi favorire lo sviluppo di una buona funzione fraterna che nei momenti di difficoltà aiuta o supplisce a carenze della funzione genitoriale.

Fare manutenzione significa garantire *setting* di discussione di materiali clinici, favorendo l'ascolto di chi è in difficoltà, favorire i transiti tra una stazione e l'altra pensando al paziente e al suo contesto, significa coltivare l'idea che all'interno della fratellanza degli operatori vadano favorite le voci dissonanti con la consapevolezza che essere tutti d'accordo non sia un buon segno per la vita del gruppo di lavoro. Infatti il tarlo peggiore per un gruppo di lavoro è che

prevalgano gli aspetti più conformistici che possono nascondere quote importanti di psichismo individuale non utilizzabile per lo svolgimento del compito. Il leader deve poter pensare che tutto quello che luccica non sia oro e tener presente il rischio costante che ci sia un quid narcisistico, che stazioni da qualche parte, che può produrre una intossicazione silenziosa. Il leader deve poter pensare che dentro la nostra mente c'è sempre qualcosa che non conosciamo: Freud diceva che non siamo padroni in casa nostra, nel gruppo tutto questo è amplificato. Il leader deve sempre interrogarsi in maniera solitaria; non sempre ha una risposta chiara su come interagiscono i livelli manifesti con i sottostanti livelli latenti, che sono connaturati alle esperienze gruppali ed umane.

Seconda domanda.

Quale può essere la pertinenza e la pratica dei *setting* individuali? E quali quella dei *setting* gruppali? Che cos'è e come funziona quello che tu hai chiamato il "multisetting"? Quale è la funzione dei così detti "spazi interstiziali" nel processo di cura?

2 Risposta.

E' uno dei temi più difficili, poco trattati e spesso negati. Per definizione un servizio di salute mentale predispone, nei casi difficili, vari *setting* d'intervento. Come si articolano? Chi li pensa e li ripropone al paziente e alla sua famiglia? E durante il percorso, spesso lungo talvolta per tutta la vita del paziente, si fanno delle verifiche a cui partecipano gli attori dell'intervento e quale restituzione si dà di questo? Tutto ciò nella direzione di costruire una buona contrattualità col nostro paziente-famiglia.

Il *setting* grupale è un luogo importante in cui l'intervento singolo converge nell'intervento di gruppo. Bisogna che prevalga la cultura che il paziente non ci appartiene, dobbiamo tenere a bada il nostro narcisismo di operatori che ci può far sentire detentori di qualcosa di prezioso che esclude gli altri colleghi. Nel multisetting è necessario individuare un operatore che abbia in mente, non tanto quello che accade nei *setting*, ma che invece possa usare un grandangolo dell'intero processo di cura, per garantire che esso avvenga alla luce del sole in una dimensione in cui è prevista una temporalità da verificare ed eventualmente rinnovare. Gli operatori devono avere consapevolezza che sono in gioco investimenti transferali imponenti, non sempre piacevoli e che questo fa parte

dello specifico del lavorare in salute mentale: è la piacevolezza ma anche lo stress del nostro lavoro. Inoltre sul versante controtransferale bisogna aiutare gli operatori, impegnati sul caso, a considerare che quello che sentono è materiale psichico prezioso, che consente di dar senso a tanti modi di essere del paziente, che altrimenti rimarrebbero incomprensibili. In poche parole, è fondamentale costruire nel tempo una cultura psicoterapica del servizio in cui il risuonare emotivo degli operatori sia una risorsa che arricchisce il difficile lavoro quotidiano. Predisporre un *setting* allargato, che preveda tutto il servizio, significa costruire uno scenario teatrale in cui i pazienti e le loro famiglie possano mettere in scena i canovacci delle loro storie e non solo della propria malattia; una sorta di drammatizzazione a cui partecipano via via operatori, pazienti e famigliari, in una dimensione comunitaria che accoglie e cura.

Gli spazi interstiziali sono importanti per gli operatori ma anche per i pazienti: si tratta di luoghi in cui si può esprimere tutto quello che non è ufficiale, quello che accade e si deposita nelle pieghe della quotidianità. Ecco allora gli scambi nella sala di attesa o nei corridoi, nella pausa caffè, sulla soglia dell'ambulatorio aspettando l'inizio di una riunione. Si tratta di luoghi dove le persone si sentono libere di potersi esprimere in un gergo confidenziale, dove non ci si impegna troppo come individui che hanno un ruolo e una funzione: luoghi indifferenziati in cui ci sente alla pari. In un servizio in buone condizioni questi spazi non sono intasati o tossici e contribuiscono a restaurare e creare una trofica condizione di familiarità.

Ed ecco la **terza domanda**.

Uno dei tuoi assunti nella pratica clinica è che il nostro datore di lavoro è il paziente.

Quale teoria della mente e quale teoria della cura è pertinente per questa etica di lavoro? E come si colloca tutto ciò nel "campo istituzionale"? E nelle recenti trasformazioni dell'istituzione sanitaria? Ed in quelle socio-politiche del mondo in cui viviamo?

3 Risposta.

Zapparoli diceva che il nostro datore di lavoro è il paziente. Il nostro compito non è quello semplicemente di stare insieme; lo stare insieme nel gruppo di lavoro è finalizzato al compito del curare. I gruppi di lavoro tendono a perdere il compito (come ci hanno evidenziato Pichon Rivière, Bion e Bleger) e il senso

dello stare insieme. La funzione centrale della *leadship* è quella di vigilare e aiutare il gruppo a rimanere sul compito di lavoro. Bleger, scrivendo pagine memorabili sulle istituzioni di cura e sui gruppi istituzionali, ci ricorda che esistono due meccanismi principali con cui il gruppo si sottrae: la stereotipia e l'ambiguità. Modalità attraverso cui il gruppo evita la fatica, ma anche il conflitto che nasce naturalmente nel contesto lavorativo. Il pericolo è il prevalere del conformismo e del pensiero unico. Il coraggio clinico consiste nel poter tradire il mandato istituzionale se si vuole conservare la possibilità di pensare con la propria testa; deve lottare con il mandato conformistico che l'istituzione veicola: ha bisogno cioè di poter tradire per conservare la sua etica professionale orientata alle necessità del paziente. C'è bisogno di coltivare e difendere la propria etica soprattutto nei momenti bui. Così è stato nel periodo della contestazione sui manicomi, da cui è nata la Legge 180. Allora (anni 70-80) se si voleva curare, bisognava scontrarsi con le logiche istituzionali che segregavano in maniera tanto rigida da rendere impossibile la cura.

Oggi siamo in condizioni in cui esistono da tempo i servizi territoriali, e pur con tante difficoltà hanno un posto al sole, fanno parte integrante del sistema sanitario. Ma sappiamo anche che continuamente si riproducono logiche di custodia, nelle strutture intermedie e negli spdc in particolare, ma soprattutto è diventata asfissiante la logica aziendalistica nella quotidianità del lavoro.

L'aziendalismo ha implementato le procedure e le pratiche informatiche che invece di agevolare il lavoro si trasformano sempre di più in tempo da dedicare alle burocrazie e non ai pazienti. Ormai sta prevalendo una pericolosa cultura prestazionale che si misura in numeri di interventi/visite specialistiche, che tende a segmentare le progettualità complesse, esacerbando la prestazione singola rispetto all'intervento gruppale. E' questo un periodo in cui chi opera nelle istituzioni ha bisogno di custodire e testimoniare una valenza etica che viene da lontano, che ha attraversato la psichiatria e che ha prodotto una conoscenza e una pratica diffusa sul territorio con grandissime ricadute positive nella vita dei nostri pazienti. La dimensione etica del proprio lavoro, nel senso che si sta dicendo, si manifesta anche con il diritto a potersi ribellare se le richieste istituzionali sono contrarie alla nostra deontologia professionale. In tale direzione è fondamentale non rimanere isolati, bisogna coltivare, anche nelle situazioni più difficili, la possibilità di ritrovarsi con altri colleghi per condividere i contenuti e le emozioni del lavoro clinico, che deve rimanere sempre al centro dei nostri interessi.

Infine la **quarta ed ultima domanda.**

Cosa resta del gruppo? Cosa si può trasmettere, di generativo, della nostra esperienza di comunità?

4 Risposta.

Non ho una risposta specifica: essere ormai lontano dai servizi non facilita, perché c'è sempre il rischio che prevalga il disincanto, la nostalgia di tempi andati e non ultimo l'età che incalza!

Questo passaggio storico è molto complesso, prevale sempre di più un'onda individualistica che porta a chiudersi e guardare al diverso, quello che viene da un altrove, come un possibile pericolo che insidia le sicurezze della nostra quotidianità. Lavorare per un servizio di comunità è una piccola utopia, che però è l'unica che possa consentire di avvicinare, in maniera moderna, situazioni cliniche difficili che solo un servizio pubblico può affrontare, per ridurre al minimo i processi di cronicità che invece aumentano se la malattia mentale viene brutalmente medicalizzata. Quindi c'è necessità di sviluppare modalità gruppali di intervento e nutrire continuamente una cultura psicoterapica di tutti gli operatori. Anche in situazioni disastrose bisogna fare i gruppi con i pazienti, costruire momenti d'incontro sulla clinica con gli operatori, evitare di rimanere isolati, aggiornarsi in maniera continuativa. Mi viene in mente che in periodi bui, pensiamo al primo medioevo, i monaci benedettini hanno avuto il coraggio e la creatività di stare insieme e tramandare la cultura antica copiando e ricopiando con l'idea che poi sarebbe arrivato un mondo migliore. Avevano una passione di natura mistica, ma anche una speranza da coltivare e tramandare, una curiosità che poi si doveva coniugare anche con il lavoro manuale.

Voglio dire che anche in periodi difficili abbiamo un compito straordinario, quello di testimoniare con il nostro esempio che è possibile amare il proprio lavoro, che possiamo occuparci degli altri in difficoltà senza sentirsi indispensabili, che apparteniamo ad un vasto movimento psicoanalitico che da sempre coltiva la conoscenza e il rispetto verso chi soffre. Tutto questo si situa in un contesto sociale in cui non mancano aree di grande solidarietà: a questo dobbiamo pensare con la speranza che le generazioni successive possano attingere a quanto abbiamo coltivato.

Giuseppe Saraò, Psichiatra, Psicoanalista SPI, già Primario Servizio Salute Mentale di Firenze, Presidente Centro SPI di Firenze, Socio Centro Ricerche Psicoanalitiche Coppia-Famiglia di Firenze (C.R.P. C-F di Firenze)

Email: giuseppe.sarao@gmail.com

Giuseppe Livio Comin, Psicologo, Psicoterapeuta, già Docente di “Psicoterapia di Gruppo” alla Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica della Facoltà di Medicina di Firenze, Presidente C.R.P. C-F di Firenze.

Email: gliviocomin@gmail.com

Intervista a Simonetta Bruni

a cura di *Stefania Marinelli*

Premessa

Il tema al quale ho dedicato molta attenzione nell'ultimo anno fino a farne un libro (di prossima pubblicazione: *Il vertice spazio nel lavoro psicoanalitico*) concerne come sai l'esplorazione della mente adolescente, e di tutte le epoche di vita del cambiamento. Il particolare vertice adottato è stato quello dello spazio: ed è da questo particolare punto di vista che ti rivolgo qualche domanda relativa al tuo lavoro con gli adolescenti e con la loro costruzione del loro spazio di cambiamento.

Specifico qui per comprenderci da subito che intendo lo spazio topologico interno di un individuo, e di un gruppo, come organizzatore delle esperienze e come rappresentazione del loro contenitore. O possiamo dire più semplicemente le dimensioni spazio-temporali che un soggetto elabora per contenere e ordinare l'esperienza psichica, e aiutarla a evolvere.

Il costrutto dal punto di vista teorico è derivato in particolare dall'idea di Bion del gruppo come soggetto o organismo unitario, che produce uno spazio condiviso: esso contiene il processo ma ne è anche contenuto con una relazione reciproca, che può attivare funzioni trasformative.

Sappiamo che il dispositivo plurale a cui mi riferisco ha negli ultimi decenni

incrementato notevolmente il suo campo di esperienza, dato che si sono moltiplicati i piccoli gruppi terapeutici con diversi formati e applicazioni. Questo è avvenuto oltre nell'area privata ma soprattutto nei contesti istituzionali, nei servizi territoriali, di consultazione, residenziali e semiresidenziali.

Proprio perché ho messo in campo l'idea del gruppo, del contenimento reciproco e dello spazio comune, e dunque anche della relazione fra gruppi, immagino a maggior ragione che non sia pensabile parlare nel nostro dialogo di una attività di cura senza riferirsi anche al contesto nel quale essa si svolge.

Ho fatto questa breve premessa ben sapendo dalla mia esperienza quanto sia difficile riflettere in modo sintetico su qualcosa che ha una complessità. E soprattutto come sia difficile riflettere su un lavoro dal quale non possiamo mettere una distanza temporale, perché tuttora è in corso, come la tua attività di psichiatra in un servizio di cura territoriale. Dunque rivolgerti queste domande non è immediato e semplice. Generalmente l'esperienza di individuazione identitaria può meglio realizzarsi *après coup*, nel momento cioè in cui è possibile elaborare un pensiero retrospettivo.

Dunque tu lavori in un servizio per gli adolescenti e le famiglie. Credo che le loro richieste e quelle del mandato sociale che convergono sul tuo lavoro creino una pressione non sempre facile da elaborare. So però anche che le consultazioni che fai e soprattutto i gruppi che conduci nella tua struttura* (DSM RM1) diretta da Giuseppe Ducci, che ha privilegiato per questa fascia di età un lavoro organizzativo basato soprattutto sulla terapia di gruppo, ti hanno portata a formulare utili concezioni che spero di riuscire a ripercorrere nella nostra

Conversazione-Intervista

Domanda 1.

Ti rivolgerò allora due domande: una, più generale sul funzionamento di gruppo con gli adolescenti. L'altra sulla specificità delle condizioni, se ne hai rilevate, che l'attuale generazione adolescente vive. Cioè ti chiedo se sulla base del tuo lavoro ritieni che i mutamenti che hanno modificato il panorama sociale, familiare e individuale, e dunque sanitario delle ultime generazioni, abbia anche introdotto qualcosa specificamente nelle loro culture attuali anche profonde.

Ad esempio, provo a procedere con la *prima domanda*: hai trovato che il gruppo degli adolescenti di oggi abbia una consapevolezza di sé (e dunque del suo ambiente) maggiore che nel passato? Hai riscontrato che vi siano sofferenze

generazionali e familiari, maggiori, minori, o differenti dal passato? Ritieni che i mezzi culturali resi disponibili dalle nuove culture globali abbiano favorito lo sviluppo di una *cognizioni del dolore*, usando un termine letterario della nostra tradizione letteraria, di Carlo Emilio Gadda, e della capacità di tollerarlo/elaborarlo? O pensi al contrario che a causa della aumentata pressione della rivalità e dei nuovi ideali competitivi sia aumentato il timore della *performance*, o addirittura la vergogna della fragilità? Ritieni che l'ambiente familiare e sociale sia diventato complessivamente più preparato e capace di comprensione e di concepire l'esistenza dello spazio interno in modo più adeguato e rispettoso? O che piuttosto sia maggiormente allineato che nel passato con le nuove norme sociali e meno capace di tolleranza e supporto? Secondo te gli adolescenti hanno bisogno di sentirsi più soli? O più compresi e accompagnati, per elaborare il transito identitario e le fasi critiche o perfino la rottura? Secondo te si giovano maggiormente di provare l'esistenza del limite, del confine, o piuttosto dell'essere contenuti, anche affettivamente?

1. Risposta

Rispetto alla mia esperienza presso un servizio che si occupa del disagio psichico in adolescenza, credo di poter dire che innanzi tutto, pur considerando i vissuti di solitudine e raccoglimento che caratterizzano tutti i transiti autentici e importanti e il bisogno di sentirsi soli e protagonisti del cambiamento nei processi di acquisizione identitaria, i ragazzi di adesso si sentono soprattutto molto più profondamente soli rispetto alle generazioni che li hanno preceduti.

Mi è sembrato di osservare un mutamento nelle dinamiche interpersonali del nucleo familiare: e ad esempio che l'investimento affettivo delle madri soprattutto rivolto all'interno della famiglia nei decenni passati, sia andato lentamente spostandosi anche verso il mondo esterno, forse a causa del maggiore coinvolgimento femminile nel mondo del lavoro, o forse anche per le maggiori aspettative di soddisfazione delle donne rispetto alla vita coniugale o sentimentale in generale.

Questo ha probabilmente creato, inaspettatamente, anche incertezze nel gruppo degli uomini rispetto alla propria posizione paterna e alle proprie funzioni di autorevolezza e regolazione, molto più definite nel passato, portandoli spesso a rivestire in famiglia un ruolo marginale, non sufficiente a creare un'adeguata differenziazione generazionale e a sostenere processi separativi.

Credo che i ragazzi si sentano più confusi e spesso isolati, perché poco intimamente accettati e accompagnati nelle loro fragilità e, dunque, più sprovvisti di strumenti e più impreparati a vivere esperienze che contemplino il senso del limite e della realtà, nella loro accezione più evolutiva.

Credo che gli adolescenti abbiano bisogno di entrambe le cose, sia di un adeguato, intimo, contenitivo rifornimento affettivo, che di sperimentare l'esperienza del limite e del confine.

Anche nelle famiglie dei padri, che hanno preceduto le loro, erano diffusi fenomeni di misconoscimento e opacità rispetto alla fragilità e alla sofferenza psichica, e forse anche la sensibilità verso il disagio era minore; ma la famiglia nel suo insieme offriva una maggiore ricchezza di identificazioni affettive; le famiglie erano più numerose, maggiormente e significativamente connesse alla rete familiare allargata, e forse meno sole e isolate, gli stessi condomini funzionavano come gruppi familiari in grado di appoggiare e condividere l'esperienza della gestione dei figli.

Soprattutto c'era maggiore chiarezza e distinzione di ruoli, maggiore differenziazione tra le generazioni e di genere, maggiore sicurezza nella bontà delle proprie funzioni genitoriali sia materne ma soprattutto paterne come la possibilità di confidare, per gli uomini, sulla propria capacità regolativa e normativa del nucleo familiare.

Forse si generavano più figli depressi, e secondo me più in grado di tollerare ed elaborare il dolore, che non confusi, e non in grado di considerare il limite posto dall'alterità; era un valore "comportarsi bene", anche se spesso a scapito dell'autenticità, che non "essere di successo".

L'apparire, il potere, la velocità e il successo adombrano l'autenticità, la fragilità, il rispetto della lentezza, l'intimità affettiva e il dolore dell'integrazione.

Le famiglie sembrano, in effetti, più richiedenti rispetto ad aspettative idealizzate, forse anche per la preoccupazione di non riuscire a mettere i propri figli in grado di corrispondere ai nuovi valori dominanti o di competere con l'accelerazione subita dalle trasformazioni culturali collettive, anche imposte dal rapido sviluppo della tecnologia in tutti i campi.

Penso, ad esempio, che l'alto utilizzo dei mezzi telematici trovi facile possibilità di colonizzare aree intrapsichiche dissociate e di ritiro emotivo, dove spesso prende forma un mondo virtuale parallelo e compensatorio della più frustrante realtà.

Lo spazio e il tempo affettivo interno della crescita sono spesso violati, e declinati rispetto alla necessità di aderire ad un modello sociale competitivo e performante.

Anche il rapporto tra pari è condizionato da una scarsa possibilità di identificazione a valori collettivi e generazionali forti e positivi.

Non ho mai avuto l'impressione che questi ragazzi abbiano potuto concedersi la sensazione di sentirsi la nuova generazione che saprà degnamente sostituire o integrare la cultura della generazione dei padri; ma soprattutto non sentono di poterlo fare insieme.

Domanda 2.

La mia *seconda domanda* riguarda la dinamica di gruppo: il legame di gruppo fra pari crea secondo la tua esperienza un dispositivo utile alla comunicazione dei conflitti e alla elaborazione delle comunanze e differenze? Oppure hai constatato che il luogo ideale per riconoscersi in uno spazio trasformativo sia la cura individuale o altro ambito e dispositivo?

Risposta 2.

Direi che sono andata convincendomi che il gruppo sia, ora più che mai, lo strumento terapeutico privilegiato in adolescenza e nella prima giovinezza; parlo ovviamente di gruppi dedicati, omogenei per questa fascia di età.

Soprattutto quando la vita di un gruppo viene considerata come espressione di una mente unitaria, secondo il vertice teorico Bioniano del gruppo come soggetto, produttore uno spazio condiviso, vengono fortemente facilitati processi di appartenenza, rispecchiamento, legittimazione e soprattutto fortemente amplificate esperienze di fiduciosa condivisione, anche delle fragilità, di cui questi ragazzi hanno fortemente bisogno.

Nel gruppo omogeneo, in questo caso per età, questi processi sono ulteriormente rafforzati, e nel gruppo degli adolescenti in particolare il gruppo è *tout court* un gruppo di pari, a cui gli adolescenti hanno grande necessità di appartenere e che ricercano in ogni modo, e i conduttori appartengono realmente alla generazione dei genitori, con cui sono ancora fortemente ingaggiati nel processo separazione/individuazione.

Questo crea un'esperienza di grande vivezza e interesse perché immediatamente fruibile e maneggiabile, facilita processi di inclusione che permettono di inscenare un dialogo tra stati più o meno differenziati e integrati della mente; la necessità e la possibilità di essere un insieme si articola con la costruzione e il riconoscimento della propria unicità identitaria.

Domanda 3.

Se non ti ho troppo provata con le mie richieste avrei una *terza domanda*, è questa: la famiglia, che spesso si trova all'origine del disturbo psichico, e che spesso non riesce a contenerlo, magari perché ne ha di propri non risolti, è comunque però un referente utile durante il processo di cura? Nel senso di non dovere ritenerla del tutto esclusa dall'informazione e dallo scambio con i terapeuti dell'adolescente in crisi, ma piuttosto da coinvolgere?

Nel ringraziarti per il tuo tempo e attenzione, suggerirei di considerare le domande che ti ho rivolto come riformulabili, scomponibili o da potare e sintetizzare nei termini per te più utili, così da procedere nell'Intervista nel modo più adatto a ricevere le tue riflessioni sul lavoro che conduci e i modelli di pensiero clinico e teorico che hai sviluppato.

Risposta 3.

Per quanto riguarda il coinvolgimento della famiglia, va ricordato che il nostro servizio è rivolto ad utenti dai 14 ai 25 anni, ma che si occupa anche di offrire un supporto alla genitorialità, attraverso gruppi o incontri di coppia, di cui si occupano colleghi differenti dal terapeuta del ragazzo.

In caso di gravità, però, è possibile che lo stesso terapeuta faccia incontri combinati con la famiglia. Spesso non è possibile curare il ragazzo senza che la famiglia si senta accolta, e che soprattutto le madri non siano riconosciute e incluse nel processo di cura, ma anche perché una buona alleanza con la famiglia permette di creare un contenimento maggiore degli agiti sintomatologici più gravi.

Ovviamente questo è molto delicato perché il terapeuta deve sempre poter mantenere e proteggere un'area di privacy e di segreto della relazione con lui, funzionale al processo separativo.

Per quanto mi riguarda, nei primi incontri, includo quasi sempre un colloquio

con i genitori sia per osservare i legami della famiglia nel suo insieme e con il ragazzo in particolare, sia per acquisire informazioni sulla storia familiare o dei primi periodi di vita del giovane paziente, in una fase che può ancora non disturbare la privacy del rapporto terapeutico.

Vorrei però concludere sottolineando che la mia è una lettura fatta all'interno di un osservatorio già selezionato in partenza, cioè all'interno di un contesto di cura a cui ci si rivolge per un disagio.

Ed inoltre, che la mobilitazione di risorse e la risposta alle cure in un adolescente è molto più veloce, più fresca e riparativa rispetto al percorso di un adulto.

Che in età evolutiva si possa più facilmente, veramente “guarire” è noto a tutti, ma vivere questa straordinaria capacità di movimento evolutivo dall'interno di una terapia è addirittura affascinante, perché è fatta di continue sorprese che non finiscono di stupire.

Ringrazio dunque i miei giovani pazienti per quanto mi hanno insegnato, che è tantissimo, e per questa avventura umana che ho condiviso con loro, e che resterà in me come parte di un ricchissimo patrimonio affettivo e professionale.

Simonetta Bruni è Dirigente Medico Psichiatra e Responsabile della “Attività di Gruppo” presso la *UOC PIP SM DSM RM1 (Unità Operativa Complessa Prevenzione e Interventi Precoci, Dipartimento Salute Mentale ASL RM1), e (già) coordinatrice dell'attività di “Psichiatria di Consultazione” presso SPDC DSM RM E dell'Ospedale San Filippo Neri di Roma. Dal 2016 ricopre la carica di Tesoriere dell'associazione per la ricerca sui gruppi omogenei (Argo) di cui è tra i soci fondatori.

Email: bruni.simonetta@tin.it

Stefania Marinelli è psicoanalista di gruppo (IIPG) e (già) professore associato di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Medicina e Psicologia della Sapienza di Roma. E' direttore con Silvia Corbella di questa rivista; redattore e (già) direttore della rivista *Funzione Gamma*, che studia la psicologia dei gruppi.

Email: stefaniamarinelli2014@gmail.com

Sezione approfondimenti culturali

Qui rimandiamo alla sezione Testi in lingua originale, in home page, per il **contributo di Denis Mellier**, autore francese di spessore internazionale, in lingua madre, ***Notes sur le grupalité psychique et son apport à la pratique clinique.***

In questo scritto l'autore francese introduce una approfondita analisi della letteratura psicoanalitica finalizzata ad evidenziare il concetto di mente gruppale. Prosegue con un elenco delle funzioni della gruppalità che consentono il lavoro psicoanalitico sulla psiche. Specifica la qualità del lavoro gruppale in riferimento alla possibilità per l'individuo di elaborare le proprie parti simbiotiche. Si sofferma infine ad analizzare il gruppo psicoterapeutico ed il gruppo di supervisione.

Seguono sei recensioni di libri recenti che interessano i temi dell'edizione e della Rivista, proposte da: Adelina Detcheva, Alessio Ciardi, Susanna Piermattei, Vittoria Rotunno, Daniela La Porta, Silvia Del Buono.

Recensioni a cura di:

Adelina Detcheva su *Transiti corpo-mente* di Carla De Toffoli, a cura di Basilio Bonfiglio, Franco Angeli, Milano

Alessio Ciardi su *Paesaggi del trauma* di Di Matteo Giancotti, Bompiani, Milano

Susanna Piermattei su *Simbiosi/Fusionalità e costruzione della soggettività*, di Basilio Bonfiglio, Franco Angeli, Milano

Vittoria Rotunno su *Essere in gruppo: Modelli e interventi*, a cura di Fiore Bello e Lucia Tombolini, FrancoAngeli, Roma

Daniela La Porta su *Anoressie: patologie del sé corporeo*, a cura di A. Ciocca, F. Dazzi, S. Marinelli, Franco Angeli, Milano

Silvia Del Buono su *Le nuove sfide della psicoanalisi* a cura di Alessandro Raggi e Maria Cristina Butti, OM Edizioni, Firenze

Recensioni

“Transiti corpo-mente” di **Carla De Toffoli**. A cura di **Basilio Bonfiglio**
FrancoAngeli, Milano

Recensione di **Adelina Detcheva**

Transiti corpo-mente è una delle raccolte di saggi più bella nell’ultimo decennio sulla scena psicoanalitica; espone sicuramente un pensiero unico nel suo genere, coraggioso nell’esposizione, originale nella forma, rivoluzionario nel contenuto.

Si dialoga in un insieme polifonico di voci provenienti da vertici diversi: il corpo parla con la mente, il campo analitico con la diade analista-analizzando, la psicoanalisi si rivolge alla psicosomatica, la neurobiologia evoluzionistica si interfaccia con la fisica quantistica, il racconto di un lama tibetano incontra la poesia di Pessoa. In uno spazio di sapere che si espande, Carla De Toffoli mette a fuoco le sfumature voluminose della sofferenza in clinica. L’entità del dolore passa per il corpo dell’analista, attraversando via via l’ombelico del transfert, connettendosi infine (e solo infine) alla mente dell’analista. La sofferenza transita nello spazio del *setting*, nell’interstizio tra corpo e mente, tra “io e tu”, dove “O” diviene “K” per poi ritornare “O”: l’analista diviene il “testimone dell’unità psichesoma di sé e del paziente”, realizzando che l’esperienza della psicoanalisi è l’esperienza di “essere uno” nella profondità degli abissi “ove per poco il cor non si spaura”.

La raccolta contiene 23 saggi di Carla De Toffoli che seguono l’ordine cronologico di stesura, dal 1984 al 2008. Il lettore segue pertanto lo sviluppo del pensiero dell’autrice, le sue esplorazioni psicoanalitiche. L’oggetto di ricerca, elemento comune a tutti i saggi, è la sua esperienza clinica. Essa dona la concretezza necessaria all’approfondimento della relazione diade analista-analizzando. Dotata dalla brillante competenza di entrare in contatto immediato con le angosce più profonde dei suoi analizandi, Carla rimanda al lettore la struttura del suo dispositivo analitico di cura: la diade è contenuta nel campo bipersonale; è un’unità psicosomatica; essa utilizza modalità di comunicazione arcaiche, circumnavigando la coscienza. Accadono sottili trasformazioni che portano a vivere l’analisi, a farne esperienza nell’utero analitico, in due, ciascuno con la mente e il corpo; arrivato il momento di nascere psicologicamente, il processo analitico porta il paziente ad imparare a divenire, a sognare, a dar

sensu alle cose. Ed è così che chi impara ad “essere” abbraccia la conoscenza (di sé, dell’altro e dell’universo) per aprirsi all’ignoto, tollerarne l’esistenza, imparando ad esserne curioso: “In quest’epoca di sofisticate, costose ed a volte schiaccianti attrezzature tecniche, può essere utile e meraviglioso assieme, ricordare che due menti al lavoro, senza nessun altro strumento che la scienza e l’arte del metodo psicoanalitico, possono esplorare, costruire e trasformare dei mondi” (p. 197).

Adelina Detcheva è psicologa ed è specializzanda presso la Scuola di Psicologia Clinica della Sapienza Università di Roma; è consulente in ambito privato e collabora con il Consultorio Familiare di San Basilio (ASL RM2).

Email: adelina.detcheva@gmail.com

Paesaggi del trauma

Di *Matteo Giancotti*
Bompiani, Milano

Recensione di **Alessio Ciardi**

Guardo l’orizzonte
che si vaiola di crateri
Il mio cuore vuole illuminarsi
come questa notte
almeno di zampilli di razzi.

Io reggo il mio cuore
che s’incaverna
e schianta e rintrona
come un proiettile
nella pianura
ma non mi lascia nell’aria
almeno la serica striscia d’un volo.

Perché?

G. Ungaretti, *Il Porto Sepolto*, 1916

Perché? di Ungaretti è uno dei numerosi testi analizzati da Matteo Giancotti,

ricercatore e docente in letteratura del Novecento, in *Paesaggi del trauma*. Il volume, già nel titolo, sottolinea l'oscillazione tra paesaggio e trauma.

L'Autore si inoltra in diari, memorie, poesie e prose di scrittori, letterati e soldati che non restando immuni allo sconvolgimento degli eventi di guerra, e spesso avendone subito l'impatto traumatico «seppero, anche attraverso la riflessione sulle forme del paesaggio di guerra, trovare il modo di reagire al trauma, per non soccombere» (p. 76).

Nella prima parte Giancotti indaga gli scritti di molti testimoni degli orrori della Grande guerra, tra questi Serra, Lussu, D'Annunzio, Sabarbaro, Comisso e molti altri. Il paesaggio contaminato dalla violenza è una costante, dalle trincee alla prima linea, dalle montagne dolomitiche alla "petraia" del Carso, da Caporetto a Vittorio Veneto. Gadda ad esempio, impiegato sull'altopiano di Asiago, osserva come la bellezza della storia naturale produca un enorme contrasto con il fenomeno contro natura della guerra.

La seconda parte del volume è occupata degli scritti sulla resistenza di autori come Calvino, Caproni, Meneghello e Fenoglio. La resistenza introduce un ennesimo cortocircuito nella storia traumatica, quello della guerra civile. Nel Pavese della Casa in collina, la spirale narrativa converge nel perturbante archetipo del sangue fraterno versato.

Il trauma, rintracciabile nei lavori analizzati da Giancotti, stravolge le difese della coscienza e perturba gli equilibri di persone e di intere comunità, lasciando il segno indelebile nei luoghi. A cento anni dalla conclusione del primo conflitto mondiale, colpisce ancora come partendo dalla descrizione del paesaggio e dal contrasto tra ciò che era e ciò che non sarà più, tra natura e tecnologia, tra umano e disumano, le guerre abbiano in qualche modo frantumato l'esperienza individuale e collettiva.

Giancotti esplora, attraverso i riferimenti letterari, come l'esperienza violenta disgreghi le dimensioni spazio-temporali, incidendo sulla memoria. L'episodio traumatico produce un perturbamento nelle relazioni tra luogo, visione, memoria e sentimento. Sergio Solmi, "ragazzo del '99", reduce del Grappa e del Piave, in *Pagine sulla guerra*, racconta di come in viaggio con la moglie, avesse provato il desiderio di rivedere i luoghi dei combattimenti. Scrive sul funzionamento psichico: «Penso che la memoria consista in un andare a ritroso nella storia del proprio corpo, dal presente al passato, dalla sua posizione attuale alla più lontana nello spazio e nel tempo», il corpo allora comincia a parlare e "tiene il conto" (van der Kolk, 1994). Ritrovandosi sui luoghi della battaglia,

Solmi scrive: «mi veniva fatto di ritirare bruscamente la testa tra le spalle, come quando, inevitabilmente, ci si accorgeva di trovarsi “allo scoperto”» (p.63). Ci sono tracce, seppellite nella pelle e nel terreno, che si riattivano al contatto.

Ulteriori spunti di riflessione giungono dalla guerra partigiana che recupera la natura come rifugio e non solo come evocazione traumatica. La natura sperimentata, posseduta, ingigantita nell'esperienza partigiana e nella letteratura che ne nasce, si trasforma anche in un luogo che accoglie, nasconde, ripara, non più soltanto nel buio fangoso e infinito delle trincee. Il paesaggio come proiezione dello spazio psichico interno.

Le conoscenze teoriche e tecniche della psicoanalisi devono molto ad altre discipline, in particolare a tutti quei lavori che esplorano la dimensione umana, e inevitabilmente la letteratura conserva un primato. Per questo motivo è interessante farsi condurre da Giancotti nelle esperienze narrate dagli scrittori, nelle diverse forme, dal diario alla cronaca, dal romanzo alla poesia.

L'Autore però ci ricorda che tale è stato l'impatto dei conflitti sulla natura umana da modificare le forme di rappresentazione e quindi anche le forme di espressione letteraria. Ci ricorda come Walter Benjamin scrivendo «non si era visto, alla fine della guerra, che la gente tornava dal fronte ammutolita, non più ricca, ma più povera di esperienza comunicabile?» immaginava addirittura che il massacro di un'intera generazione preludesse al tramonto della possibilità di narrare.

I testi letterari forzano le tracce del trauma e le difese conseguenti ad esso, che lavorano su un registro di irrepresentabilità. Le possibilità narrative permettono ad un paesaggio (esterno e interno) di esistere, svolgendo in alcuni casi un ruolo catartico, in altri uno curativo, in altri ancora di testimonianza e condivisione. Giancotti commentando le vicende di una giovanissima staffetta partigiana del racconto di Calvino *Paura del sentiero*, commenta: «l'unica garanzia di tenuta psichica in questo scenario fluido è la continuità della sua storia biografica» (p.143).

Giancotti mette in comunicazione i testi della Grande Guerra con quelli del secondo conflitto, per concludere questo viaggio nei paesaggi del trauma in ex Jugoslavia, attraverso vicende narrate da Mathias Énard in *Zona*. Il rapporto tra trauma, paesaggio e memoria, cortocircuita. La storia, i confini e i luoghi sono stratificazioni dei traumi collettivi del passato. Le immagini di violenza vengono proiettate sullo scenario della storia europea in una contemporaneità di presente e passato.

Come non pensare, leggendo questo libro, ai lavori freudiani (Al di là del principio di piacere, Psicologia delle masse e analisi dell'Io), a quelli di Ferenczi, all'autobiografia di Bion e all'importanza della sua esperienza di carrista nel primo conflitto mondiale e di ufficiale medico nel secondo, oppure ai lavori di Abraham e Torok? Le guerre, le testimonianze e i traumi hanno condizionato, e continuano a farlo, la storia contemporanea, e di conseguenza anche le riflessioni in psicoanalisi.

Risuona la domanda di Einstein e Freud. Perché la guerra? E di nuovo la domanda di Ungaretti, *Perché?*

Alessio Ciardi. Psicologo e Psicoterapeuta, Socio e Segretario Scientifico Associazione Fiorentina Psicoterapia Psicoanalitica, Socio Centro Ricerche Psicoanalitiche Coppia-Famiglia di Firenze.
Email: alessiociardi27@gmail.com

Simbiosi/Fusionalità e costruzione della soggettività

Di **Basilio Bonfiglio**

FrancoAngeli, Milano

Recensione di **Susanna Piermattei**

Riuscire a descrivere l'atmosfera in cui questo testo immerge e, quasi, fa fluttuare il lettore, non è facile ma è tuttavia fondamentale in quanto soprattutto di atmosfera si tratta in questo libro. L'autore infatti, più che riportare una concettualizzazione teorica, offre un'esperienza quasi sensoriale che permette di entrare nella stanza d'analisi, nel rapporto tra analista e analizzando riempiendo le pagine, e le menti di chi legge, di fantasie, sensazioni e associazioni.

Il presupposto teorico fondamentale, che permea l'intero scritto, è una visione in cui i confini dell'inconscio individuale non sono così ben definiti e non corrispondono nettamente a quelli corporei ma invece si "muovono" nella relazione, in un campo multidimensionale. Un "livello transferale continuo" che

fa sì che l'inconscio si espliciti sempre, oltre che all'interno della propria soggettività, anche in uno spazio più ampio, quello della relazione, in una "soggettività non incarnata in un corpo fisico", citando Carla De Toffoli, a cui l'autore spesso si riferisce.

A partire da questa visione, Bonfiglio descrive un approccio analitico toccante per la sua capacità di vicinanza con il paziente, di condivisione sincera e non giudicante sia dei suoi dolori e dei suoi limiti che delle sue quote creative e costruttive. Tutto ciò che l'analizzando porta viene infatti considerato come il tentativo continuo di costruire la migliore relazione possibile, così che anche funzionamenti patologici possono essere visti come tentativi estremi di comunicare, di trovare una connessione e di costruirsi uno spazio in cui sentirsi al sicuro.

Con l'inizio dell'analisi, l'analista si cala in una relazione simbiotica/fusionale con l'analizzando, accettando di perdere parte della propria esistenza indipendente e ponendosi in una modalità di presenza fantasmatica, in cui limitarsi ad essere presente silenziosamente, con immaginazione, affettività e pensiero. L'analista quindi, soprattutto in un primo momento, in cui l'elaborazione simbolica ancora non è possibile, si affida all'analizzando e alla relazione che insieme instaurano, osserva ciò che il paziente porta all'interno della stanza d'analisi e il percorso che propone di seguire per diventare ciò che egli è.

Il compito dell'analista è quindi quello di rinunciare, tollerando la conseguente dose di frustrazione, ad una presenza fatta soprattutto di interpretazioni o elaborazioni cognitive affrettate, che risulterebbe invadente ed opprimente, a favore di una modalità contenitiva, in cui perdere parte della propria possibilità di intervenire ma, piuttosto, farsi come "un'ombra", seguendo l'analizzando e accettando quindi di restare nell'incertezza del non sapere, dell'attesa.

In pieno stile "winnicottiano", lo scopo è quindi quello di creare e tutelare le condizioni ottimali per permettere all'analizzando di riprendere i suoi percorsi di sviluppo, che si erano arrestati molto tempo prima ma, comunque, erano rimasti lì, in attesa di essere trovati. Permettere, con la presenza contenitiva e rassicurante che offre il *setting* analitico, altro argomento molto caro all'autore, di esperire quei primi "brandelli di esperienze" che rendono al paziente una percezione di continuità nel senso di sé e di connessione vera e profonda con se stesso e che solo in un momento successivo verranno integrate in conoscenze e capacità nuove.

Il lavoro analitico è infatti concentrato sulla costruzione e ridefinizione della soggettività dell'analizzando, così che questo possa riconoscersi in una maniera più globale ed autentica.

Questo percorso, piuttosto che basarsi su *insights* cognitivi, si fa forte della lenta interiorizzazione, da parte dell'analizzando, della situazione analitica e della presenza dell'analista. Questi fattori agiscono inizialmente di nascosto, un'esistenza terza non è ancora tollerabile e quindi ciò che l'analista fa viene, dall'analizzando, ricondotto ad una propria capacità, piuttosto che ad un contributo esterno, proprio come il neonato considera sue le azioni della mamma.

Col passare del tempo però, si avvia una graduale uscita dalla relazione simbiotica, l'esistenza dell'analista inizia a venir percepita, non senza angoscia, e nuove capacità emergono nell'analizzando, accompagnante da un vissuto di estraniamento ma anche di forte emozione e felicità.

Una visione quindi, prettamente "winnicottiana" ma comunque anche squisitamente originale e innovativa, in cui l'analista e l'analizzando vanno insieme alla scoperta di ciò che fino ad allora era solo potenziale, ma comunque presente, nella personalità del paziente.

Bonfiglio guida il lettore, introducendolo nel suo ricco percorso lavorativo ma anche e soprattutto personale, costellato di vignette cliniche e successive elaborazioni che rendono in maniera vivida il suo pensiero analitico, presente non solo nel lavoro ma anche nella quotidianità dell'analista.

Nella scrittura l'autore si mantiene a quel livello fusionale che vuole descrivere nelle sedute e, come nel suo ruolo di analista, evita di saturare le pagine di interpretazioni ed elaborazioni cognitive ma, piuttosto, costruisce un percorso nelle sensazioni della fusionalità.

Inoltre, l'autore propone un viaggio nella storia della psicoanalisi, mostrandoci il cammino che l'intera disciplina ha sviluppato, a partire dalle origini con il primo Freud, alle prese con la costruzione di un ambiente e di una relazione contenitiva con Emmy bla bla, fino alle successive rielaborazioni della Klein ma soprattutto di Winnicott e Fairbairn.

E' a tratti entusiasmante vedere come concetti antichi, formulati molto prima della visione diadica madre-bambino, possano essere riletti alla luce del concetto di fusionalità, scoprendogli significati nuovi ed arricchenti.

Susanna Piermattei è psicologa, in Training presso la scuola di psicoterapia psicoanalitica del bambino, dell'adolescente e della coppia "Istituto Winnicott" e tirocinante presso "il Melograno, centro informazione maternità e nascita".

Email: susannapiermattei@gmail.com

Essere in gruppo. Modelli e interventi

A cura di *Fiore Bello e Lucia Tombolini*

Franco Angeli, Milano, 2018

Recensione di Vittoria Rotunno

Questo libro raccoglie in modo organico ed originale diversi e differenti contributi di autori stranieri ed italiani che riflettono sui gruppi di lavoro e sulle psicoterapie di gruppo nei contesti istituzionali. Il prodotto finale risulta gradevole ed interessante non solo per gli studenti, ma anche per quei professionisti che, pur non avendo una formazione gruppale di base, siano curiosi di avvicinarsi a tale dimensione. Gli autori non si limitano ad elencare la propria esperienza clinica e a declinarne le afferenze teoriche, ma costruiscono una narrazione intensa e genuina, testimone dell'entusiasmo che pongono nel loro lavoro. Per coloro che operano nei servizi alla persona, per chi interagisce ogni giorno con colleghi, pazienti, famiglie ed istituzioni, questo libro può essere molto utile perché dischiude nuove prospettive e sollecita riflessioni sul proprio operato professionale. In un momento di forte crisi dei servizi pubblici e di dominio del pensiero unico e di quello a matrice biologica, mi sembra che un libro del genere rilanci con forza ed onestà intellettuale non solo il pensiero e l'azione psicologica ma anche la logica dell'inclusività (sia dei saperi sia dei presidi terapeutici).

I capitoli dedicati alla supervisione clinica ed all'interazione tra soggetti curanti e soggetti che ricevono le cure affrontano intelligentemente il problema del campo istituzionale; in questo spazio fisico e mentale (e nelle sue molteplici rappresentazioni individuali e collettive) nascono e si sviluppano fantasie e relazioni, prendono corpo dinamiche conscie ed inconscie che possono condizionare notevolmente gli operatori e i progetti di cura se non trovano un tempo/spazio adeguato per essere riconosciute, analizzate e ripensate. In queste riflessioni, l'istituzione e i suoi impianti di regole e procedure vengono considerati parti integranti del processo di supervisione. La presentazione di diversi modelli di intervento gruppale converge nel concetto centrale secondo il quale la sofferenza psichica possa essere lenita e trasformata non solo dalle tecniche psicologiche (e dai farmaci), ma anche dalla fluidità del pensiero clinico e dalla flessibilità dei vari soggetti che compongono i complessi quadri istituzionali. A questo punto il gruppo (terapeutico, riabilitativo o

multifamiliare) assume le caratteristiche di un posto sicuro dove sperimentare una diversa condizione di essere.

Ho apprezzato anche la riflessione sul gruppo multifamiliare inteso come *large group* che contiene, sostiene e mette a confronto tutti quei soggetti che in altri contesti sarebbero separati o costretti a vivere in solitudine la propria sofferenza: persone con gravi disturbi psichici, famiglie, operatori e reti curanti.

Ritengo molto coraggioso e stimolante l'inclusione di un capitolo dedicato alla cura grupppale di persone che hanno commesso reati sessuali; esso fornisce un'accurata descrizione delle dinamiche grupppali e delle modalità di messa in atto della psicopatologia individuale che fortunatamente può trovare nella psicoterapia psicoanalitica di gruppo un luogo di cura e di cambiamento.

Il capitolo dedicato al modello del cognitivismo evoluzionista propone una lettura delle dinamiche grupppali alla luce delle conoscenze sul sistema motivazionale cooperativo e dell'attaccamento e, così come quasi tutti gli altri capitoli, è arricchito da esempi clinici originali che, secondo me, rappresentano uno dei punti di forza di questo testo.

Ammirevole ed interessante anche lo spazio dedicato al resoconto clinico nella psicoterapia di gruppo perché credo che, nonostante la fatica che richieda la narrazione scritta di un complesso processo intersoggettivo, esso rappresenti un insostituibile strumento di riflessione e di ri-significazione dell'esperienza clinica e terapeutica, oltre che un valido strumento di formazione.

Infine, raccomando di leggere attentamente le due belle interviste a Hinshelwood e a Corbella perché, pur affrontando in modo apparentemente semplice alcuni dei complessi problemi insiti nell'esercizio della psicoterapia di gruppo nelle istituzioni, nelle parole dei due autori è possibile rintracciare risposte davvero magistrali.

Vittoria Rotunno è psicologa e psicoterapeuta

Email: vittoria.rotunno@aslroma2.it

Anoressie: patologie del sé corporeo,

a cura di **A.Ciocca, F.Dazzi, S.Marinelli**

FrancoAngeli, Milano

Note sul testo

di **Daniela La Porta**

Il testo affronta il tema delle patologie del sé corporeo secondo molteplici punti di vista, che consentono un inquadramento complessivo dei disturbi alimentari come disturbi

che, contrariamente a quanto suggerisce il nome con cui sono maggiormente noti (disturbi del comportamento alimentare), coinvolgono l'intera personalità e non solo la condotta alimentare o solo difficoltà legate all'immagine estetica o sessuale.

Nel testo in quattro distinte parti vengono trattati aspetti inerenti la psicopatologia, la clinica, l'approccio terapeutico e infine le nuove prospettive della ricerca aperte dalle tecnologie che stanno rivoluzionando il campo delle neuroscienze.

Il disagio anoressico-bulimico è innanzitutto una patologia del sé: si tratta della conseguenza di un andamento disarmonico nel processo di acquisizione dell'identità del soggetto, la cui origine va rintracciata in una assenza della figura primaria di attaccamento nei primi momenti di vita. Come ci fa osservare la Ginzburg nel capitolo dedicato alla *separazione fra fisicità e corporeità nella relazione disarmonica corporemente*, è necessario che la madre non si offra narcisisticamente al bambino come un oggetto che assorbe tutta la sua attenzione, ma che sia in grado di aiutare il bambino a riconoscere la realtà fenomenica che si propone alla sua mente, di impedirgli la sopraffazione delle sensazioni, di consentire l'instaurarsi di un dialogo mente-corpo e in definitiva di sperimentare il senso di identità e il senso di appartenenza a se stesso.

I disturbi dell'alimentazione sono contraddistinti da una *dissociazione psicosomatica* di cui ci parla Di Cioccio ed anche D'Onofrio e Zavattini: gli autori ci parlano dell'impossibilità per l'anoressico-bulimico di sentirsi dentro al proprio corpo e di una scissione fra gli aspetti fisici e psichici dell'esperienza della persona: il corpo diventa un insieme di sensazioni persecutorie e la mente perde il contatto con la realtà e con gli altri, proprio in quanto, non riconoscendo il corpo, non può fare esperienza dell'io di fronte ai suoi bisogni.

Fermo restando che le patologie anoressica e bulimica presentano caratteristiche sintomatologiche e cliniche differenti, il punto di vista che ci è offerto nel testo è quello di guardare a tali patologie negli aspetti che le accomunano in termini di origine patogenetica, di organizzazione psichica e di approccio terapeutico.

Le persone anoressiche, quanto quelle bulimiche, fanno esperienza del *rifiuto*. Di questo aspetto comune, nella diversità delle patologie ci parla la Marinelli nel capitolo *Pantagruel: alcune differenze nel ragionamento clinico a proposito delle personalità anoressiche e bulimiche*. Le prime rifiutano le sensazioni corporee e i desideri: aspirano a liberarsi dal corpo e anelano al raggiungimento della purezza in termini di assenza di bisogni, di assenza di limiti e di svuotamento. Inoltre, essendo il corpo il tramite della realtà, attraverso il controllo mentale del corpo, le anoressiche si illudono di controllare la realtà. Da un lato si osserva quindi la presenza di un sé onnipotente e perfezionistico, dall'altro di un sé onnipotente e controllante, entrambi vissuti come estrema forma di difesa dall'angoscia e dall'atroce conflitto sottostante.

Le persone bulimiche se, diversamente da quelle anoressiche, non hanno mai ammesso di vivere deprivate di sensazioni e provano il desiderio, come quelle anoressiche rifiutano ciò che è debole incerto, indefinito e imperfetto. La loro modalità consiste però nell'esperienza ingorda atta a riempire un vuoto insopportabile, subito seguita dalla

necessità di ritornare al vuoto.

Il paziente anoressico e il paziente bulimico sono stati in contatto con lo stesso oggetto: l'oggetto *vuoto*. Nei primi momenti della vita hanno assunto un nutrimento psichico *vuoto* e la presenza psichica e affettiva della madre negli accudimenti e negli atti nutritivi era compromessa. La qualità di assenza della madre può risalire a diverse cause (un lutto non elaborato, il bisogno di nascondere sentimenti segreti, nostalgia di sogni irrealizzabili per indicare alcune cause esaustivamente affrontate nel testo).

Un altro aspetto comune alle patologie anoressica e bulimica è che, in entrambe, l'esperienza dell'assenza e del vuoto ha una connotazione di *ambiguità*: la madre non è stata apertamente assente, bensì ha eclissato la propria presenza emotiva nel legame, privilegiando una comunicazione indiretta e manipolativa. La madre e tutto l'ambiente all'apparenza si sono comportati in una cornice di presenza, ma nella sostanza hanno restituito un campo psichico, emotivo e affettivo ambivalente o indifferente. Il prodotto di tali vissuti interiorizzati richiama il concetto winnicottiano di falso Sé protettivo del vero Sé: il costrutto potrebbe in parte spiegare l'intrigo di vicissitudini sofferenti, di autoannullamenti, di strategie sostitutive che i pazienti anoressico e bulimico in modi diversi mettono in atto per sopravvivere alla deprivazione e agli enormi rischi del *vuoto*.

L'esperienza del vuoto e dell'assenza nei pazienti anoressici e bulimici è iscritta nel corpo. Tale esperienza primaria si ripresenta nell'epoca adolescenziale, epoca in cui la richiesta del corpo puberale convoca tutte le risorse per affrontare il cambiamento evolutivo e lo sviluppo adulto. L'adolescenza è il periodo di vita in cui, non a caso, si manifesta spesso l'esordio delle patologie alimentari. Se, infatti, l'insediamento del Sé corporeo nel Sé psichico è stato critico nel tempo primario a maggior ragione lo sarà in questo periodo.

Durante l'adolescenza il corpo diventa un efficace mezzo di comunicazione dei propri disagi; diviene, da un lato, modalità di espressione dei propri sentimenti e delle difficoltà, dall'altro conseguenza di un fallimento nella capacità di *mentalizzare*. L'adolescente, privato della possibilità di relazionarsi con una figura sensibile rispetto ai suoi bisogni, mostrerà difficoltà nei processi di mentalizzazione e di integrazione di un sé corpo-mente: il tentativo di trovare la propria mente in quella del *caregiver* lo costringerà a riconfrontarsi con il vuoto e l'assenza e, per difendersi da insopportabili e angosciosi sentimenti di abbandono e di impotenza, potrà attivare delle difese molto rigide, come la dissociazione psicosomatica.

Molto efficace la metafora dell'eclissi solare impiegata da Di Luzio nel suo capitolo in cui ci parla di "eclissi" del sé ed esperienza del corpo, per far ben comprendere al lettore il fenomeno che caratterizza l'esperienza del paziente anoressico e bulimico: in questi pazienti l'energia del vero Sé sano potenziale (il sole) risulta oscurato da un nucleo (il pianeta privo di luce che si interpone) privo di energia positiva, il Sé adattivo 'svalutato' e inadeguato. Il risultato di questa esperienza è la produzione di un '*sentimento negativo di Sé*' che comporterà una serie di gravi e penose conseguenze nella vita di questi pazienti, alle prese con una lotta paradossale alla sopravvivenza, nella quale sperimentano dispercezioni del corpo di vario genere, azioni coatte e violente contro il

proprio corpo.

La terapia analitica in un contesto di intervento multidisciplinare integrato ha il compito di riconoscere questa lotta e aiutare il paziente a liberare il Sé nascosto nel corpo sofferente e di riavviare un processo di individuazione, mancato nella prima infanzia, attraverso un lungo e doloroso passaggio, dai fantasmi corporei alle rappresentazioni psichiche, come è ben chiarito nei capitoli di Ginzburg e di Cataldi.

Trattando l'approccio terapeutico viene esplorata una delle esperienze più penose vissute dai pazienti anoressici e bulimici: l'esperienza dell'autolesionismo. Il tema dell'autodistruttività pone molti interrogativi. Nel testo è trattato in modo molto efficace da Ciocca che ci fa riflettere ancora una volta sul conflitto con il proprio corpo e sulla scissione corpo-mente delle pazienti anoressiche e bulimiche.

Riferendosi agli atti lesivi quali ferite, tagli, bruciature, particolarmente densa di contenuti è la riflessione di Ciocca sul significato del 'taglio' come qualcosa che entra dentro, *si inserisce*, riempie un vuoto, stabilisce un contatto interno con quello che si sente, tra quello che si sente e che si prova, sensazioni e sentimenti.

Estremamente interessante è, infine, la parte dedicata alla ricerca scientifica, con una esemplificazione sulle variazioni percettive, di Dazzi e Loriedo; e quella trattata da Esposito in merito al contributo degli studi neurofunzionali, alla maggiore comprensione delle disfunzioni neurali dei pazienti anoressici e bulimici. Gli studi attualmente condotti in questa direzione sono ancora pochi e pubblicati di recente. Tuttavia dei suggerimenti importanti si sono avuti dagli studi che hanno consentito le prime ipotesi sulle basi neurobiologiche dei disturbi della percezione dell'immagine corporea e più in generale delle funzioni riconducibili al sé corporeo, aprendo nella ricerca un campo ancora tutto da esplorare.

Gli autori riportano inoltre molti casi clinici ed esperienze terapeutiche, individuando elementi centrali del trattamento e del lungo e faticoso percorso che fanno insieme al paziente per consentirgli di riconquistare un Sé corporeo e psichico e per vivere l'esperienza della propria identità come individuo che ha un corpo e che è *un corpo*, che ha una mente ed un corpo che sono una entità unica e integrabile, nonostante i vuoti e le carenze che li hanno segnati.

Considerazioni finali

Il testo ha catturato il mio interesse fin dalle prime pagine. Sono rimasta colpita dall'intento dichiarato nella presentazione di Stefania Marinelli e Federico Dazzi: "ogni capitolo di questo volume è volto a stimolare pensieri possibilmente nuovi e a creare una prospettiva distinta e sinergica o complementare, che consenta di fare con la teoria ciò che si dovrebbe fare nella pratica clinica...".

A mio avviso l'intento è stato raggiunto. Il tema, arduo e dalle profonde implicazioni sia come lettore che come professionista, è stato affrontato cogliendo non solo le principali caratteristiche di queste patologie, ma anche aspetti in apparenza più sfumati. Tutto

questo con la maestria di non perdere di vista gli aspetti teorici dei principali modelli psicodinamici, gli aspetti clinici e terapeutici, trattati anche attraverso l'esposizione di casi di pazienti giunti a studio, ed infine avendo lo sguardo rivolto alle moderne tecniche offerte dalle neuroscienze, che già oggi consentono la comprensione più puntuale del funzionamento e delle attività cerebrali e che sempre più andranno impiegate nella ricerca per offrire spiegazioni e interpretazioni delle psicopatologie, come i disturbi alimentari, da un punto di vista scientifico e organico.

Daniela La Porta, psicologa, psicoterapeuta psicodinamica in formazione presso la scuola SFPID di Roma.

Email: danielalaportapsi@gmail.com

Le nuove sfide della psicoanalisi, a cura di **Alessandro Raggi e Maria Cristina Butti**

OM Edizioni, Firenze

Recensione di **Silvia Del Buono**

Le nuove sfide della psicoanalisi (OM edizioni, 2018) è una raccolta di saggi, tratti dalle relazioni tenutesi da psicoterapeuti e psicoanalisti al convegno di Psicologia Analitica, dall'omonimo titolo, che si è svolto a Bologna nel gennaio del 2016. Obiettivo di questo testo è quello di esplorare, alla luce dei sempre più repentini cambiamenti che la nostra società affronta giorno dopo giorno, le possibilità di rinnovamento di una disciplina, come la psicoanalisi, tuttora fortemente ancorata ai suoi modelli di riferimento, oltre che all'esperienza centrale che da sempre la contraddistingue, ovvero la centralità dell'individuo e del suo mondo interno come soggetto di analisi.

Per gli autori dei saggi contenuti in questa raccolta, il ruolo attribuibile alla psicoanalisi e ai modelli terapeutici che da essa hanno avuto origine sembra essere una questione ancora tutta da esplorare. Che funzione può avere nella nostra società un percorso di cura lungo e costoso, che non può ancorarsi ad alcuna pretesa di misurabilità, né in termini di esito né di durata?

Essi prendono spunto da prospettive critiche nei confronti della psicoanalisi come tradizionalmente intesa e a partire da questi punti di vista arrivano a formulare nuove proposte e nuove domande. Come sostenuto dalle contemporanee teorie epistemologiche, soltanto attraverso gli elementi "critici",

intesi come “generatori di crisi”, è possibile aprire nuove prospettive di conoscenza. In tal senso, paradossalmente, è proprio attraverso lo strumento dell’interpretazione psicoanalitica, oggetto di critica, che gli autori sviluppano una riflessione “meta” proprio sulle questioni da cui tale disciplina sembrerebbe messa in crisi. Molteplici nel testo sono i nodi che, saggio dopo saggio, gli autori si propongono di sciogliere: la questione della supremazia del concetto di efficacia in psicoterapia, il mercato delle terapie *evidence based*, il dominio dei *social network* e la necessità di un collegamento tra esperienza virtuale ed esperienza reale anche all’interno della stanza di analisi, la possibilità di adattare i capisaldi tradizionali della teoria psicoanalitica, come il complesso di Edipo, alla società in trasformazione.

Alessandro Raggi, psicoanalista junghiano e curatore della raccolta, nel saggio di apertura *La politica della psicoanalisi: nuovi sistemi di cura, o cura del sistema?* definisce le terapie *evidence based* e la loro supremazia nella società attuale “vertice di un sapere apollineo che esclude ogni possibilità di espressione dionisiaca dell’uomo”, nel tentativo di instaurare un regime di potere che escluda ogni possibile forma di conoscenza, al di fuori di quella imposta dal sistema dominante. Di fronte a questa prassi, provocatoriamente definita un totalitarismo della conoscenza scientifica, la risposta degli psicoanalisti è spesso un isolamento ricercato, che rischia di condurre ad una estinzione di tale disciplina, che invece ancora tanto ha da dire alla società moderna.

E se il tratto distintivo della psicoanalisi è la centralità dell’individuo come soggetto, la proposta di Matteo Marino nel saggio *Dai social media alla stanza di analisi* è che essa sia la disciplina più adatta a poter fare i conti con le trasformazioni della società moderna, con il mondo virtuale e ciò che egli definisce il “paziente 2.0”. L’ipotesi è che questo “nuovo paziente” si muova all’interno di un substrato culturale di cui non è ancora del tutto consapevole e la sfida della psicoanalisi in tal senso sia la possibilità di aumentarne la consapevolezza, creando una connessione tra il mondo interiore e l’esperienza virtuale, proprio all’interno del *setting* analitico.

Conseguenza naturale delle domande e delle proposte emerse all’interno dei primi saggi di cui la raccolta si costituisce, sembra essere la riflessione sull’adeguatezza dei modelli di riferimento teorici tradizionali alle trasformazioni sociali incombenti. Ed ecco che tale riflessione si concretizza in un tentativo di revisione di uno dei capisaldi della teoria psicoanalitica, ovvero il complesso edipico, contenuta nel saggio *Dentro l’Edipo, oltre l’Edipo* di Eros Lancianese. Questo interessante saggio ripercorre la storia della teoria edipica a

partire dalla sua genesi freudiana e ne considera l'applicabilità in relazione ai mutamenti socioculturali del concetto di famiglia e del ruolo di figlio. L'ipotesi a cui giunge è che all'interno della nostra "modernità liquida" – così definita dal sociologo Zygmunt Baumann - caratterizzata da una perdita delle funzioni simboliche di padre e madre freudianamente intese, la triangolazione edipica non si esprima attraverso le forme tradizionali, ma si adatti allo spirito dei tempi vivificandosi in forme più moderne e contemporanee, anche al di fuori del sistema famiglia. Nella pratica psicoanalitica è possibile dunque intercettare tali funzioni simboliche, ricorrendo ai modelli di riferimento tradizionali, ma è necessario comprenderli alla luce del modo in cui il paziente può fare esperienza di questi simboli all'interno del sistema sociale.

La raccolta qui presentata si propone come interessante contributo in un momento critico per la disciplina psicoanalitica, in cui la cultura contemporanea sembra fondarsi sulla negazione della sofferenza e della morte, sulla demonizzazione dei sentimenti negativi e dei vissuti depressivi, ovvero su tutto ciò che si oppone al *diktat* della felicità, del pensare positivo, del successo e della *performance*. L'angoscia e il dolore psichico rischiano paradossalmente di essere escluse anche dalla stessa psicoterapia, che sembra debba assolvere a tutti i costi il compito di "risoluzione dei problemi", nei termini epistemologici dello "sciogliere", senza lasciare traccia. Come sostiene Alessandro Gabetta nel suo saggio contenuto nella raccolta, "alla tradizionale profondità del pensiero si sta sostituendo in vari ambiti una tecnica estetizzante e anestetizzante" e ciò accade anche ed in modo preoccupante nell'ambito terapeutico.

La proposta che emerge dagli scritti degli autori, in molti altri saggi contenuti nella raccolta, oltre quelli citati, è dunque che la psicoanalisi si configuri come baluardo dell'intenzione di non piegarsi a tale logica consumistica, come unica possibilità di stare di fronte all'angoscia, rinunciando essa per prima al tentativo di "sconfiggerla" a tutti i costi. La psicoanalisi può offrire la possibilità di riconsiderare l'individuo nella sua globalità, di mente e corpo, di dolore e potenzialità, anche attraverso la lettura che di esso possono dare i modelli di riferimento, se riconsiderati alla luce del cambiamento, come ha dimostrato brillantemente la trattazione sul complesso edipico. La metafora significativa in proposito, contenuta nella raccolta, è quella che vede lo psicoanalista come un moderno Ulisse, legato all'albero della sua nave, la teoria psicoanalitica appunto, per non farsi irretire dal canto delle Sirene, ovvero la collusione pericolosamente necessaria per fronteggiare i cambiamenti culturali ed economici della società. Ciò che è richiesto all'analista-Ulisse sembra essere la capacità di adattarsi alle

esigenze dei tempi rivolgendo ad essi uno sguardo a 360 gradi, integrando le teorie ortodosse che fanno da fondamenta al lavoro clinico con i nuovi orizzonti psicosociali. Un analista non può sottrarsi ai cambiamenti della società e di conseguenza della psiche, ma è necessario che resista alle seducenti sirene della società di massa, mantenendo lo sguardo fisso sul bisogno soggettivo, senza farsi irretire dal piacere della compiacenza e del suo “effetto narcotizzante”.

I numerosi saggi contenuti in questa raccolta non hanno la pretesa di offrire soluzioni e risposte preconfezionate, ma aprono alla possibilità di una riformulazione dei problemi trattati, a nuove prospettive e punti di vista e ad una continuità del lavoro di interpretazione e produzione creativa, cuore della tecnica psicoanalitica. *Le nuove sfide della psicoanalisi* possono dunque essere lette in chiave politica, nei termini in cui tale disciplina non si rivolge più solo alla cura della soggettività, ma guarda ad un orizzonte collettivo che si occupi non solo della psiche individuale, ma della psiche in quanto effetto dell'intero sistema sociale.

Raggi A., Butti M.C. (a cura di), *Le nuove sfide della psicoanalisi*, OM edizioni, Bologna, 2018

Silvia Del Buono è Dottoressa in Psicologia Clinica presso l'Università la Sapienza di Roma. Ha svolto attività formativa e di ricerca prevalentemente nel campo dei Disturbi del Comportamento Alimentare e del loro trattamento attraverso lo strumento del gruppo psicoanalitico. Collabora con il Progetto Ananke, rete nazionale per il trattamento dei DCA.

Email: delbuono.silvia@yahoo.it