

IL METODO PSICOANALITICO NELLE ISTITUZIONI

Formazione e clinica

Le giornate di studio del Gruppo Intercentri SPI di Roma
“Psicoanalisi e Istituzioni”

A cura di:

Gabriella De Intinis, Nicoletta Faccenda, Pier Luca Zuppi

Quaderno 1

www.psicoanalisiiesociale.it



VECCHIARELLI EDITORE

© Vecchiarelli Editore – 2022
Piazza dell'Olmo, 27
00066 Manziana (Roma)

Tel. 06.99674220

vecchiarellieditore@inwind.it
www.vecchiarellieditore.it
978-88-8247-474-4

INDICE

NOTE REDAZIONALI

Gabriella De Intinis, Nicoletta Faccenda, Pier Luca Zuppi 7

PREFAZIONE

Giovanna Montinari, Giuseppe Riefole: L'infinita parabola della relazione fra psicoanalisi e Istituzioni 9

3 OTTOBRE 2020: I SEMINARI ANALITICI DI GRUPPO

Anna Maria Nicolò: Introduzione 19

Anna Ferruta: Quale formazione? I Seminari clinici di Gruppo 24

Paolo Boccara: I Seminari Analitici di Gruppo. Una diversa esperienza di supervisione istituzionale 28

Giuseppe Saraò: Il pensiero clinico e il gruppo di lavoro: posizione etica e riflessioni sulla fatica dell'operatore" 33

Marco Monari, Franco Gazzoletti: Ripensare il caso clinico al Centro Psicoanalitico di Bologna 42

5 DICEMBRE 2020: I GRUPPI DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE

Tiziana Bastianini: Sul senso dell'esperienza psicoanalitica nel Gruppo Multifamiliare 47

Andrea Narracci: Introduzione alla mattinata sui gruppi di Psicoanalisi Multifamiliari presso la SPI 57

Alessandro Antonucci: I sottili 'fili rossi' attraverso cui leggere la nascita della psicosi 60

Fausta Calvosa, Antonio Buonanno: Suggerimenti teoriche psicoanalitiche a partire dal concetto di "oggetto che fa impazzire" di J. Garcia Badaracco 66

<i>Pier Luca Zuppi</i> : La Cura del paziente e delle Istituzioni	76
<i>Caterina Tabasso</i> : Multifamiliarità tra privato sociale e istituzione: dialoghi necessari	83
<i>Francesca Viola Borgogno</i> : Una rilettura in ottica transgenerazionale del mio percorso nella Psicoanalisi Multifamiliare	90
<i>Marco Grignani</i> : Gruppi multifamiliari in comunità	98
<i>Antonella Cammarota</i> : Il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare: l'esperienza di Solaris	100
<i>Carola Battaglia</i> : Gruppi di Psicoanalisi multifamiliare in Comunità terapeutica per Adolescenti	102
<i>Carmine Pasquale Pismataro</i> : L'applicazione del modello multifamiliare in ambito preventivo e riabilitativo	106

11 DICEMBRE 2021: FORMAZIONE E CLINICA NELLE ISTITUZIONI, IL METODO PSICOANALITICO

<i>Fausta Calvosa, Giovanna Montinari</i> : Riflessioni sui dati generali dei Seminari Analitici di Gruppo e delle attività del gruppo di lavoro Psicoanalisi e Servizi/Istituzioni	111
<i>Paolo Boccara</i> : La funzione grupale del funzionamento psichico	117
<i>Giovanni Coderoni</i> : Resoconto di un Seminario Analitico di Gruppo	121
<i>Pier Luca Zuppi, Fausta Calvosa, Andrea Narracci, Alessandro Antonucci, Antonio Buonanno, Barbara Fedeli, Filippo Maria Moscati</i> : Enactment e Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare: il lavoro di rielaborazione dell'Ateneo	126
<i>Andrea Narracci</i> : Somiglianze e differenze tra i Seminari analitici di gruppo (SAdiG) e i Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare (MFPG)	133

<i>Giuseppe Riefolo: Quale funzione psicoanalitica verso le istituzioni</i>	136
---	-----

APPENDICE

<i>Giovanna Montinari, Giuseppe Riefolo: Proposta integrativa al 'Manifesto per la Salute Mentale'</i>	139
--	-----

INDICE DEGLI AUTORI	147
----------------------------	-----

NOTE REDAZIONALI

Gabriella De Intinis, Nicoletta Faccenda, Pier Luca Zuppi

Questo Primo Quaderno del Portale Psicoanalisi e Sociale raccoglie le relazioni delle tre giornate organizzate dal Gruppo di Studio Intercentri di Roma “Psicoanalisi e Istituzioni” negli anni 2020-2021.

Il Gruppo Intercentri si riunisce dal 2014 con l’idea di sviluppare e sperimentare, sia nelle sedi della SPI che nei Servizi pubblici, la ricerca di modalità attraverso cui il metodo psicoanalitico possa essere di aiuto per i progetti di cura dei pazienti gravi dei servizi e per la formazione degli operatori che lavorano nelle istituzioni.

Il filo conduttore del quaderno, sottolineato nell’ultima giornata e riportato nella proposta di integrazione al manifesto per la salute mentale sottoscritto dal presidente della SPI, l’appendice al Quaderno, si riconosce nella valorizzazione degli aspetti relazionali con gli utenti e nella condivisione gruppale del lavoro, assistenziale, terapeutico, riabilitativo ed educativo. In questi termini, il Quaderno è anche un contributo al dibattito attuale sulle Estensioni della Psicoanalisi.

Il Gruppo Psicoanalisi e Istituzioni di Roma organizza ogni anno attività di confronto e di formazione: la messa a disposizione del modello psicoanalitico di ascolto e di approccio all’altro, discende dalla consapevolezza dell’importanza di riconoscere ed affrontare i problemi che si incontrano nella relazione di cura e nel lavoro in gruppo, partendo dalla constatazione che la qualità inconscia della sofferenza psichica non è univoca e che la sua presentazione clinica assume, spesso, forme che richiedono nuove modalità di ascolto nella relazione terapeutica.

Il Portale Psicoanalisi e Sociale nasce dal Gruppo Intercentri di Roma “Psicoanalisi e Istituzioni” con lo scopo di sostenere il dialogo tra gli psicoanalisti e quanti, a vari livelli, sono impegnati in attività istituzionali sanitarie e del Terzo Settore.

Il costruttivo incontro del Gruppo con l’Editore Vecchiarelli ha creato le condizioni per rendere fruibile il materiale maturato in tre incontri seminariali organizzati dal Gruppo, due nel 2020 e uno nel 2021.

Il Quaderno propone questo percorso: i tre capitoli riportano in ordine cronologico i lavori delle tre giornate sul modello dei Seminari Psicoanalitici di Gruppo e sul dispositivo dei Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare. Gli autori degli interventi, che ringraziamo per la loro disponibilità, hanno messo a disposizione i loro lavori: alcuni nella immediatezza della loro esposizione, altri dopo averli rivisti ed elaborati con gli apporti giunti dalla rilettura e dai contributi emersi nel confronto e nella discussione.

Il Quaderno rappresenta una novità editoriale: non è, almeno per il momento, cartaceo, ed è fruibile gratuitamente, grazie all'Editore Vecchiarelli, sul Portale www.psicoanalisiiesociale.it.

Oltre all'Editore vogliamo ringraziare Clelia De Vita che ha inizialmente collaborato alla costruzione del Quaderno, il Centro Romano di Psicoanalisi e il Centro Psicoanalitico di Roma, che hanno organizzato gli incontri delle tre giornate di studio in rete e tutti gli autori che hanno riveduto i loro scritti e permesso la loro pubblicazione.

Infine, un particolare ringraziamento va ai colleghi del Gruppo Psicoanalisi e Istituzioni di Roma, per primi i due Coordinatori e animatori, Giuseppe Riefolo e Giovanna Montinari, che hanno sollecitato e sostenuto la pubblicazione del Quaderno.

INTRODUZIONE. L'INFINITA PARABOLA DELLA RELAZIONE FRA PSICOANALISI E ISTITUZIONI.

Giovanna Montinari, Giuseppe Riefolo

Premessa

Puntualmente nella parabola delle istituzioni psicoanalitiche, e della SPI in particolare, si presenta il quesito dell'estensione del metodo¹. Ovvero: quali altri ambiti il metodo analitico, pensato ed applicato nella stanza di analisi, può toccare non tanto per tensioni di ordine “espansivo”, quanto per mettere alla prova le proprie basi teoriche che, se valide, devono poter essere applicate anche in contesti più ampi della stanza e del lettino. Sappiamo che, negli anni, proprio dal conflitto che si apre fra la regola codificata e le tensioni all'estensione del metodo sono emerse poi non tanto le applicazioni quanto nuove teorizzazioni che hanno permesso di studiare la dimensione psicoanalitica nei bambini, negli psicotici, nei gruppi e nelle istituzioni. Per quanto all'inizio si trattasse solo di tentativi di “estensione del metodo”, alla fine è emerso che questi ambiti permettevano di analizzare aree della mente altrimenti inesplorate e, quindi, quelle posizioni potevano tornare nella stanza di analisi e al paziente sul lettino. Infatti è oramai evidente come i bambini, gli adolescenti, gli psicotici, i gruppi e le istituzioni abbiano contribuito all'esplorazione di funzionamenti mentali riferibili in modo specifico al soggetto adulto e che, quindi, attraverso questi ambiti il paziente nella stanza di analisi ha potuto presentarsi *simultaneamente* come un (tuttora) bambino, un adolescente, uno psicotico, un gruppo ed una istituzione.

Dobbiamo però, onestamente riconoscere come queste tensioni, che puntualmente toccano l'istituzione psicoanalitica, descrivano una precisa parabola. Gli inizi sono sempre particolarmente eccitanti e coinvolgono molti analisti desiderosi di trovare una sintesi felice fra la loro identità di analisti nella stanza di analisi e le inevitabili occasioni della propria vita professionale in cui si trovano ad occuparsi di psicotici, gruppi o istitu-

¹ Su questo tema rinviamo soprattutto a due recenti contributi importanti, quali (Bastianini, Ferruta, 2018) e (Bastianini, Ferruta, Guerrini, 2022).

zioni. Puntualmente, la parabola assume poi gradualmente un declino dovuto alla complessità e soprattutto alla inevitabile frustrazione connessa all'abbandono del tipico setting della stanza. La stessa storia della SPI segnala puntualmente queste oscillazioni (Castriota, 2020)² e negli anni recenti dobbiamo riconoscere che, sempre nella SPI, abbiamo assistito a vari tentativi di organizzare gruppi di lavoro orientati alle istituzioni, e soprattutto alle “patologie gravi” che, inevitabilmente, soprattutto in Italia, portano alla relazione fra psicoanalisti ed istituzioni territoriali. Per quanto la parabola di questi gruppi sia sempre stata parziale, non valutiamo negativamente i percorsi realizzati. Anzi, ne cogliamo soprattutto due evidenze che, a nostro parere, descrivono la specificità del campo di cui ci si occupa. Da un lato pensiamo che la difficoltà a sostenere per tempi lunghi questi progetti dica proprio della caratteristica specifica degli “oggetti” di cui ci si occupa: la frammentarietà, la non processualità e le profonde contraddizioni che di base coesistono senza elementi di conflittualità esplicita sono le caratteristiche della dimensione difensiva (coesiva?) infantile, delle psicosi, dei gruppi e delle istituzioni³. Inoltre i vari percorsi parziali che nella stessa SPI negli anni si sono evidenziati, possono essere visti in una loro sequenzialità e progressione “seriale” (Stern, 1995). In sostanza, come analisti sappiamo che se leggiamo attraverso il registro psicoanalitico gli eventi oscillanti della progressione di un pensiero, le sospensioni e le divergenze – sia della mente che dei gruppi o delle istituzioni - possono essere colte secondo una progressione seriale evolutiva dove le sospensioni sono descrittive della specificità dell'oggetto e del processo.

Partendo da queste premesse, un gruppo di analisti SPI dei due Centri di Roma circa dieci anni fa ha usato le esperienze degli anni (e dei colleghi) precedenti per riformulare la possibilità di estendere il metodo psicoanalitico nuovamente alle istituzioni psicologico-psichiatriche dei

² Segnaliamo una lettera molto indicativa in questo senso che Adriano Ossicini invia al suo analista Perrotti nel 1952 in cui esalta le potenzialità della psicoanalisi verso le istituzioni di ricovero dell'infanzia (Chiari, Riefolo, 2020).

³ Vale per tutte la nota affermazione di Bion (1974, 355-356): “il guaio di tutte le istituzioni è che sono morte, ma le persone che vi sono dentro non lo sono, anzi crescono, e qualche cosa deve accadere”.

contesti istituzionali di cura esterni alla istituzione della SPI⁴. Forse non è un caso accorgersi, ora, che per circa due anni questo gruppo di analisti abbia discusso su quale posizione assumere nel progetto di mettere insieme “Psicoanalisi e Istituzioni”. Da queste analisi iniziali sono gradualmente emerse due posizioni che, tuttora caratterizzano la posizione del gruppo. Una è orientata alla ricerca di modalità attraverso cui il metodo psicoanalitico possa essere di aiuto terapeutico alle istituzioni, l'altra è di usare la posizione psicoanalitica per la formazione degli operatori che lavorano nelle istituzioni.

Metodo psicoanalitico e funzione terapeutica verso l'istituzione

Dall'analisi delle esperienze precedenti emergeva come molto spesso, negli anni, alle istituzioni veniva proposto, in modo più o meno esplicito, che la buona cura dovesse passare soprattutto attraverso l'adozione del metodo psicoanalitico in quanto posizione particolarmente acuta e potente nella cura dei pazienti soprattutto psicotici e nella lettura delle dinamiche istituzionali. Questo, negli anni, ha sicuramente permesso che la psicoanalisi entrasse nel perimetro e soprattutto nella cultura delle istituzioni, ma probabilmente ne è sempre stata mantenuta, violentemente, ai margini oggettivata come metodo difficilmente compatibile con la estrema complessità e concretezza delle istituzioni. Negli anni, numerosi psicoanalisti sono stati invitati presso le istituzioni (soprattutto i servizi psichiatrici territoriali) in qualità di supervisori. Questo ha sicuramente permesso che la sensibilità specifica del metodo analitico passasse alle istituzioni, sicuramente contribuendo alla realizzazione della “cura attraverso la comunità” che da Basaglia ha caratterizzato e caratterizza tuttora le istituzioni italiane. Nelle prime intense discussioni che il nostro gruppo ha avuto all'inizio è emerso, però, come il processo di scambio e crescita reciproca, probabilmente si fosse sempre declinato come unilaterale: lo psicoanalista che portava il *verbo* psicoanalitico nelle istituzioni. Non a caso, puntualmente, gli psicoanalisti dovevano cogliere dalle istituzioni la pesante frustrazione della staticità ed impotenza dei processi. Ciò puntualmente consegnava alla psicoanalisi, ancora una volta, la conferma

⁴ I primi coordinatori del gruppo sono stati Francesca Piperno e Alessandro Antonucci. Sicuramente si deve alla loro determinazione e tenacia se questo gruppo intercentri è potuto nascere e soprattutto procedere.

della ricchezza insostituibile della stanza di analisi! Un primo punto emerso, quindi da questa analisi è stata l'evidenza che la relazione fra "Psicoanalisi e Istituzioni" dovesse declinarsi come processo di scambio e sollecitazione reciproca⁵. Ovviamente non può trattarsi di una "concessione" alle istituzioni, ma della profonda convinzione (bisogno) che la crescita della stessa teoria e del metodo psicoanalitico, come delle potenzialità terapeutiche delle istituzioni, possano compiersi solo in un campo di reciproca sollecitazione. Pertanto, per *realizzare* questo primo assunto è stato sin da subito deciso che bisognasse invertire il movimento che portava la psicoanalisi nelle istituzioni, ma che i servizi potessero trovare ospitalità nei luoghi della psicoanalisi. La sede SPI di "via Panama" poteva essere assunta, soprattutto dal nostro gruppo, come *piazza* dove poter incontrare le istituzioni e scambiare clinica per poterla leggere secondo il metodo psicoanalitico arricchito dalla specificità di setting che i servizi potevano suggerire e consegnare agli psicoanalisti.

Nasce da questa posizione preliminare il progetto "Ripensare il caso clinico", ovvero una proposta di invito rivolto agli operatori dei servizi ad incontrarsi presso la sede SPI di via Panama sia per la discussione di casi clinici portati dagli operatori che per la presentazione da parte di alcuni analisti di temi teorico clinici in specifici seminari che, comunque, dovevano curare la dimensione dello scambio reciproco piuttosto che della "lezione" dell'esperto. Sin dai primi cicli dei seminari – sia analitici di gruppo che teorico-clinici – l'adesione degli operatori delle istituzioni è risultata persino entusiastica⁶.

Questa parabola, incerta e faticosa, che si costruisce nell'incontro fra psicoanalisi e istituzioni pone immediatamente un problema che concerne la *manutenzione* del rapporto fra gli analisti che partecipano al

⁵ Forse, a pensarci ora, la "e" andrebbe espressa come $\leftrightarrow$.

⁶ Per l'analisi di questi dati rimandiamo all'analisi proposta in questo Quaderno da Montinari e Calvosa (p.111). In questa sede dobbiamo comunque rilevare come l'adesione sia stata soprattutto entusiastica da parte di giovani operatori delle scuole universitarie o operatori di comunità e servizi clinici del privato sociale. Minima è risultata l'adesione da parte di operatori dei DSM se non per alcune richieste di interviste dove l'intera équipe che si occupava del caso ha potuto discutere del caso in un contesto insolito quale la sede SPI con il coordinamento di due analisti del nostro gruppo.

gruppo, prima che la definizione di regole e di confini e obiettivi. La manutenzione ha chiesto (imposto?) particolari modalità di relazioni all'interno del gruppo. Non abbiamo mai creduto che la premessa di intenti e l'individuazione di progetti potesse essere sufficiente alla definizione del gruppo. Ci siamo da subito dati dei momenti precisi e costanti di incontri mensili che nel periodo Covid si sono mantenuti in remoto. Parallelamente a questi incontri abbiamo condiviso il metodo del *report* mensile di ogni singola riunione inviato a tutti i partecipanti al gruppo di lavoro intercentri. Il report ha definito, senza che lo decidessimo, un luogo di scambio permanente che va oltre la riunione mensile. Il report (non lo sapevamo prima...) si configura come un luogo di incontro che autorizza la partecipazione anche secondo modalità "minime" per alcuni partecipanti e per ciascuno di noi durante i vari percorsi. I report delle riunioni, e la consecutiva mailing list che ne è emersa, implicitamente riconoscono positivamente la fatica di ciascuno di noi a mantenere contatti concretamente faticosi per le compatibilità con altri impegni personali. Alla fine, il gruppo *usa* positivamente e riconosce a ciascuno livelli discreti e soggettivi di partecipazione ribadendo l'adesione al progetto attraverso l'*appartenenza* prima che attraverso la presenza attiva⁷.

Un altro elemento di manutenzione costante del gruppo è, tuttora, l'impegno ad un seminario annuale che ha il senso sia della *presentazione*, soprattutto verso i colleghi SPI, che di *pubblicizzazione* verso le istituzioni esterne del lavoro svolto durante l'anno. Si tratta di seminari, decisi come minimi e circoscritti, che cercano di evitare la posizione della semplice descrizione del lavoro svolto, ma sollecitano il confronto fra le istituzioni esterne e, all'interno della SPI, fra colleghi analisti e altri Centri nazionali che curano gli stessi interessi.

⁷ Gli elementi concreti di questo speciale "setting" del gruppo sono numerosi e, come gli analisti sanno bene, ciascuno di essi può assumere la valenza di impedimento oppure di autorizzazione al processo. Se non assunti all'interno del setting questi elementi solleciterebbero posizioni dell'ordine superegoico mentre, riconosciuti all'interno del setting, descrivono la fatica e il piacere della partecipazione creativa. Il gruppo è formato da circa 40 analisti dei due Centri dove per una metà si tratta di partecipazione attiva (seppure a vari livelli...) mentre gli altri partecipano attraverso quella che con Damasio (1994) potremmo definire una "Disposizione potenziale"

La cifra implicita all'adesione dei partecipanti al gruppo è nella consapevolezza che le istituzioni rappresentino opportunità di setting che permettono l'incontro terapeutico con pazienti altrimenti inavvicinabili. Per l'analista si tratta della possibilità di sondare continuamente le potenzialità del metodo e della teoria psicoanalitica. Al tempo stesso, nella posizione di psicoanalisti che lavorano nelle istituzioni, la psicoanalisi - nella declinazione della stanza di analisi - non rappresenta "uno spazio parallelo" al lavoro istituzionale dove custodire maggiore efficacia e gratificazione, ma un metodo potente che permette a ciascuno di noi che lavora - o ha lavorato - nelle istituzioni la possibilità di individuare positivamente i percorsi che la psicoanalisi coglie nella intersezione fertile fra l'istituzione come setting e la vitalità dei processi possibili. Per un analista la psicoanalisi, nell'incontro con le istituzioni, rappresenta una fortuna per le potenzialità che promette.

Un interesse particolare abbiamo avuto, soprattutto negli ultimi tempi, per cercare di capire se e in che modo gli interventi che proponiamo abbiano una funzione trasformativa rispetto a ciò che accade nei servizi, ovvero verso i pazienti e verso gli operatori. Per noi è un passo importante perché sappiamo che una delle modalità implicite e violente attraverso cui la psicoanalisi si incontra con le istituzioni è l'autoreferenzialità teorica e poi clinica per cui non ci si cura della sua validazione dei metodi e degli esiti. In questa linea siamo solo agli inizi. Per ora abbiamo individuato due ambiti in cui cerchiamo di mettere alla prova di efficacia il metodo. Si tratta di valutare alla fine dei SAdG⁸ e delle sedute di PMF quali trasformazioni possono essere accadute nelle rappresentazioni del caso clinico nei vari partecipanti al percorso di gruppo. Per i SAdG si tratta di confrontare l'iniziale presentazione del caso con il report che, uno dei partecipanti, propone all'inizio della seduta successiva (in cui ci si appresta a parlare di un nuovo caso ...). Per le sedute di PMF il confronto è possibile fra la presentazione iniziale del caso e l'*Ateneo* che puntualmente si effettua fra i soli operatori (ovvero senza pazienti e familiari) alla fine di ogni seduta. Non si tratta di "riassunti" delle sedute (come analisti sappiamo bene che non esistono *riassunti*...), ma di una narrazione che avviene dopo che il caso sia stato presentato e che sia passato nella rappresentazione e partecipazione di tutti i componenti del

⁸ SAdG : Seminari Analitici di Gruppo

gruppo. Ovvero i vari vertici che, dopo la presentazione del caso, possono ora ridisegnare ciò che all'inizio poteva solo essere una semplice e bidimensionale presentazione psicopatologica. Si tratta di cogliere le sedimentazioni iconiche ed affettive rese possibili dal lavoro del gruppo attraverso cui è possibile cogliere nuove rappresentazioni del paziente⁹. Questo indirizzo, di ricerca di validazioni sufficientemente verificabili delle possibili trasformazioni operate dai dispositivi dei SAdG e della PMF, rappresenta un ambito in cui il gruppo sente di poter orientare la propria riflessione e la ricerca clinica.

Metodo psicoanalitico e funzione formativa verso l'istituzione

Infine, invitando gli operatori nei luoghi istituzionali della psicoanalisi, il nostro gruppo sollecita non solo la discussione reciproca della clinica portata dai servizi esterni, ma si propone anche di modulare reciprocamente modelli di formazione. Per gli psicoanalisti si tratta di cimentare la propria clinica con nuove dimensioni di setting e di processi, mentre per gli operatori è importante poter acquisire una posizione di fondo che permetta di leggere l'estrema concretezza che caratterizza la clinica dei servizi secondo un registro che colga ad oltranza la dimensione comunicativa piuttosto che la semplice evidenza psicopatologica. In questo, riteniamo che una posizione psicoanalitica sia proprio quella di permettere ad ogni operatore, ed anche ad ogni psicoanalista che lavora nei servizi, di poter *essere* psicoanalista prima che *applicare* la psicoanalisi (Cahn, 2002). Pensiamo che la psicoanalisi, soprattutto attraverso la funzione e la dimensione istituzionale dei Centri abbia il compito di individuare proposte attive di formazione degli operatori che siano compatibili con il contesto istituzionale dei servizi territoriali. Ciò, molto spesso in passato, è stato proposto, anche dagli stessi psicoanalisti, come esportazione lineare del metodo psicoanalitico verso le istituzioni determinando una simmetrica posizione difensiva dei servizi che si è anche declinata se-

⁹ Sabina Traversa nel primo seminario annuale tenutosi a via Panama nel dicembre 2019 nel suo intervento associava il percorso dei SAdG alla scomposizione di figure del Picasso cubista. Nel penultimo seminario del novembre 2020 Anna Ferruta ha ripreso la stessa riflessione attraverso l'analisi dello stesso quadro di Picasso.

condo sterili modalità imitative (Gaddini, 1984). I servizi, a nostro parere, non devono diventare “psicoanalitici”, ma la psicoanalisi – nella misura in cui si riconosce come metodo potente di comprensione della realtà – deve cercare, a nostro parere, di porgere ai servizi i propri dispositivi di base che permettono di cogliere le motivazioni e i registri che organizzano le relazioni umane. Uno psicoanalista si troverà sempre a chiedersi come suggerire alle istituzioni (anche ai propri pazienti...) che il dolore, i sintomi, le dinamiche relazionali, le ripetizioni molto spesso agite da parte dei pazienti possono essere affrontate solo secondo un registro di funzionamento di inconsci. Al tempo stesso, sempre nel registro inconscio, le risposte degli operatori e dell’intero *campo istituzionale* (Correale, 1991) possono essere lette ed usate dinamicamente come partecipazione soggettiva degli operatori che “usano la propria soggettività come ferro del mestiere” (Bleger, 1964). Pertanto, riteniamo che sia un dovere etico della psicoanalisi e degli psicoanalisti avanzare attivamente proposte psicoanalitiche di formazione degli operatori. Tali proposte dovrebbero sostenere la posizione psicoanalitica di fondo evitando o almeno contenendo le posizioni formali ed imitative che puntualmente risultano estremamente limitanti e impoverenti verso i servizi. Se gli analisti non avanzano attivamente proposte formative, la formazione degli operatori si declinerà secondo altri registri che sempre più si organizzeranno verso la diagnosi descrittiva, la oggettività della cura non solo farmacologica e la generalizzazione della medicina delle evidenze. La nostra posizione è precisa: la diagnosi, l’uso dei farmaci, la cura basata sulle evidenze non pensiamo siano alternative alla posizione psicoanalitica, ma il registro psicoanalitico proporrebbe un *uso* (Winnicott, 1968) di questi parametri al fine di costruire con il paziente e all’interno della complessa e ricca cornice (campo) dell’istituzione processi di trasformazione. Come psicoanalisti siamo certi che senza l’adozione di un registro di fondo che usi questi parametri come opportunità di proposte relazionali, la psichiatria dei servizi risulti semplicemente una violenta oggettivazione medica di elementi profondamente relazionali. Pertanto la nostra proposta formativa verso le istituzioni della psichiatria territoriale vedrebbe l’uso a fini formativi dei SAdG e degli interventi di PMF. In questo caso non si tratta della dimensione terapeutica, ma specificamente formativa orientata a tutti gli operatori che lavorano nei servizi. I SAdG e la PMF hanno il vantaggio di permettere la partecipazione (ed usare il contributo soggettivo) di tutti gli operatori i quali possono partecipare in

modo diretto ed attivo ai processi di presentazione e trasformazione dei casi. Secondo questi dispositivi possono partecipare ai processi di cura tutti gli operatori, anche le figure con funzioni assistenziali, di gestione concreta del servizio e persino amministrativo. Ciò è particolarmente importante per la formazione psicologica dinamica di volontari e specializzandi e per la manutenzione continua del registro psicologico che deve informare continuamente il campo istituzionale. I SADG e la PMF permettono, a nostro parere, di cogliere da parte di tutti gli operatori, la ricchezza e la complessità fertile dei processi di accoglienza, diagnosi e cura possibile attraverso il dispositivo dell'istituzione e del registro psicoanalitico evitando che il metodo psicoanalitico sia confuso con il setting, ovvero una psicoanalisi possibile solo nella stanza di analisi e, sostanzialmente, impossibile nelle istituzioni.

Riferimenti bibliografici

- Bastianini T., Ferruta A. (a cura di) (2018). *La cura psicoanalitica contemporanea. Estensioni della pratica clinica*. Fioriti, Roma.
- Bastianini T., Ferruta A., Guerrini Degli Innocenti B. (2022). *Ascoltare con tutti i sensi. Estensioni del paradigma dell'ascolto psicoanalitico*, Fioriti, Roma.
- Bion W. R. (1974). Intervista in *Il cambiamento catastrofico*, Loesher, Torino, 1981.
- Bleger J. (1964). Il colloquio psicologico (suo impiego nella diagnosi e nella ricerca), in: *Psicoigiene e psicologia istituzionale*, Lauretana, Loreto, 1989.
- Cahn R. (2002). *La fine del divano?*, Borla, Roma, 2004
- Chiari P., Riefolo G. (2020). Dal dopoguerra agli anni '70, in F. Castriota (a cura di) *La Società Psicoanalitica Italiana. Un secolo di storia, di idee e di analisti*, Mimesis, Milano, 2020, pp.67-96.
- Castriota F. (a cura di) (2020). *La Società Psicoanalitica Italiana. Un secolo di storia, di idee e di analisti*, Mimesis, Milano.
- Correale A. (1991). *Il campo istituzionale*, Roma, Borla.
- Damasio A. (1994). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Adelphi, Milano 1995.
- Gaddini E. (1984). Se e come sono cambiati i nostri pazienti fino ai nostri giorni. In: *Scritti 1953-1985*, Cortina, Milano, 1989.

PREFAZIONE

Stern D. (1995), *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.

Winnicott, (1968). L'uso di un oggetto e l'entrare in rapporto attraverso identificazioni, in *Gioco e Realtà*, (1971) Armando, Roma, 1974.

Introduzione

Anna Maria Nicolò

Negli ultimi trent'anni è radicalmente mutato l'intervento di cura e prevenzione nel campo del disagio psichico.

Trenta anni fa la rivoluzione prodotta delle idee di Basaglia e concomitante con le modificazioni politiche sociali dell'epoca avevano generato in questo ambito un fermento di idee, una passione per il cambiamento che è stata senza pari.

In molte parti del mondo si è osservato un moltiplicarsi di ricerche che hanno arricchito la nostra comprensione del funzionamento grup-pale, istituzionale e sociale.

In quei periodi così fecondi uno degli interlocutori per la riflessione sulla cura delle malattie mentali e in particolare della psicosi, è stata certamente la psicoanalisi che aveva peraltro mostrato fin dagli esordi un interesse per la psicologia sociale.

In *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* Freud stesso scriveva: “La contrapposizione tra psicologia individuale e psicologia sociale o delle masse, contrapposizione che a prima vista può sembrarci molto importante, perde, a una considerazione più attenta, gran parte della sua rigidità”.

La psicoanalisi ha sviluppato nel tempo perciò un ampio ventaglio di interventi e a dispetto delle posizioni di chiusura e paura delle sue istituzioni ufficiali si è arricchita anche grazie al lavoro, effettuato da molti psicoanalisti, al di là del setting duale.

Il dialogo tra psicoanalisi e istituzioni psichiatriche o territoriali anche se non ha avuto gli stessi sviluppi che abbiamo visto nel setting duale, ha mostrato una grande ricchezza che si è articolata all'incrocio di tre assi: la comprensione della mente grup-pale, la comprensione del funzionamento intrapsichico e l'analisi della struttura istituzionale. Ad esse possiamo aggiungere l'influenza rilevante che è stata svolta dal contesto sociale allargato.

Si sono sviluppate così molte ricerche psicoanalitiche che hanno illustrato i funzionamenti dell'istituzione, mettendo in luce quella che

Mario Perini definisce un'organizzazione nascosta e cioè quella dimensione sommersa caratterizzata da alleanze individuali e collettive e dalle difese contro tale ansie che talora assumono una caratteristica di distruttività.

L'esistenza di ansie psicotiche tipica delle organizzazioni e delle istituzioni con caratteristiche di sofferenza sono documentate dai contributi della Tavistok, di molti autori come Elliot Jacques. Bleger per suo conto ha ipotizzato che in tutte le istituzioni funzioni una sorta di deposito permanente degli stati primitivi della mente generando quella che egli chiama "socialità sincretica di gruppo".

Kernberg tra le altre cose si sofferma sulla persecutorietà presente nei gruppi all'interno delle istituzioni. Più recentemente si sono sviluppati innumerevoli altri studi che per ragioni di tempo non riassumerò, a partire da Kaës che mette in luce tra gli altri i meccanismi che tendono alla conservazione del legame istituzionale, per non parlare dei numerosi italiani tra cui Boccara, Riefolo, Neri, Ferruta, Correale, Perini.

Il rispecchiamento tra l'utente e l'organizzazione del gruppo curante, il loro isomorfismo sono spesso citati come meccanismi per spiegare la frammentazione, la dissociazione, la identificazione proiettiva che si possono osservare nelle equipe e nelle istituzioni nel trattamento di casi gravi. Spesso sono accompagnati da vissuti di solitudine degli operatori, dal rischio di burn out e da un progressivo impoverirsi del pensiero del gruppo, insieme a vissuti depressivi di impotenza e indifferenza.

La risposta che viene data in queste situazioni è l'uso della supervisione istituzionale o la creazione di gruppi di lavoro guidati da un formatore.

Ma mentre nel passato, 30 anni fa, come nota Paolo Boccara, "Il modello di lavoro si era sviluppato contro un'organizzazione centrale come il manicomio e fondava la sua riuscita su l'impegno di grandi figure carismatiche". Oggi ci troviamo di fronte a un panorama differente caratterizzato a mio avviso dalla parcellizzazione della formazione e dalla parcellizzazione dell'intervento, dalla disorganizzazione delle strutture di équipe, dalla moltiplicazione dei modelli di lavoro che entrano spesso in competizione tra di loro e ancora (citando Boccara) "e da una situazione di autoreferenzialità caratterizzata come nella società da una identificazione molto più centrata sull'appartenenza professionale che sul confronto fra i diversi saperi". L'identità stessa

dell'istituzione in alcuni casi si affievolisce, e vengono messi in discussione dei riferimenti identitari come i riti che sono importanti sul piano dell'agito per favorire una solidarietà gruppal e il mito stesso fondatore dell'istituzione.

La cultura del passato sembra essere sparita e sono rimasta stupita dall'osservare in alcune equipe l'importazione di modelli di lavoro o tecniche presentati come innovativi, con l'aspettativa di aver trovato la soluzione ideale e magica, mentre essi erano in realtà presenti, a mia memoria, da molti anni.

L'influenza del contesto sociale attuale pesa anche nell'organizzazione istituzionale dove osserviamo una dimensione competitiva fraterna, elemento che caratterizza anche la società attuale basata più sulla fratria che sulla dimensione verticale retta dal padre. In questa configurazione il paziente è sempre di più proprietà del singolo operatore piuttosto che oggetto di cura del team.

La supervisione istituzionale resta allora una buona risposta in queste circostanze, purché venga incontro a specifici obiettivi come contenere la conflittualità tra gli operatori, definire con chiarezza quale è l'oggetto di lavoro, tenendo conto della specificità del contesto e dei mandati istituzionali (Boccaro, pag 19 Interazioni) permettere un progressivo scambio delle informazioni e delle esperienze, favorendo la conoscenza tra i membri del gruppo, dando voce a ciascuno e alla fine permettere l'emergere di un pensiero gruppal e.

Conclusioni

Per finire voglio riprendere alcune delle raccomandazioni che ci dà Racamier a proposito della supervisione nel suo libro "lo psicanalista senza divano" pag 177.

Voglio citarne soprattutto tre.

La prima *"non fate pressioni affinché il personale curante si interessi ai malati, ma aspettate che questo interesse si risvegli spontaneamente insegnandogli innanzitutto a vedere i malati: sappiate che in effetti medici e gli infermieri che non curano si comportano così perché non vedono"*.

Due sono i punti cruciali di questa affermazione. La spontaneità

dell'interesse e il vedere il problema. Solo un interesse spontaneo e autentico verso il paziente e il lavoro clinico permette di vedere il problema. Se il medico vede e non si difende con la negazione o la scissione, allora sarà sanamente coinvolto nella situazione, vedrà il bisogno e lo curerà.

Il secondo ammonimento di Racamier è *“aspettatevi delle crisi e ancora non crediate mai che l'istituzione abbia finito di evolversi”*. In questo caso lo psicoanalista francese ribadisce che ogni istituzione, come ognuno di noi, va avanti per crisi e in fondo la crisi apre anche ad una possibilità di evoluzione e non solo ad un peggioramento o ad una possibile cronicizzazione dei problemi.

Non perdere la speranza nel trattamento dei pazienti gravi è poi uno strumento fondamentale.

Finisco con la considerazione, a mio avviso più importante, anche per tutti coloro che svolgono un lavoro all'interno di gruppi di supervisione: *“usate le vostre teorie personali nel modo più modesto, più discreto possibile. Mantenetevi vicini alle realtà più concrete e non crediate che il vostro lavoro in un'istituzione possa modificare il volto del mondo”*

Particolarmente quest'ultimo mi sembra significativo perché segnala la necessità per lo psicoanalista di non sentire la sua teoria come la verità unica e assoluta, ma invece lo invita a condividere con l'altro, e con le teorie altre, uno spazio di pensiero e di comprensione reciproca.

Lo psicoanalista ha bisogno di trasformare il paziente che a sua volta lo trasforma e nell'ambito dei gruppi di supervisione ha bisogno di confrontarsi per la costruzione di un progetto paritario terapeutico sia per il paziente individuale che per il gruppo che per l'istituzione e per lo stesso psicoanalista.

Se le nostre teorie diventano poi una sorta di religione della mente, perdiamo di vista le realtà più concrete del paziente, sulle quali dobbiamo portare aiuto e comprensione. Negli ultimi anni la psicoanalisi ha osservato la molteplicità di linguaggi con cui il paziente comunica, alcuni di essi sono agiti e concreti e forse sono questi i livelli ove dobbiamo portare maggiormente il nostro intervento.

Il lavoro costante ed eroico di molti operatori delle istituzioni e dei servizi pubblici, che lottano ogni giorno contro le difficoltà e la povertà delle risorse messe a loro disposizione mi desta una grande ammira-

zione, credo perciò che tutti noi abbiamo molto da imparare da un lavoro condotto con uno scambio reciproco e paziente.

Bibliografia

- Bleger J. Simbiosi e ambiguità. Laetana Loreto 1992
Bocara P. Famiglia e istituzioni, il dolore che cura, Interazioni 2008, Franco Angeli Roma,
Elliott J. Lavoro, creatività e giustizia sociale. Boringhieri Torino 1990
Kaes R. Le teorie psicoanalitiche del gruppo, Borla Roma 2006
Kernberg O. Psicoanalisi e formazione. Franco Angeli Milano 2016
Racamier P.C. Lo psicoanalista senza divano. Cortina Milano 1992

Quale formazione?

I Seminari clinici di Gruppo

Anna Ferruta

Lo strumento dei *Clinical Group Seminars* ha un'indicazione specifica per l'area dei pazienti che sono oggetto di cure da parte dei professionisti e delle istituzioni della psichiatria. Per *Clinical Group Seminars* o *Conferenze Cliniche* si intende il dispositivo di formazione costituito da un gruppo di professionisti (psichiatri, psicoterapeuti, specializzandi) e da un conduttore psicoanalista che si riuniscono per lavorare intorno a un caso clinico: non è analisi delle dinamiche inconscie messe in gioco dai partecipanti a livello della loro situazione personale, non è supervisione da parte di uno psicoanalista più esperto sul materiale clinico, come avviene in un setting di supervisione duale.

Si tratta di uno strumento che attiva un modo analitico di funzionare, particolarmente utile nelle situazioni in cui, nel rapporto di cura con pazienti difficili da raggiungere, si assiste a un blocco del pensiero nella coppia paziente-curante e alla tendenza a prendere la via di fuga diagnostico-definitoria e ad applicare concetti predefiniti a una realtà statica che finisce per rappresentare solo un dato da esaminare (anamnesi, comportamenti, diagnosi, terapie, ecc.).

Il seminario costituisce un luogo mentale atto ad accogliere aspetti della mente del paziente grave (situazioni di morte psichica, blocco della capacità di pensare, amare, lavorare) che la mente individuale del terapeuta non ha lo spazio sufficiente per accogliere, e che lo inducono simmetricamente a un imprigionamento in schemi inerti, ideologici o imitativi.

Il *Clinical Group Seminar* è un luogo nel quale si attivano movimenti di libertà mentale atti a sciogliere situazioni di stallo nella relazione del paziente con il curante e/o con l'istituzione curante e a permettere il formarsi di nuove riorganizzazioni psichiche.

La sua qualità analitica è costituita dagli elementi caratterizzanti il metodo: un setting ben definito -uno spazio-tempo ampio, almeno due ore, perché il gruppo si possa riunire in una condizione di libertà che permetta il movimento di pensiero - e un metodo basato su associazioni

libere da parte dei partecipanti e attenzione fluttuante da parte del conduttore, che, dopo un'intensa interazione di comunicazioni conscie/inconscie nel gruppo, ha il compito di mettere insieme i diversi aspetti del paziente che ciascuno ha colto in modo da incontrare la sofferenza psichica nell'estensione e profondità difficilmente raggiungibili dalla mente individuale (Kaës, 2008).

Formare attraverso l'esperienza emozionale

Il *Seminario Clinico di Gruppo*¹ si presenta come un contenitore "ludico", nel senso winnicottiano (1971) del termine: propone un lavoro del gruppo che come nel gioco non consiste solo nell'osservare un fenomeno (per esempio il paziente) ma nel diventare parte della dinamica attivata, realizzando una partecipazione in prima persona all'esperienza del gruppo e all'attività terapeutica.

Il modo di funzionamento ludico rappresenta uno strumento formativo fondamentale per permettere ai curanti della psichiatria di fare esperienza delle loro emozioni durante lo svolgimento del seminario di gruppo, di essere essi stessi cassa di risonanza delle emozioni scisse o

¹Questo funzionamento mentale è descritto da diversi autori con formulazioni differenti ma sostanzialmente convergenti: la *central phobic position* descritta da Green (2000) come funzionamento in analisi di pazienti che ripetono assetti mentali rigidi per evitare attraverso il fluttuare associativo di entrare in contatto con emozioni che non sono attrezzati ad affrontare; la *rêverie* bioniana, rivisitata da Ferro (2003) spesso con passaggi molto arditi, come capacità di sognare con il pensiero onirico della veglia contenuti inconsci non accettati (es. la notizia di un tumore da parte di una paziente, che usa la 'realtà' del tumore per sbarrare la strada alla 'realtà' terrorizzante che sta emergendo in analisi e che può essere riferita anche all'esperienza di una interpretazione vissuta come un contenuto proliferante maligno invece che nutritivo); il rapporto contenitore-contenuto bioniano inteso da Ogden (2004) come un processo vitale in continua espansione e cambiamento. L'espansione della capacità del contenitore può prendere forma nel cominciare a ospitare associazioni eterogenee o a notare dettagli apparentemente irrilevanti; la crescita del contenuto si riflette nell'espansione della gamma e profondità dei pensieri e sentimenti derivati dalla esperienza emozionale. Contenitore e contenuto sono inscindibili, in una relazione di figura-sfondo reversibile.

negate del paziente di cui si sta parlando e rese percepibili attraverso la funzione porta-parola dei partecipanti al gruppo stesso.

Nel suo funzionare in associazioni libere e attenzione fluttuante il gruppo realizza la ripresa del funzionamento dell'apparato per pensare come oscillazione tra emozione azione conoscenza secondo lo specifico analitico, un'oscillazione tra conoscere e diventare, tra K e O di Bion (1961). L'esigenza fondamentale è allargare lo spazio ludico nel quale conoscere spesso è anche diventare l'oggetto, è vivere un processo autotrasformativo e non solo osservativo.

Si attiva una funzione narrativa che trova i modi di dare forma e dare senso a quanto accade, sottraendolo al destino a senso unico dell'azione evacuativa di scarica, che può essere effettuata sia dai pazienti sia dai curanti. La funzione curante e pensante viene svolta dal gruppo stesso, di cui fanno parte il clinico che ha presentato il caso e lo psicoanalista conduttore, senza deleghe carismatiche e senza intrusioni estrattive.

Da questo punto di vista, il seminario clinico costituisce un apprendimento trasformativo: presenta le caratteristiche di un processo di supervisione perché permette di comprendere aspetti del paziente non colti dalla dimensione solo individuale della mente; attiva una trasformazione dello stato emotivo dei partecipanti che a turno si trovano a diventare personaggi del mondo interno del caso presentato, funzionando come aspetti scissi, denegati, non rappresentati di questo, messi in gioco dalle dinamiche inconse di gruppo. La trasformazione riguarda lo stato emotivo dei partecipanti come fonte principale di conoscenza e non come utilizzo del seminario in senso terapeutico: l'esposizione emotiva di ciascuno, disponibile a funzionare in associazione libera per dare la propria permeabilità ad ospitare l'estraneo, l'altro da sé, a lasciare emergere aspetti non conosciuti di sé, non deve essere abusata a scopi di interpretazioni analitiche individuali. È in gioco la comunicazione verbale non solo nel suo significato referenziale, ma anche nella sua dimensione drammatica, scenica, del diventare qualcun altro, cioè il personaggio che parla a nome di parti del paziente denegate o scisse o non rappresentate.

Enzo Morpurgo (1998) è uno degli psicoanalisti che ha raggiunto maggiore profondità nel parlare dell'ascolto analitico da parte di terapeuti capaci di ascoltare la sofferenza del paziente senza negarla: "Sembra che persone cosiffatte, talora legate da un rapporto alla pari, siano prive di 'tensione', siano dotate di uno spazio interno accogliente ma

non tale da ‘tener dentro per sempre’, e siano fornite di aperture all’esterno silenti, potenzialmente attive, ma non avidi. Sono persone dotate di ‘prolungamenti’ della mente capaci di sondare le menti altrui senza ferirle e senza dominarle” (Morpurgo, 1998,78).

Bibliografia

- Bion W. R. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma, 1971.
- Ferro A. (2003). *Fattori di malattia, fattori di guarigione*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ferruta A. (2005). La supervisione come strumento del lavoro terapeutico nelle istituzioni di cura. In: Vigorelli M. (a cura di). *Il lavoro della cura nelle istituzioni*. Angeli, Milano.
- Ferruta A. (2010). Il seminario clinico di gruppo come esperienza analitica, accanto all’analisi e alla supervisione. In: Gabriellini G. (a cura di). *Giovanni Hautman e il pensiero gruppale*. Felici, Pisa.
- Ferruta A. (2011). Il contenitore istituzionale nelle patologie gravi. *Funzionegamma*, 27, <http://www.funzionegamma.edu/numero.asp?id=53>
- Ferruta A. (2019). Beyond supervision-La mujer que llora: Clinical Group Seminars as Psychoanalytic Experience. In Eizirik C.L., Foresti G. (ed.) *Psychoanalytic Ideas and Application Series*. IPA, Routledge, London and New York.
- Green, A. (2000). The central phobic position: a new formulation of the free association method. *Int.J.Psycho-Anal.*, 81, 429-452.
- Kaës R. (2008). *Un singolare plurale*. Borla, Roma.
- Morpurgo E. (1998). *Chi racconta a chi?* Angeli, Milano.
- Ogden T.H. (2004) *On holding and containing, being and dreaming*. *Int.J. Psychoan*, 85, 1349-1364
- Winnicott D.W. (1971). *Gioco e realtà*. Armando, Roma, 1974.

I Seminari Analitici di Gruppo

Una diversa esperienza di supervisione istituzionale

Paolo Boccara

“L’alterità dell’altro sofferente è la fonte del carattere patogeno della risposta. Anche lo psicoanalista più attrezzato e protetto è ugualmente tentato a respingerla, per difendersi anziché accettare, ricevere e tollerare il dolore del paziente, per darsi il tempo per capire o per non capire mai, per capire e non poter far niente, per poter tollerare di non aver nessuna garanzia certa alla riuscita dell’impresa”

E. Morpurgo (1998)

Il *Seminario Analitico di Gruppo* ha trovato in questi ultimi anni, soprattutto attraverso il lavoro teorico clinico pluridecennale di Anna Ferruta, una particolare posizione nell’ambito delle supervisioni nel campo istituzionale e formativo, anzitutto per quell’area di pazienti gravi dove i rapporti prolungati nel tempo, le forti componenti di identificazione tra terapeuti e pazienti e le diverse soggettività in campo, hanno la necessità e l’opportunità di uscire dal blocco del pensiero individuale e dalla forte simmetria che spesso le contraddistingue.

Chi vi partecipa si riunisce per un tempo di circa due ore con uno o più conduttori psicoanalisti e la sessione di gruppo inizia sempre con l’ascolto di una breve relazione sulla storia di un caso clinico, scelto da uno dei partecipanti, centrata soprattutto sulle problematiche e le difficoltà presenti in quel momento del percorso terapeutico.

Il *Seminario Analitico di Gruppo* fa riferimento quindi all’esperienza psicoanalitica di gruppo, pur non essendo assolutamente centrata sull’analisi degli aspetti inconsci personali di chi vi partecipa e neanche sulle dinamiche di una tradizionale supervisione in gruppo di uno psicoanalista più esperto a un insieme di operatori di uno stesso servizio o di servizi diversi. Questo tipo di esperienza clinica e formativa ha però comunque una connotazione prettamente psicoanalitica: viene organizzata con un setting definito di circa due ore in un ambiente adatto a una discussione di gruppo; è improntata al metodo psicoanalitico basato sulle libere associazioni dei componenti il gruppo e sulla atten-

zione fluttuante del conduttore; ha lo scopo di attivare, più che un processo di conoscenza, una vera e propria *esperienza* dei partecipanti che passa attraverso *un diventare l'oggetto* della discussione e non solo rimanere osservatori o ascoltatori del caso clinico.

Infatti dopo l'esposizione della relazione clinica, in genere letta a voce alta dal terapeuta partecipante al *Seminario*, inizia una discussione basata, appunto, sulle libere associazioni, veicolate da impressioni, pensieri, immagini, sensazioni, mediante le quali i membri del gruppo portano ognuno il proprio contributo soggettivo su quello che ritengono significativo del loro ascolto. Successivamente, dopo questo iniziale confronto e circolazione di idee, il conduttore del *Seminario* propone alcune sue prime considerazioni, tendenti a includere gli aspetti – più o meno inconsci- evidenziatisi nel pensiero gruppal, provando così ad avviare una possibile costruzione di una nuova narrazione del caso.

Dopo questa prima fase di 'restituzione' da parte del conduttore, il gruppo viene poi sollecitato (compreso il terapeuta del caso clinico, fino ad allora invitato solo all'ascolto) a proseguire ulteriormente il confronto sia su queste prime ipotesi integrative sia sulle altre considerazioni precedenti. E così si prosegue, fino a raggiungere da parte del conduttore a una visione condivisa del caso esposto, inclusiva delle tante prospettive emerse dalle comunicazioni conscie/inconscie nel gruppo, che integrano aspetti psichici e intersoggettivi del paziente, del curante e della loro relazione terapeutica.

Accade quindi che durante lo svolgersi di un *Seminario Analitico di Gruppo* vengano frequentemente *depositate* nei partecipanti alcune angosce vissute dai terapeuti o dai pazienti nel lavoro clinico, alcuni aspetti emotivi e ideativi non necessariamente evidenziatesi nella relazione terapeutica, o che possono rappresentarsi particolari immagini nuove riferibili ad aspetti trascurati dai singoli protagonisti coinvolti nella situazione esposta. E tutto ciò permette di utilizzare tutto questo materiale lungo un percorso di trasformazione che si avvale del confronto con i diversi aspetti emersi dal coinvolgimento emotivo degli stati mentali dei partecipanti.

Può costruirsi quindi una 'nuova narrazione' che consente spesso di dare forma, immagine, senso a quanto è accaduto (e accade) nella relazione terapeutica raccontata e nel gruppo, senza che le diverse proposte associative rimangano meri aspetti evacuativi di un vissuto reso intollerante da frustrazione e paura. Punti di vista, aspetti nuovi e trasformati

rispetto a quelli espressi dalle diverse menti individuali al lavoro, che scaturiscono dai diversi 'personaggi' raffigurati attraverso il pensiero gruppale, che possono così dare spazio e una rappresentazione condivisa ai diversi stati del sé del paziente e del terapeuta magari denegati o stabilmente dissociati. Il *Seminario* diventa perciò un vero e proprio *luogo mentale* che può avvicinare aspetti della mente del paziente grave che la mente individuale del terapeuta (e anche dei partecipanti al gruppo) non ha lo spazio sufficiente per accogliere. Un *luogo* in cui si attiva un movimento di disponibilità mentale che permette di liberarsi dal blocco e che consente l'instaurarsi di nuove riorganizzazioni psichiche.

Per questi motivi il *Seminario analitico di gruppo* può essere considerato una vera e propria *esperienza analitica*, particolarmente adatta ad affrontare la frequente paralisi del dispositivo terapeutico in cui il terapeuta (o il gruppo del servizio a cui fa riferimento) si trova a vivere, e che spesso viene a rappresentarsi attraverso alcune difficoltà a muovere affetti, pensieri, gesti che invece vengono attivati durante la discussione nel gruppo. Un'*esperienza* che, pur non diventando mai - come già detto - un'analisi delle dinamiche inconsce messe in gioco dai partecipanti a livello della loro situazione personale, risulta una pratica analitica potenzialmente e a volte effettivamente *trasformativa*, in quanto strumento che attiva un modo analitico di funzionare. Uno strumento utile per affrontare in modo creativo tutte quelle situazioni cliniche in cui nel rapporto di cura si assiste a un blocco del pensiero, a una tendenza difensiva a prendere una via di fuga diagnostico-definitoria o a applicare concetti predefiniti a una realtà mentale e relazionale che si mantiene imm modificabile. Un'*esperienza analitica*, appunto, che accoglie aspetti della mente del paziente grave che la mente individuale del terapeuta non ha lo spazio sufficiente per ospitare e che spesso lo inducono simmetricamente a un imprigionamento in schemi inerti ideologici o imitativi.

Durante le due ore del *Seminario* non si osserva perciò un *fenomeno* (per esempio il paziente) ma si diventa parte della dinamica attivata, realizzando una partecipazione in prima persona all'esperienza del gruppo e all'attività terapeutica, proprio attraverso una trasformazione del proprio stato emotivo, in cui i partecipanti a turno si trovano a *diventare personaggi* del mondo interno del paziente, funzionando inconsciamente come aspetti dissociati, scissi, denegati, non rappresentati,

messi in gioco dalle dinamiche inconscie di gruppo. La comunicazione verbale è messa quindi in gioco anche nella sua dimensione drammatica, scenica, nel 'diventare qualcun altro' e, attraverso tali movimenti di libertà mentale dei partecipanti, si riesce molto spesso a sciogliere situazioni bloccate della relazione del curante con il paziente e del curante o del paziente con l'istituzione

Succede così che la permeabilità dei membri del gruppo a 'ospitare progressivamente l'estraneo', l'altro da sé, lascia emergere anche aspetti non conosciuti di sé inevitabilmente dissociati, motivo per cui non sono ammesse interpretazioni analitiche individuali. L'obiettivo è invece creare uno spazio per pensare, come in ogni percorso psicoanalitico, utilizzando in questo caso un involucro mentale gruppale che permette la messa in scena di legami intersoggettivi dissociati anche tra familiari, pazienti e curanti.

Tutto questo mi è sembrato sempre molto utile anche per la effettiva ricaduta terapeutica e formativa in quei servizi dove le dinamiche della relazione individuale col paziente e le dinamiche di gruppo tra chi cura e chi partecipa alla vita istituzionale, diventano ostacoli troppo spesso al processo terapeutico o contribuiscono all'instaurarsi di uno stallo, senza diventare occasioni di condivisione e allargamento del pensiero. Ma mi è apparsa anche un'a circostanza particolarmente importante di confronto tra la l'Istituzione Psicoanalitica e le Istituzioni Pubbliche di Cura, in un periodo storico in cui la ricerca psicoanalitica contemporanea sta sempre più approfondendo il tema delle diverse modalità con cui i soggetti possono comunicare inconsciamente i loro affetti, dai primi rapporti nell'infanzia fino a quello che succede nella relazione terapeutica. Oggi viene considerato fondamentale *ciò* che l'analista/terapeuta ascolta ma anche *come* lo ascolta, cioè come l'ascolto possa permettere di individuare quelle 'esperienze arcaiche di scambi emozionali' che si attivano attraverso le connessioni con la mente dell'altro. E siccome nei casi clinici proposti si evidenziano spesso non solo gli effetti dell'*assenza* dell'oggetto, ma anche le conseguenze di una *presenza* traumatica ed eccessiva, i *Seminari* stessi diventano anche la possibilità per il gruppo di sperimentare in prima persona il valore di una presenza accogliente e creativa del pensiero dell'altro

Essendo la mente umana un'organizzazione funzionale in grado di elaborare i propri contenuti con modalità diverse, risulta sempre più

vantaggioso nei *Seminari Analitici di Gruppo* valorizzare i diversi canali di comunicazione: non solo il linguaggio verbale, ma anche quello non verbale e l'*azione*, intesa come una forma di "rappresentazione immaginaria drammatizzata". Si permette così di vivere un'esperienza in diretta di come i contenuti mentali - dei pazienti e dei curanti e anche dei membri del gruppo che *ascoltano* il caso - siano veicolati spesso da *comportamenti e azioni* emotivamente significative più che solo dalle parole. E siccome molti contenuti psichici possono essere così trovati nella mente dell'altro attraverso le proprie emozioni, si sviluppa così un reciproco processo di conoscenza verso *l'altro*. L'*altro* che è rappresentato qui sia dal curante - come testimone di comportamenti di azioni altrui e agente di comportamenti e azioni proprie, - sia dai partecipanti al gruppo in cui si racconta il caso.

Potremmo dire che i *Seminari Analitici di Gruppo* funzionano come una sorta di 'strumento sensibile' agli affetti e alle emozioni dei partecipanti coinvolti (e, tramite essi, dei pazienti e dei terapeuti del caso riportato), portando anche alla sorprendente scoperta di parti inedite e dissociate di sé stessi. Riflettere *analiticamente* sulle comunicazioni nascoste o prive di rappresentazione mentale del paziente e sulla responsabilità della soggettività e autoreferenzialità dei curanti, si rivela così un utilissimo strumento per ri-rappresentare il trauma pregresso, che si ripropone al terapeuta *in* sua presenza e *per* la sua presenza.

Sappiamo come nei servizi è facile la deriva alla concretezza e alla simmetria, e che questa però può essere ridimensionata proprio attraverso l'uso analitico della propria partecipazione soggettiva e in particolare affettiva. Perché rendersi disponibili a riferire gli accadimenti del campo terapeutico (e istituzionale) anche alla propria partecipazione emotiva, potenzia le possibilità trasformative della cura e permette l'affiorare di una maggiore leggerezza.

Quella stessa leggerezza che molti dei partecipanti dichiarano di provare alla fine di un *Seminario Analitico di Gruppo*.

Bibliografia

Morpurgo E., *Chi racconta a chi?* Angeli, Milano, 1998.

Il pensiero clinico e il gruppo di lavoro: posizione etica e riflessioni sulla fatica dell'operatore

Giuseppe Saraò

Inizio questo breve intervento con una citazione di L. Pagliarani, che testimonia la funzione etica che deve rimanere centrale nella nostra vita professionale, anche in situazioni di lavoro difficili. È un punto di vista che ci può aiutare nei passaggi insidiosi, una bussola che ci rassicura e che permette di non perdere la strada, che rimanda alla consapevolezza e alla necessità di aver coscienza di un difficile compito: ogni situazione di lavoro contiene una doppia lealtà: lealtà verso l'istituzione e l'altra verso i bisogni dei pazienti per l'appagamento dei quali l'istituzione è nata. Almeno finché l'istituzione è coerente con sé stessa, i membri dovrebbero poter conservare la loro lealtà verso tutte e due le parti (Pagliarani, 1973).

Il lavoro di Anna Ferruta fa pensare e ci costringe a riflettere su come funziona un seminario analitico di gruppo. Così conosciamo gli aspetti formali e strutturali del gruppo che si riunisce per discutere su un caso clinico. Per far questo è necessario avere una grande attenzione al setting del gruppo e nel contempo focalizzare l'elaborazione clinica sulla dimensione dinamica che si sviluppa naturalmente e che caratterizza la processualità del dispositivo di quel gruppo.

Ferruta racconta bene, con stile e scrittura chiara, la funzione ludica del contenitore gruppo attraverso l'illustrazione di due casi clinici. Inoltre si sofferma sulla funzione della conduzione che non solo fa rispettare il compito (pensiamo ai gruppi operativi di Pichon-Riviere, 1971), ma di come il conduttore utilizzi il suo apparato mentale per aiutare il gruppo a digerire e sognare gli aspetti grezzi del materiale clinico. Si tratta di una conduzione che ascolta ma anche configura, utilizza i frammenti e i resti del discorso manifesto. Inoltre fa vedere al contenitore gruppo la propria processualità: gioca insieme al gruppo per costruire una nuova immagine che permette di confrontarsi con la ripetizione della relazione cronica.

Il lavoro del gruppo è alla ricerca di altri punti di vista che portano ossigeno al terapeuta in panne. Si tratta di un gruppo diverso da una classica supervisione duale, forse si avvicina per certi aspetti, alla supervisione di un conduttore esterno in un servizio.

Fondamentale è il lavoro sui resti, le frattaglie, i pezzi che avanzano e che la psichiatria categoriale spesso butta via. Anzi c'è una grande attenzione su come trattare i prodotti di scarto, su quali metodi da usare per il riciclo di materiali non nobili che caratterizzano il gruppo.

Il conduttore valorizza e aiuta il gruppo nell'espansione della pensabilità: bisogna produrre con quello che c'è, pensare e confezionare un piatto nuovo, magari imperfetto, ma che valorizzi quello che c'è a cui si dà un nome nuovo.

Su questo mi voglio fermare e sviluppare uno sguardo eccentrico, laterale.

Il senso del mio intervento è quello di guardare dal punto di vista del gruppo di lavoro e del sistema servizio come un apparato per curare, uno sguardo che utilizzi un grandangolo capace di tenere insieme fenomeni complessi. Sappiamo che il gruppo di lavoro è un apparato potente ma delicato che necessita continuamente di una messa a punto, di un prezioso lavoro di manutenzione, senza il quale il funzionamento è destinato inesorabilmente ad incepparsi.

Penso che questo sia il motivo principale della fatica di cui parlano spesso gli operatori; non è solo il peso di relazioni terapeutiche ripetitive che fanno percepire lo spessore dell'impotenza e a cui si deve dedicare attenzione. Ma accanto a questo spesso, in maniera insidiosa, il gruppo di lavoro non gira nel senso di aiutare ogni singolo operatore; in poche parole il gruppo talvolta si ammala e questo espone lo psichismo del singolo operatore ad ulteriori stress.

A. Ferruta giustamente ci parla, pensando e citando Kaes, alla funzione del sogno nel gruppo e dell'importanza che si venga a creare una dimensione sognante.

Qui voglio pensare alle difficoltà nei servizi di fare dei gruppi: discussione sui casi – supervisioni – gruppi terapeutici – gruppi con i familiari – gruppi riabilitativi.

A tutto questo sin è aggiunto il Covid che di per sé attacca i gruppi e la gruppaltà. Il Covid ha creato una grande sofferenza ampliando i movimenti centrifughi nei gruppi curanti, isolando ulteriormente i singoli operatori.

I servizi negli ultimi venti anni si sono impoveriti, la cultura psicologica e psicoanalitica è diventata fortemente minoritaria, spesso del tutto assente. La dimensione pionieristica dei supervisori psicoanalisti è ormai ridottissima, la conduzione di un servizio di uno psicoanalista

ormai è un evento eccezionale.

Questa tendenza viene da lontano: la gruppalità nei servizi di salute mentale per quanto necessaria è fortemente messa in discussione. Perché accade tutto questo?

Eppure A. Ferruta citando il grande Zapparoli dice: “è fondamentale far assumere al paziente nella terapia analitica una funzione attiva per procedere nella cura”.

Ed ancora Anna pensando a Winnicott ci ricorda come nei casi complessi e non solo, sia fondamentale costruire un ambiente non infantilizzante ma facilitante.

Perché è allora difficile costruire servizi e gruppi di lavoro che non siano respingenti e spesso infantilizzanti?

Qual è l’ombelico, per parafrasare Freud e Kaes, del gruppo di lavoro e del servizio rispetto all’istituzione a cui appartengono?

La questione è come si tiene e si configura la mente estesa del gruppo di lavoro (pensando a Badaracco-Narracci, 2010). Una tessitura complessa che merita grande attenzione, senza la quale le capacità terapeutiche si riducono con il conseguente rischio che prevalga il controllo sociale rispetto alla possibilità di avvicinare il dolore mentale.

La psichiatria sociale post manicomiale ha avuto il grande merito di mettere al centro la storia individuale e familiare del paziente facendo una forzatura e spesso negando il valore della mente dell’individuo.

È stata spesso molto ideologica, ma è stato anche un movimento di rottura che ha messo in scacco l’istituzione. Ha evidenziato l’importanza del contesto ambientale nella cura del paziente difficile, il valore delle relazioni familiari, il peso e le potenzialità della storia personale che non può essere isolata. In poche parole la malattia mentale è anche una malattia delle relazioni sociali e chi cura ha il dovere morale di non ridurre il sintomo ad una fastidiosa appendice da estirpare ed eliminare.

Purtroppo, da tempo, assistiamo ad una deriva categoriale neo kraepeliniana, attraverso l’uso di farmaci non sempre adeguati e di una diagnostica definitoria che spersonalizza la storia dei pazienti, una cura del sintomo che diventa una chiara presa di posizione ideologica che nega la realtà storica e psichica del paziente. In tale assetto il vantaggio per l’operatore è di possedere uno scudo di protezione che garantisca e rassicuri rispetto al tema del contagio psichico che la vicinanza con il dolore mentale procura. Una scelta professionale che oggettivizza il paziente, lo medicalizza brutalmente e che produce un potere che preserva

l'operatore dalla vicinanza e dai movimenti identificatori che naturalmente si attivano nell'incontro con il disagio dell'altro.

Come psicoanalisti sappiamo che la sofferenza altrui ci mette in crisi e che continuamente dobbiamo attivare una funzione della nostra mente che permetta di oscillare tra una presenza che incontra la sofferenza dell'altro e un allontanarsi per rientrare in sé. Un allenamento che non finisce mai, una posizione instabile ma preziosa al servizio della cura e dell'interesse per il paziente. Si può a buon diritto definirla come una posizione etica che il terapeuta assume di attenzione e rispetto per una soggettività poco conosciuta che si rivolge a noi per chiedere qualcosa di importante.

Se prevale, nei servizi, la tentazione oggettivante in cui il sintomo e l'emergenza diventano centrali e rappresentano la sola direzione dell'intervento, avremo come conseguenza il rinforzo dei meccanismi di negazione ed evitamento sia dentro il gruppo di lavoro che nella cultura di cura degli operatori. In questa direzione sarà naturale la ricerca di una posizione di protezione emotiva ricorrendo ad un rifugio nella individualità e lo stesso lavoro nel gruppo diventerà pericoloso e definitivamente prevarranno le preoccupazioni medico legali con un ritiro nella medicina difensiva.

Pensiamo ai gruppi di lavoro spesso sfilacciati e burocratizzati dove nel tempo il lavorare insieme è evento eccezionale, molto difficile. Il sintomo principale è la fatica di ritrovarsi nel gruppo, in tale assetto il collega non è più risorsa ma diventa qualcuno con cui competere e da tenere a distanza. Inoltre si vengono a creare sottogruppi organizzati che tentano di screditare il lavoro comune e la vita scissionale prende il sopravvento rispetto ai movimenti integratori che operano nel funzionamento del gruppo di lavoro.

Sappiamo che la capacità terapeutica di un servizio-gruppo di lavoro, è predisporre un setting allargato, uno scenario teatrale (Saraò e alt., 2012) in cui si può mettere in scena la complessità del disagio mentale.

Solo se si costituisce un ambiente facilitante non oggettivante e violento si possono leggere i fenomeni clinici complessi e pensare ad un progetto terapeutico che possa essere evolutivo.

Se questo non avviene prevale il versante del sintomo come ripetizione che continuamente ripropone qualcosa che non si è compreso.

Il gruppo è diventato un pericolo per l'istituzione? E' uno scandalo?

È una domanda che propone un tema scottante che diventa centrale rispetto ad un servizio di comunità che dovrebbe curare attraverso una relazione personalizzata contenuta nella cornice di un gruppo di lavoro.

Oggi osserviamo che nell'operatività dei servizi di salute mentale non vengono favorite queste esperienze e invece prevalgono sempre di più le procedure che spezzano il legame dentro il gruppo di lavoro, isolano gli operatori nei loro steccati professionali, spesso si viene a creare contrapposizioni tra sottogruppi in guerra gli uni contro gli altri. Purtroppo spesso si trasformano in luoghi dove non sono importanti le persone, ognuno deve trovare il modo per proteggersi ed evitare il più possibile il contatto con la sofferenza mentale.

Se un servizio non costruisce setting facilitante diventa una istituzione totale che ripropone violenza e simmetria rispetto al nocciolo della follia.

Inoltre è esperienza comune che c'è una grande difficoltà nell'accogliere i genitori e le famiglie: tale prassi è un grave errore tecnico e rimanda ad una domanda inquietante: se questo è vero come si può leggere la complessità della storia transgenerazionale che si attiva dentro le patologie difficili?

Adesso rivolgo lo sguardo verso il mondo della psicoanalisi, pongo alcune questioni che riguardano tutti e che ripropongono domande non semplici e spesso scomode.

Abbiamo come psicoanalisti una teoria ma anche una conoscenza dell'istituzione sanitaria?

La gruppalità è un valore terapeutico che noi proponiamo, pensiamo che nei servizi pubblici sia un valore non rinunciabile?

Questa ultima domanda nasce dalla convinzione che trattare i disturbi mentali gravi necessiti di una cassetta degli attrezzi, che in ambito pubblico significa di come si costruisce e si mantiene nel tempo un gruppo di lavoro che contenga ma anche decodifichi i molteplici significati dei sintomi e degli agiti dei pazienti-famiglia. In poche parole non possiamo riproporre anche noi una cultura individuo centrica nell'affrontare le patologie difficili.

I gruppi proposti da A. Ferruta sono un ottimo strumento, un metodo per apprendere dalle emozioni attraverso l'esperienza di stare insieme. Allenano gli operatori a sentire ed accogliere il pensiero dell'altro che non è coinvolto nella relazione terapeutica, aiutano ad ampliare lo sguardo e favoriscono le produzioni fantastiche che si attivano nel qui

e ora della seduta gruppale.

Altro tema fondamentale è come le buone esperienze terapeutiche gruppali possono essere legate tra di loro in una complessità che la cura dei pazienti difficili richiede.

Dobbiamo dire, come psicoanalisti, che un intervento su una patologia complessa necessita di un terapeuta ma anche di un gruppo di lavoro che aiuta il terapeuta nel progetto terapeutico.

Possiamo affermare che è necessario non solo attivare dentro un servizio, per i pazienti esperienze gruppali, ma è anche necessario porsi il problema di come queste esperienze siano collegate e pensate e quindi la domanda da farsi subito dopo: gli operatori che non partecipano all'esperienza gruppale hanno una rappresentazione in cui c'è posto anche per il setting gruppo come parte integrante dell'intervento complesso del sistema di cura per quel paziente?

Altro punto: ogni istituzione e ogni gruppo ripropongono il tema del conformismo e della maggioranza silenziosa (Bleger 1966; Gaburri - Ambrosiano 2003).

La psicoanalisi porta all'interno della relazione il tema di come affrontare e sviluppare le differenze dando valore ai conflitti, al fine di promuovere la soggettività dell'individuo.

Possiamo portare la peste (pensiamo a Freud quando sta per sbarcare in America), dentro l'istituzione conservando una visione laterale ed eccentrica rispetto al mandato istituzionale?

E come interloquire con la leadership del servizio-gruppo di lavoro?

È un tema che ci interessa come psicoanalisti, oppure pensiamo che basta la nostra prestazione professionale per fare qualcosa di psicoanalitico?

Lavorare psicoanaliticamente oggi nell'istituzione significa farsi carico dei collegamenti, ecco perché i gruppi sono importanti. Ma non bastano e possono essere facilmente inseriti e inglobati nel conformismo istituzionale.

Come si collegano i setting di intervento?

Utilizzare il multisetting di un servizio (Comin e alt. 2015) è un grande valore di cura che un intervento privato difficilmente può garantire. Ma se questo è vero la domanda successiva è: come si collega l'intervento terapeutico centrale con il resto dell'ambiente facilitante?

Quale dialogo tra leadership e un intervento psicoanalitico?

Come la conduzione di un gruppo psicoanalitico si lega al resto degli

operatori che intervengono su quel caso?

Come possiamo, pensando in maniera psicoanalitica, costruire una mente estesa nel senso di un ambiente facilitante?

Il tema è come si possono aiutare gli operatori ad avvicinare il dolore mentale senza sentirsi invasi e contagiati.

Possiamo come psicoanalisti segnalare che i fattori terapeutici da favorire sono la costruzione di un ambiente facilitante e la valorizzazione del ruolo attivo del paziente; se questo avviene si va in senso inverso all'evitamento e alla posizione fobica del paziente e del suo contesto.

Come psicoanalisti dobbiamo essere disponibili a pensare e creare dispositivi analizzanti che possono vivere dentro una istituzione sanitaria.

Ci dobbiamo chiedere perché come psicoanalisti abbiamo difficoltà a valorizzare tutto quello che è fuori del setting abituale del nostro intervento.

Penso a tutte le funzioni intermedie che sono indispensabili per tenere insieme una comunità, che producono legami, le micro azioni in cui si possono depositare gli aspetti sincretici della presenza umana (Bleger, 1966), agli spazi interstiziali che rappresentano luoghi preziosi in cui si può ricostruire un senso di appartenenza continuamente messo in crisi.

Infatti ogni operatore è costretto a confrontarsi da un lato con l'istituzione che ripropone il tema del controllo rispetto al versante della cura e sull'altra sponda la richiesta dei sintomi e degli agiti che ripropongono spesso una temporalità sospesa e ripetitiva. Una doppia collusione tra il mandato per il controllo sociale e la richiesta che tutto rimanga fermo.

Noi psicoanalisti, su tutto questo, possiamo dire molto e segnalare continuamente che abbiamo una posizione etica molto diversa.

Qui di seguito porrò alcuni punti per poter pensare insieme alcune questioni che riguardano il lavorare in un servizio di salute mentale, spunti di riflessioni meritorie di grande attenzione:

- come tenere insieme, nell'intervento terapeutico, l'individuo e il gruppo?

- la costruzione di un noi: l'operatore ha consapevolezza che ci sono collegamenti importanti da favorire con il paziente, il gruppo e l'istituzione?

- verticalità e orizzontalità: come integrare il codice genitoriale e il codice fraterno? Dialogano all'interno del gruppo di lavoro?

- come creare le condizioni (ambiente facilitante) per lo sviluppo della terzietà?

- l'intermediazione di Zapparoli (2002): nell'intervento abbiamo la consapevolezza che per il paziente è fondamentale far dialogare la parte sana con quella folle?

- eterogeneità della mente: per l'operatore il contesto del paziente è un valore o un problema da evitare?

- come conciliare la naturale tendenza al conformismo come risposta alla destabilizzazione prodotta dall'eterogeneo e dal molteplice, con il valore della scelta etica-professionale di favorire e coltivare le differenze che i nostri pazienti continuamente ci ripropongono?

- come si osservano e si pensano i transiti del multisetting nel lavoro quotidiano? C'è un'attenzione su questo? C'è uno spazio nel servizio in cui è possibile pensare insieme?

Domande complesse in cerca di possibili e difficili risposte ma che hanno il valore di permettere un pensiero comunitario in un passaggio storico in cui il valore dello stare insieme non è sempre centrale.

Bibliografia:

Badaracco J.E.G., Narracci A. (2010). *La psicoanalisi multifamiliare in Italia*. Torino: Antigone

Bleger J. (1966). *Psicoigiene e psicologia Istituzionale. Il Colloquio psicologico e contributi per una psicopatologia psicoanalitica*, a cura di M. Rossetti e M. E. Petrilli. Loreto: Ed. Lauretana, 1989.

Comin G., L., Saraò G., Sacchetti O., Tessari G.. "La cura dei legami familiari nel multisetting. Relazione presentata alla Conferenza EFPP: *Beyond babel? On sameness and otherness*", Berlino 26-28 giugno 2015.

Gaburri E., Ambrosiano L. (2003). *Ululare con i lupi, conformismo e rêverie*. Torino: Bollati Boringhieri.

Kaes R. (2010). *Il lavoro dell'apparto psichico in tre spazi della realtà psichica. Un modello della complessità*. Riv. Psicoanali., 56, 3: 671-685.

Pagliarani L. (1973). *Utilità pratica dello studio della Menzies. Psicoterapia e scienze umane*, n. 1-2, Franco Angeli, Milano.

Pichon-Riviere E. (1971). *Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*. Loreto: Ed. Lauretana, 1985.

Saraò G., Zani L., Di Lillo M., Bigozzi M.. *Il setting variabile e il legame: due personaggi in cerca di autore. Relazione presentata al V° Congresso Internazionale della coppia e della famiglia*, tenuto a Padova il 25-28 luglio 2012.

Zapparoli C. (2002). *La follia e l'intermediario*. Dialogos Edizioni.

Ripensare il caso clinico al Centro Psicoanalitico di Bologna

Marco Monari, Franco Gazzoletti

“Se non riesci a sopportare il calore, sta’ fuori dalla cucina” (Bion, Seminari Italiani)

Ringraziamo gli organizzatori di questo incontro perché ci hanno fornito la possibilità di riflettere intorno al nostro lavoro di questi anni, che altrimenti rischiava di rimanere trascurato in qualche cassetto della nostra mente, nonostante i dialoghi informali tra un incontro e l’altro. L’esperienza si è svolta nel corso di 4 anni dal 2016 al 2019 nel Centro Psicoanalitico di Bologna, e ha riprodotto il formato che era stato attivo con successo a Milano, di cui abbiamo anche preso, chiedendolo ad Anna Ferruta, la denominazione di “Ripensare il caso clinico”.

Il setting degli incontri era rappresentato da un incontro lungo - dalle 17 alle 19.30 di venerdì pomeriggio, e gli iscritti erano 12, medici e psicologi, operatori nei Servizi provenienti dalla nostra regione, ma anche dal Trentino e dalle Marche - in modo da avere una presenza media di una decina di colleghi.

Ci siamo scelti per affinità personali (entrambi abbiamo a lungo lavorato nei Servizi pubblici) e teorico-cliniche, dopo gli anni di lavoro comune nel Gruppo Gravi del nostro Centro.

Le funzioni dei due conduttori, pur condivise, erano in parte diversificate ed uno di noi sempre svolto quella di segretario che inizia e chiude i lavori, prendendo appunti intorno alla discussione del caso clinico, di solito presentato in forma scritta.

Spesso giungevamo stanchi al venerdì pomeriggio, con una certa difficoltà ad iniziare, come succede nei gruppi, ma ad essa altrettanto spesso è corrisposta, nel corso del gruppo, una sensazione di curiosità vivificante che ci ha frequentemente portato al dispiacere di concludere la discussione ed all’attesa di conoscere il prosieguo della storia clinica tra paziente ed istituzione curante.

Nella seduta del gruppo, che fra poco descriveremo, sono presenti anche i due coterapeuti, lo psichiatra C e la psicoterapeuta S. che da qualche settimana incontra la paziente due volte la settimana.

Un breve resoconto clinico: Laura.

C racconta di aver conosciuto la paziente in SPDC ove era ricoverata dopo un tentativo di autolesionismo non particolarmente grave con farmaci. Laura è una ragazza di 22 anni, che pare molto più giovane, graziosa, piccola di statura, dalla chioma rosa e dai grandi occhi azzurri. Ricoverata per pochi giorni, ne esce totalmente spenta dalla terapia farmacologica. Laura, per quanto emerso da lei e dai genitori, è sempre stata una bambina problematica e tendenzialmente oppositiva. Come esempio, C racconta che da bambina era accompagnata all'asilo in bicicletta dalla madre e che tutto il circondario la conosceva perché, dopo poche pedalate, Laura urlava piangendo tutta la sua disperazione in modo così plateale da indurre la madre a riportarla rapidamente a casa. L. non ha mai concluso la sua carriera scolastica, tra fasi in cui bullizzava i compagni e fasi in cui si ritirava rapidamente quando era costretta a subire la pressione dell'ambiente scolastico. Ha iniziato a lavorare presto, nonostante l'agiata situazione economica della famiglia. La madre, commerciante, è la capofamiglia, ma pare incapace di ogni contatto empatico, mentre il padre è l'umile servitore dei suoi bisogni, una figura sottomessa ed in secondo piano, che vive isolato nella sua stanza, da separato in casa. L. presenta una sintomatologia dell'area borderline: vuoto, rabbia, impulsività, incompetenza ideo affettiva si accompagnano a gesti autolesionistici quando è abbandonata dalla partner nelle sue relazioni omosessuali. Si sente abbandonata anche a suo dire dal silenzio di una prima psicoterapeuta che rapidamente smette di frequentare. E qui entra in scena S, la collega presente nel gruppo, che riferisce quanto abbia subito fin dall'inizio il suo transfert ostruttivo che la vuole sottoposta ad un regime dittatoriale, al tu e ad un atteggiamento molto oblativo, raccontandole allo stesso tempo che fin dall'età di 3-4 anni Laura desiderava morire. Tutto sembra andare bene, ma a sua insaputa, L. non si reca agli appuntamenti con C, fino ad una domenica che S trascorre al telefono con la paziente ed i suoi familiari alle prese con le minacce autolesive di Laura dopo una lite con la compagna.

A questo punto uno di noi ferma il racconto per limiti di tempo e per poter far lavorare il gruppo. L'atmosfera è di una evidente rassegnazione nell'ascolto di una storia di ordinaria follia tante volte vissuta.

Uno di noi coglie come in una sorta di scena modello, l'immagine di Laura bambina, disperata con la madre in bicicletta. Il giro associativo si attiva immediatamente e risveglia l'atmosfera nel gruppo. I temi

sono i più vari: dalla manipolatorietà alla seduzione sessuale, alla scissione che da elemento intrapsichico diviene interpersonale tra i due curanti, alla mancanza di una trama mentale, di una pelle psichica, all'angoscia di morte abbandonica, all'inconsolabilità come segno della matrice traumatica ed alle difficoltà primarie di rispecchiamento empatico dell'ambiente familiare, anche se l'altra figlia più giovane di qualche anno sembra esserne uscita indenne... sono sottolineati vari altri aspetti come la mancanza di un contratto e di un piano di gestione della crisi (argomenti molto in voga nella nostra regione perché indicati nelle linee guida locali). Lo psichiatra insiste raccontando come gli abbandoni siano per Laura assimilabili al vuoto cosmico e alla morte, quanto poco sia stata nella mente dei suoi genitori, resi ancor più ansiosi dalle angosce di Laura e perciò a lei asserviti. E forse anche nella sua mente visto che delle ultime peripezie domenicali non era informato, essendosi Laura un po' allontanata dal servizio.

A partire da ciò uno di noi sottolinea la funzione genitoriale mancante nella vita affettiva della paziente. La discussione in seguito si appropria vivacemente di questo argomento fino alla proposta che i due curanti possano diventare una coppia di genitori finalmente affidabili e perciò in grado di dettare le condizioni al cui interno ciascuno possa svolgere la propria funzione. Siamo giunti al termine dell'incontro, quando dobbiamo trovare un titolo alla paziente, che viene rapidamente chiamata "La bambina inconsolabile".

Abbiamo scelto questo caso, forse abbastanza semplice, ma allo stesso tempo complesso per le forti emozioni in gioco, per mostrare la cura con la quale cerchiamo di garantire la fluidità del funzionamento del gruppo, per noi molto importante.

Ci troviamo d'accordo, come coconduttori, nel lasciare nei nostri incontri la teoria sullo sfondo utilizzando un linguaggio piano e raramente teorico, cercando di sviluppare nel gruppo un'atmosfera di aiuto reciproco non persecutorio, né paternalistico e nemmeno giudicante. Ci siamo interrogati se quello che ci accomuna sia un certo stile di incontro con il paziente: una 'benevola curiosità' nello 'stare con', un affettuoso interesse e un rispetto profondo per i resoconti clinici difficili che ci vengono raccontati dai colleghi, nei quali si intersecano le storie personali dei pazienti, quelle dei curanti e di noi tutti. Ci è sembrato centrale

nel nostro lavoro con il gruppo il concetto di assunzione di responsabilità: 'ti prendo in cura' ed esso funziona anche come limite di questo desiderio di onnipotenza. In ogni caso ci ricorda l'umiltà necessaria in tutte le situazioni cliniche, quelle gravi in particolare.

Nella discussione con i colleghi capitano spesso interruzioni reciproche senza attendere che l'altro abbia concluso, nel senso che quello che privilegiamo, forse, è il potere seguire il filo delle associazioni dei partecipanti e nessuno si sente prevaricato da questa modalità.

Ci siamo trovati d'accordo nell'avere nel gruppo, una leadership leggera che favorisca, pur nelle inevitabili asimmetrie dei ruoli, lo sviluppo delle associazioni, la cura del gruppo attraverso la cura del paziente, senza imporre una visione interpretativa forte da parte di chi sa a colleghi ridotti ad ascoltatori passivi.

È forse anche l'interesse per la dimensione narrativa del nostro lavoro clinico, per le storie spesso comuni e di ordinaria follia che permeano le sofferenze dei nostri pazienti, che ci accomuna nel nostro lavorare insieme. Particolarmente importante ed emozionante è sempre stato il momento in cui l'atmosfera emotiva del gruppo comincia a distendersi e a sciogliersi, di solito dopo la segnalazione di un'ipotesi fino a quel punto oscurata oppure al fiorire associativo che permette un cambio di atmosfera nel gruppo che inizia così più fattivamente a lavorare.

Nonostante fosse stato detto che la discussione clinica partisse da un breve scritto intorno alla storia del paziente e alle notizie cliniche necessarie alla discussione, a volte siamo stati travolti da situazioni e vicende assai lunghe da raccontare. Dal momento che ciò rischia di saturare troppo i nostri incontri, come conduttori, siamo intervenuti nel cercare di delimitare il racconto del collega a quegli aspetti per i quali il caso veniva portato. Spesso ci siamo riusciti, altre volte meno.

Il nostro desiderio prevalente è quello di aiutare il confronto e non quello di metterci in bella mostra, ma non tutti i partecipanti hanno forse compreso pienamente questo atteggiamento.

Ci è sembrato che l'aiuto che può essere dato ai colleghi del gruppo abbia a che fare con l'individuazione di un'area apparentemente ignorata fino a quel momento.

Vediamo come uno sforzo comune il tentativo di raggiungere un certo grado di rappresentabilità, intendendo con questo la capacità di accogliere e contenere elementi frammentati bonificandoli, avviando così un processo di integrazione.

Ci rendiamo conto come la composizione del gruppo sia cambiata nel corso degli anni, alcuni colleghi non si sono iscritti, ma il perno è il gruppo. È come se esso fosse fondato su un gioco interattivo; questa dinamica sembra essere determinata dalla sua capacità, quando giunge a funzionare, di fare un'esperienza emotiva di condivisione empatica, esperienza direbbe Meltzer che nasce dalla presenza del sentimento della Bellezza come risposta emotiva diretta, immediata e condivisa tendente a conciliare le varie posizioni presenti: il calore della cucina?

Bibliografia

Bion W.R. (1977) *Seminari Italiani*. Borla, Roma, 2011.
Meltzer D. *La comprensione della bellezza*. Loescher, 1981.

Introduzione alla giornata di Studio

Tiziana Bastianini

“Sul senso dell’esperienza psicoanalitica nel Gruppo Multifamiliare”

L’oggetto psichico è incomparabilmente più complicato dell’oggetto materiale (dell’archeologo) e la nostra conoscenza non è preparata abbastanza a ciò che dobbiamo trovare, perché la sua struttura più profonda nasconde ancora molto mistero.

(Freud 1937)

Desidero introdurre le mie brevi riflessioni sul senso dell’esperienza psicoanalitica nel Gruppo Multifamiliare attraverso l’esergo tratto da “Costruzioni nell’analisi”, che mi pare condensi la cifra profonda dello spirito con il quale continuiamo a ricercare intorno alle forme e alle qualità in cui lo psichico si rivela attraverso gli strumenti teorici che abbiamo costruito per incontrarlo. Sono trascorsi molti decenni dalla comparsa di quello scritto e le nostre conoscenze intorno all’oggetto psichico hanno compiuto molti progressi. Abbiamo via via compreso la complessità dei processi psichici e contemporaneamente siamo diventati più consapevoli delle condizioni per l’insorgenza dei loro disturbi.

Freud, ci ricorda:” Essa, (la psicoanalisi) si attiene ai dati di fatto del proprio campo di lavoro, tenta di risolvere i problemi immediati dell’osservazione, procede a tentoni avvalendosi dell’esperienza, è sempre incompiuta e disposta a dare una nuova sistemazione alle proprie teorie oppure a modificarle... nell’attesa che una determinazione più precisa di questi concetti e di queste premesse emerga dal lavoro futuro.” (Freud 1922) È la clinica, in tutte le sue forme, che costantemente interroga il metodo e lo mette alla prova. Una clinica che da tempo ha esteso i propri confini oltre la cura individuale, costruendo dispositivi in grado di cogliere le forme di legame che altrimenti non saremmo in grado di accogliere.

Introdurre questa giornata sulla Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF)

è per me motivo d'interesse scientifico, ma anche, come ho detto in altre circostanze, personale ed affettivo.

Ho incontrato la pratica della Psicoanalisi Multifamiliare molti anni fa nel Centro di Salute Mentale, iniziammo allora, con Andrea, in modo pionieristico e avventuroso il primo gruppo ambulatoriale a Roma di Psicoanalisi Multifamiliare. Psicoanalisti, desiderosi di ampliare le possibilità di cura dei pazienti con grave sofferenza psichica, davano avvio a una nuova esperienza che sarebbe diventata di lì a qualche anno, il prototipo di numerose altre realtà cliniche. Un piccolo laboratorio di pratica terapeutica e riflessione teorica allora informale (Ateneo), a cui partecipavano con grande entusiasmo anche numerosi operatori provenienti da altre strutture; una piccola comunità, che nel corso del tempo è andata ampliandosi, dando vita a numerosi gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare in diversi contesti terapeutici. Un nuovo "modo di lavorare" (Narracci 2011,2015) che si è rivelato nel tempo, un approccio fecondo nella cura delle patologie psicotiche e dei loro legami danneggiati. Ho avuto la fortuna di vedere al lavoro G. Badaracco e di poter condividere con lui, in alcune sedute di gruppo, la sua modalità di avvicinarsi ai pazienti e ai genitori, muovendosi nei legami patologici e nelle interazioni conflittuali in una forma diretta e capace di restituire senso e speranza anche nelle situazioni apparentemente più difficili. *Una testimonianza nella pratica clinica*, del suo profondo convincimento che in ciascun paziente e in ciascun legame, anche in quelli più danneggiati e apparentemente irreparabili, permanga un nucleo di materiale psichico potenziale, "*la virtualità sana*", pronta a poter essere espressa, solo se vista e riconosciuta.

Come non riannodare in questo senso, la continuità di tale ipotesi con l'ultimo Freud che ci ricorda come anche nelle psicosi più gravi ci sia sempre un angolino da cui il paziente osserva la realtà, da cui vede che il suo delirio non è tutto il reale, ed è proprio quell'angolino della mente del paziente che attende di essere "scoperto" da un'altra mente.:

"un angolino dell'animo...in cui si tiene sempre un legame celato... con una persona normale. Che assiste come spettatore imparziale al trascorrere della malattia e del suo tumulto.". (Freud, 1938)

Parlare di "psicoanalisi multifamiliare" oggi, dopo numerosi anni di pratica consolidata, rimanda ancora una volta dal mio punto di vista a due questioni di fondo che ci interrogano come comunità psicoanalitica e scientifica: da una parte continuare a riflettere e ricercare sul *tema dell'estensione della psicoanalisi e del suo metodo*, nelle articolazioni

dei dispositivi psicoanalitici utili a consentirci di comprendere alcune forme di emergenza dell'inconscio nei legami tra le generazioni. Dall'altra, continuiamo a riflettere sulla costituzione di un soggetto che nasce all'interno di matrici psichiche originarie, fondate sul desiderio e/o l'ambivalenza inconscia di chi ha generato, individuando nella genealogia uno dei vettori che fondano il processo di costituzione della soggettività. Una genealogia della formazione delle strutture psichiche ove prende forma l'emergere di configurazioni psicopatologiche, in un ampio orizzonte che conduce a includere persino, le necessità e i destini delle generazioni successive.

Una trasmissione inconscia della vita psichica tra le generazioni che rende lo stesso soggetto, depositario talvolta, di sofferenze in latenza da più generazioni. (Feinberg, 1993, Kaes 1993, 2003, 2015) Del resto, sappiamo che il problema dell'estensione della psicoanalisi relativo alla conoscenza della realtà psichica inconscia, che prende forma nei legami, ha avuto numerosi momenti di transito: basti ricordare i bambini, gli adolescenti, le psicosi, gli stati al limite, le coppie, ma un ulteriore passaggio ha riguardato la comprensione delle forme di emergenza dell'inconscio nel gruppo, di cui la forma del legame familiare è il prototipo naturale perlomeno nella nostra cultura.

Afferma Freud: "Nella psicoanalisi è esistito fin dall'inizio un legame molto stretto fra la terapia e la ricerca, dalla nostra conoscenza è nato il successo terapeutico e, d'altra parte, ogni trattamento ci ha insegnato qualcosa di nuovo; parimenti ogni nuovo elemento conoscitivo è stato accompagnato dall'esperienza dei benefici effetti che da esso potevano derivare. Soltanto se esercitiamo nella pratica la nostra cura d'anime analitica, riusciamo ad approfondire le conoscenze sulla vita psichica umana balenateci appena." (Freud 1927)

La necessità di continuare ad approfondire da un punto di vista teorico concettuale il tema delle estensioni della pratica psicoanalitica contemporanea, nel senso di come si dispieghi la nostra azione terapeutica e come essa interroghi e metta alla prova il nostro dispositivo analizzante, appartiene naturalmente anche al dispositivo della psicoanalisi Multifamiliare. Nel nostro caso interroghiamo la complessità epistemologica posta dall'estensione del metodo ai sistemi pluripsichici (Kaes 2015), essa ci appare come un'esigenza indifferibile per la nostra comunità scientifica. *Ogni concezione della cura deve approfondire la natura dell'azione*

terapeutica individuandone le componenti più significative e questo naturalmente riguarda anche la psicoanalisi multifamiliare. I dispositivi psicoanalitici si sono ampliati per dare conto dei contesti e delle forme nelle quali la vita psichica inconscia può essere giocata nell'incontro con l'altro dotato di capacità di ascolto analitico. Il nostro contributo all'approfondimento della comprensione della psicoanalisi soprattutto nella sua potenzialità di produrre dispositivi analizzanti che danno luogo a peculiari forme di esperienza psicoanalitica, ci rende consapevoli che ogni concezione dell'azione terapeutica sia legata al modo in cui concepiamo la formazione delle strutture psichiche e la natura della sofferenza psichica; detto in altri termini al modo in cui concepiamo ogni "divenire soggetto" e di conseguenza ogni processo analitico.

L'ampliamento dei confini della cura psicoanalitica si è inoltrato verso i territori precoci dello sviluppo psichico, dove la risposta dell'oggetto può lasciare un'impronta indelebile nei confronti delle capacità di simbolizzazione del soggetto. Se la scoperta psicoanalitica dell'inconscio ha rappresentato la possibilità della costruzione dell'oggetto teorico proprio della psicoanalisi, esso si è costruito "col metodo psicoanalitico, sul paradigma dell'inconscio o della realtà psichica inconscia (Kaes 2016 p.48). Ciò ha consentito di esplorare il potenziale epistemologico dello stesso dispositivo analitico; abbiamo assistito al tentativo di concettualizzare l'estensione della pratica psicoanalitica ai sistemi psichici plurisoggettivi nei quali la nozione di inconscio travalica i confini del soggetto (Kaes 2015). Contemporaneamente, le diverse espressioni del disagio psichico in relazione alla formazione delle strutture psichiche, mettevano in primo piano una nuova coppia concettuale, pulsione/intersoggettività, ridisegnandone i confini. Una "pulsione messaggera" poteva incontrare "l'oggetto/soggetto nell'altro" (Roussillon, Green) istaurando quel complesso dialogo volto a ritrovare la fondazione del soggetto e delle sue necessità in un tessuto psichico, fatto di scambi emozionali, alla cui sorgente vi sono uno o più psichismi incarnati.

In questo momento storico, credo, possiamo affermare di essere giunti a un punto in cui è necessario riflettere sui "*dispositivi analizzanti*" considerati nella loro pluralità.

Abbiamo compreso che occorre una teoria generale dei dispositivi analizzanti e contemporaneamente una teoria capace di cogliere le forme di emergenza dell'inconscio all'interno dei legami, ed è a questa che dobbiamo dedicarci. Occorre, immaginare per il futuro, una metateoria dei

dispositivi che, appoggiandosi su quello che abbiamo già capito del dispositivo primario della psicoanalisi, potrà cercare di fare emergere un certo numero di meta-principi dei dispositivi analizzanti stessi.

Quando Badaracco, ha concepito un dispositivo specificamente adattato ai pazienti con grave sofferenza psichica e alle loro famiglie, il GPMF, (tutti voi oggi presenti continuate a portare avanti queste forme di esperienza psicoanalitica), ha prevalso la necessità di riconoscere la specificità dei modi di simbolizzazione e appropriazione soggettiva della vita psichica che emergono nella storia dei pazienti e delle loro famiglie, al fine di creare un dispositivo ad hoc per comprendere tali forme di emergenza dell'inconscio, nelle relazioni e nei legami tra due o più generazioni. Un inconscio, (qui proverò a porre alcuni quesiti che si intrecciano con la mia ricerca di questo periodo), che abbiamo scoperto, soprattutto nei casi più gravi, potersi esprimere al di là del linguaggio verbale. (CFR Bastianini, Ferruta, Guerrini, 2021)

Prendere in considerazione le varie forme di espressione dello psichico che caratterizzano la qualità dei legami intrapsichici ed intersoggettivi nei processi psicotici e/o borderline, ci conduce a considerare modalità di produzione di materiali psichici, che trovano allora possibilità d'espressione in alcune forme di azione, di comportamento o di *enactment*, quali forme di comunicazione inconscia. Tali forme, possiamo considerarle *spinte psichiche verso l'integrazione*, volte a tradurre in forma simbolica, attraverso la cooperazione inconscia di altre menti, di esperienze soggettive iscritte nella memoria secondo codici presimbolici, preriflessivi, preverbali.

“In altri termini, c'è un transfert specifico che si gioca sul dispositivo... Sul dispositivo si trasferisce il rapporto del soggetto con la simbolizzazione, direi anzi più precisamente, il transfert della storia del soggetto in rapporto alla simbolizzazione, la storia dei suoi successi, dei suoi rischi o addirittura dei suoi traumi specifici. Ed è in funzione di questo transfert che il dispositivo è “utilizzabile” per un dato soggetto” o per più soggetti. (Roussillon 2017)

Nel 1938 quando verso la fine di “Costruzioni nell'analisi” ritorna sulle condizioni di innesco dei deliri e delle allucinazioni, Freud evoca delle esperienze soggettive che precedono la comparsa e l'uso dell'apparato del linguaggio. Questa è una delle grandi questioni attuali della psicoanalisi e credo delle varie concezioni dell'azione terapeutica compresa naturalmente la psicoanalisi GPM e presuppone che il lavoro analitico

possa essere condotto anche su esperienze soggettive precedenti l'emergere della parola, sulle condizioni di investimenti primari che si sviluppano prevalentemente al di fuori del sistema di simbolizzazione della parola. Certamente possiamo immaginare che alcune di queste esperienze primitive siano state poi riprese e reinterpretate a posteriori nei termini della simbolizzazione linguistica.

Alla radice delle concezioni terapeutiche del GPMF è possibile, dal mio punto di vista, rintracciare una prospettiva contemporanea sulla psicosi. Una concezione della psicosi come complessa psicopatologia dello sviluppo, con una nuova attenzione rivolta alla dimensione traumatica nel legame.

Se accettiamo l'idea che al cuore della psicosi vi sia un traumatismo primario, Freud in *Analisi Terminabile* e *Analisi Interminabile*, ancora una volta torna a postulare l'esistenza di tracce che indicano cicatrici traumatiche, in che modo tale traumaticità può incontrare possibilità trasformative in un contesto terapeutico che offre l'opportunità di nuove relazioni, nuovi legami? In che modo l'attivarsi di dinamiche transferali molteplici e parallele, peculiari di un gruppo che ospita al proprio interno più generazioni legate da vincoli originari, può dar forma a significative trasformazioni?

L'importanza fondamentale che la Psicoanalisi Multifamiliare attribuisce alla necessità di indagare il problema della trasmissione della vita psichica sul piano intersoggettivo ed interpsichico è un ambito concettuale condiviso con altri orientamenti psicoanalitici.

Riguardo gli elementi della concezione teorica che sottendono il GPMF occorre ricordare, proprio in sintonia con gli sviluppi del pensiero di G. Badaracco, il contributo pionieristico di S. Ferenczi e la sua concezione traumatica della sofferenza psichica. Una concezione del traumatico che costituisce, a mio modo di vedere, la base della successiva teorizzazione di G. Badaracco riguardante le interdipendenze patologiche e patogene, e, la sfida posta dal trauma alla pensabilità, sin dalle origini della disciplina psicoanalitica.

La Psicoanalisi Multifamiliare è una Psicoanalisi che indaga i legami, patogeni e patologici, intrapsichici e intersoggettivi, all'interno della diade, la triade e la famiglia. Il soggetto psichico cui si riferisce è un soggetto plurale che ospita al proprio interno una molteplicità di vettori

identificatori non sempre in dialogo fluido nella mente.

L'identificazione è uno dei maggiori processi di trasmissione della vita e della morte psichica tra generazioni, cui Badaracco nella sua teorizzazione ha dato grande rilievo.

Noi non saremmo, noi non avremmo potuto essere ciò che siamo nella nostra umanità senza l'investimento che ci ha fatto oggetti, all'origine della vita, di un desiderio e garanti di una continuità narcisistica. (Aulagnier 1979, Kaes 1985)

Che cosa si trasmette prevalentemente sul piano implicito nella dinamica intersoggettiva? Penso alle trasmissioni traumatiche, si trasmette ciò che non è stato ricordato e simbolizzato, un impensato che è stato "dissociato", come la mancanza, il trauma, la malattia, la perdita. (Kaes 1993)

Si trasmette quello che resta in sofferenza e/o in giacenza nella trasmissione stessa: "Stati dell'essere non trasformati conservati nell'individuo". (Bollas 1985) Per quali vie inconscie, contenuti psichici di un simile effetto alienante sulla formazione del senso di sé passa da un soggetto a un altro, da una generazione all'altra?

Seguendo questo interrogativo e tornando al tema dell'azione terapeutica del GPMF possiamo chiederci (in consonanza con alcune riflessioni di A. Narracci (2015) se lo sviluppo del concetto della "mente ampliata", la mente del gruppo, non generi uno sfondo, una base inconscia, una costruzione intersoggettiva gruppale, rappresentando in tal senso il luogo da cui attingere nel processo di generazione delle nuove esperienze psichiche.

Se l'inconscio di ognuno è contrassegnato dalle tracce lasciate dall'esperienza, sembra che nelle esperienze traumatiche tali tracce legate al dolore, tendano alla ripetizione. Il ruolo svolto dalle memorie traumatiche ci mostra che esistono delle esperienze del passato, tracce, che appaiono ripetersi da una generazione all'altra ed essere resistenti all'influenza trasformativa del presente. Una tragica intrasformabilità che mette alla prova i nostri strumenti, sfida la nostra tenuta.

Il GPMF è il tentativo terapeutico di rispondere a questa sfida!

“Arrancare verso Betlemme.... O pensare l’impensabile”

Concludo queste brevi riflessioni attraverso una metafora proposta da N. Coltart (2017):

“Arrancare verso Betlemme.... O pensare l’impensabile”, è il titolo di un lavoro e la metafora di cui la Coltart si avvale, prendendola in prestito da alcuni versi di Yeats (nella meravigliosa poesia, il Secondo Avvento). La Coltart pensa sia una metafora utile a parlare di Psicoanalisi e a me è sembrato uno sfondo utile ad evocare il lavoro psichico necessario per guadagnare possibilità di conoscenza attraverso l’uso dei nostri dispositivi. Creare, passo dopo passo, le condizioni necessarie perché una esperienza psicoanalitica nei diversi setting e attraverso i vari dispositivi possa prendere forma. Arranchiamo, avanziamo con difficoltà nella nostra umanità dolorante, ospitiamo “sentimenti, fantasie ed esperienze senza parole che arrancano in una forma ancora impensabile, verso la pensabilità.” (N. Coltart 2017) La poesia si conclude con due versi in cui il poeta si chiede “quale rozza bestia” arranchi verso Betlemme per venire alla luce.

Forme di vita psichica, materiale grezzo, che arranca nelle viscere della nostra psiche e preme per venire alla luce, per raggiungere Betlemme in modi e forme misteriose che ci ricordano che “la nostra psiche è estesa” (Freud 1938) e travalica i confini del soggetto.

In altri termini, nella nostra disciplina siamo sempre alle prese con la necessità di una continua elaborazione teorica inerente al tentativo permanente di tematizzare in modo molteplice ed articolato, ciò da cui origina il pensiero. Questo sfondo dell’esperienza analitica costituisce il legame da cui si originano le numerose ed eterogenee produzioni psichiche, che tentiamo di intercettare attraverso il nostro metodo e i suoi dispositivi.

“La bestia che arranca”, è forse tutto ciò che può assumere una configurazione emergente all’interno dei legami intrapsichici e intersoggettivi, in forma di affetti, immagini o sensazioni, talora in un al di là della parola o nella parola stessa.

Questa metafora mi sembra utile perché ci consente di iniziare a vedere come prendono configurazione nel nostro pensiero le forme in cui il nostro oggetto epistemico si dà alla nostra intuizione. Forse, è proprio questo lo specifico del lavoro psicoanalitico, la possibilità che il nostro

metodo sia in grado di intercettare questo spazio epistemico. In altri termini, una spinta etica, oltreché epistemica, a comprendere sempre di più lo studio qualitativo delle singolarità umane e dei modi in cui tendono a legarsi, separarsi, attaccarsi, negarsi etc. Abbiamo atteso con Freud che “il disegno emergesse” e perché il disegno emergesse, dovevamo dotarci di un metodo. Per rimanere nella metafora, le bestie che arrancano per raggiungere Betlemme” sono di differente qualità, le diverse qualità dello psichico e le forme ed i modi in cui vengono alla luce ci mettono direttamente in contatto con Freud che ci ricorda In una nota scritta su di un foglio nel suo esilio a Londra, attraverso un’affermazione affascinante e enigmatica al contempo: “la psiche è estesa, di questo non sa nulla”. Si tratta di uno degli appunti che sono stati riuniti con il titolo di "Risultati, idee, problemi", nell'ultimo volume degli scritti freudiani, nell'estate del 1938, circa un anno prima della sua morte.

Il metodo psicoanalitico rimane la risorsa fondamentale a cui fare riferimento per incontrare ogni “nuovo “avvento”. Siamo consapevoli dell’inestricabile legame del sapere psicoanalitico con la specifica pratica che l’ha fondato. È un metodo vivo quello a cui pensiamo profondamente legato all’esperienza che lo genera.

Bibliografia

- Garcia Badaracco J., “Identification and its Vicissitudes in the Psychoses. The Importance of the Concept of Maddening Object”. *Int. J. Psycho-Anal.* (1986), 67. 133-146.
- Bastianini T. (2015). Prefazione. In Narracci A. (a cura di), *Psicoanalisi multifamiliare come esperanto*. Antigone Edizioni, Torino.
- Bastianini T. Ferruta A. Guerrini Degli Innocenti B. (2021) *L’ascolto psicoanalitico. Per una estensione del paradigma dell’ascolto psicoanalitico*. Giovanni Fioriti Editore
- Coltart N. (2017) *Pensare l’impensabile*. Cortina Editore Milano
- Freud (1938) b *Il compendio di psicoanalisi*. OSF Vol 11, Bollati Boringhieri Torino
- Freud (1938) a “*Risultati, idee, problemi*”. OSF Vol 11, Bollati Boringhieri Torino
- Kaës, R., Faimberg, H., Enríquez, M., Baranes, J.J. (1993). *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*. Roma: Borla Edizioni, 1995.

Narracci Andrea (a cura di), *“Psicoanalisi Multifamiliare come esperienza”*, Antigone Edizioni, Torino, 2015.

Roussillon R. (2018). Paradigmi per un'estensione della pratica psicoanalitica. In Bastianini e Ferruta *“La cura psicoanalitica contemporanea”*. Giovanni Fioriti Roma

Introduzione alla mattinata sui gruppi di Psicoanalisi Multifamiliari presso la SPI

Andrea Narracci

La possibilità che si tenesse questa riunione è il frutto di un lungo lavoro, iniziato molti anni orsono, nel momento in cui venimmo a conoscenza del lavoro di J.G. Badaracco (1997).

Il suo straordinario contributo partì dalla presa in esame di tutti i tentativi, svolti dagli psicoanalisti nel corso del secolo scorso e in quello attuale, avente per oggetto il trattamento di pazienti psichiatrici gravi attraverso la psicoanalisi e, in particolare, la psicoterapia psicoanalitica.

J.G. Badaracco tributò un grande riconoscimento a questi formidabili colleghi e raccontò, al contempo, una grande difficoltà incontrata da lui stesso quando si cimentò nel medesimo tentativo: questo tipo di trattamento può essere sviluppato nei confronti di un paziente e si possono ottenere buoni risultati nei suoi confronti; il problema nasce quando il paziente torna a casa e si immerge nuovamente nelle relazioni con le figure significative della sua vita. A quel punto, purtroppo, il suo stato peggiora di nuovo e rischia di azzerare i risultati raggiunti.

In relazione a questo tipo di problematica, J.G. Badaracco ci spiegò di aver tentato di utilizzare tutti i tipi di psicoterapia psicoanalitica: individuale, familiare, di coppia e di piccolo gruppo psicoanalitico.

In particolare provò ad utilizzare la terapia individuale e la terapia della famiglia.

Contemporaneamente a queste riflessioni, condotte in ambito psicoanalitico, J.G. Badaracco raccontò di avere vissuto una esperienza interessante in Ospedale Psichiatrico, dove era primario.

Quando i pazienti migliorarono, in relazione ai trattamenti a cui erano sottoposti, iniziò a chiamare i genitori e gli altri familiari per proporre loro di riprendere i pazienti a casa.

I parenti mostrarono delle perplessità, però restarono incuriositi del miglioramento dei pazienti e iniziarono a frequentare i gruppi.

In questo modo riuscì a costituire un luogo psicologico nuovo (setting) nel quale risultava possibile affrontare i problemi presenti nelle famiglie. Così iniziò a lavorare sistematicamente con gruppi di famiglie con al loro interno i pazienti e molti operatori: chi era più interessato a questa problematica e chi era in turno, tra di loro.

Così iniziarono a svilupparsi i Gruppi Multifamiliari.

J.G. Badaracco lavorò fino al 1968 in O.P.; in seguito presso la Comunità Terapeutica Ditem, fino al 1992.

Poi tornò in O.P. per fare Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare e si rese conto che questi gruppi potevano essere usati sia in situazioni di ricovero, come la Comunità Terapeutica o l'Ospedale Psichiatrico, sia presso situazioni ambulatoriali. A quel punto propose di chiamarli: "Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare".

In quegli anni, a cavallo del 2000, iniziò a venire in Italia, dove cominciò a sentire che la Psicoanalisi Multifamiliare trovava un terreno molto favorevole.

In effetti, ciò risultò vero e la grande partecipazione di operatori di tutta Italia alla riunione di oggi, che lavorano nei Servizi e hanno una sensibilità psicoanalitica, lo dimostrano.

La Psicoanalisi Multifamiliare, infatti, con l'introduzione del Gruppo costituito da tante famiglie e la conseguente costituzione di un setting inedito, da un lato introduce una capacità di lettura della patologia psichiatrica grave efficace e facilmente utilizzabile, dall'altro dà luogo alla possibilità di rimettere in discussione le posizioni di operatori diversi, sia per formazione psichiatrica e psicoterapica che professionale, apparentemente inconciliabili.

Per quanto riguarda il primo punto, J.G. Badaracco propone di fare tesoro delle due prime osservazioni effettuate in O.P.:

- 1) Il paziente e un genitore non erano diversi ma il paziente sembrava la caricatura del genitore;
- 2) I pazienti apparivano in uno stato migliore quando erano da soli in O.P. piuttosto che quando venivano i familiari, momento in cui regredivano.

Ipotizzò, così, che, nei casi di psicosi, la simbiosi originaria, tra il genitore e il paziente, non era mai stata superata oppure si fosse ricostituita, trasformandosi in una "trappola" per entrambi: figlio e genitore. Ne dedusse che, per guarire, era necessario che si mobilitassero entrambi, insieme al resto della famiglia.

Per quanto attiene il secondo punto, introdurre un MFPG (Multifamiliar psychoanalytic group) in un Servizio, può significare che operatori differenti per formazione psichiatrica e psicoterapeutica e operatori quali assistenti sociali, infermieri e terapisti della riabilitazione psichiatrica, imparino a lavorare insieme e a dare luogo ad un Servizio che svolge i

propri compiti secondo un codice culturale dell'intervento condiviso. Se poi, si riesce ad inserire un MFPG in ogni Servizio di cui si compone un DSM, come nella esperienza a cui ho partecipato, si può dare luogo a degli interventi di tipo dipartimentale, in cui ogni Servizio si fa interprete del proprio compito, correlato a quello dell'altro Servizio, a seconda delle necessità del paziente e non delle proprie.

Note:

(1997) Annamaria Nicolò invitò il prof. Jorge Garcia Badaracco a presentare il libro. "La Comunità Terapeutica Psicoanalitica di struttura multifamiliare", edito da Franco Angeli.

I sottili “fili rossi” attraverso cui leggere la nascita della psicosi

Alessandro Antonucci

*Lo stimolo per ogni pensiero è il bisogno umano
di conoscere la verità - la realtà di chi si è e di ciò
che sta accadendo nella vita di un individuo.*

Bion, 1962a

La nostra conoscenza clinica e teorica nell’ambito della cura delle psicosi e delle situazioni gravi con disagio mentale nasce prevalentemente dal campo dell’esperienza, a partire, tanti anni fa, dall’ospedale psichiatrico di Buenos Aires.

Le brevi storie cliniche che vi riporto vogliono avere lo scopo di raccontare un caso clinico nei suoi aspetti più essenziali, quasi un “filo rosso” da seguire per comprendere meglio la funzione terapeutica del GPMF e la sua importanza clinico-teorica, almeno nella nostra esperienza di psicoanalisti.

1 caso -

In un tempo non tanto lontano incontrai i genitori di Marta presso il CSM.

Il problema era proprio lo stile di vita ed il comportamento di questa ragazza che viveva in casa tutto il giorno, isolata, gesticolava parlando da sola, spesso era in ascolto di voci interne che la lasciavano attonita o perplessa. Dormiva in cucina su una sorta di poltrona allungata e non più nella sua stanza poiché vi erano influssi malefici sotto forma di raggi che avrebbe dovuto evitare. Ma soprattutto, comportamento a cui la madre non riusciva più a far fronte, questa ragazza le chiedeva continuamente di parlarle all’orecchio per chiedere perdono dei suoi peccati e delle sue blasfemie, tra cui volerla uccidere.

Si trattava di una ragazza affetta da una seria psicosi per cui i genitori avevano consultato alcuni psichiatri e due psicoanalisti della nostra società, senza che la situazione si fosse modificata ricevendo dai primi per altro l’indicazione di somministrarle i farmaci di nascosto.

Marta non aveva più intenzione di muoversi di casa e gli interventi fino ad ora proposti da familiari e sanitari non sembravano avessero alcun tipo di influenza su di lei.

Come e cosa fare per aiutare questa ragazza e i suoi genitori? Il punto

di partenza fu la nostra esperienza, di tanti anni di lavoro con pazienti psicotici, che ci suggerì di offrire uno spazio di cura per tutti, compresi i familiari, in quanto tutti erano avvolti, pervasi e strutturati dal mondo psicotico.

In una prima fase, invitai i genitori a partecipare al GPMF per avviare un pensare ed un ricordare intorno alle loro esperienze primarie relative a sé stessi e con Marta, nonché per favorire l'emergere delle dimensioni inconscie dei genitori all'interno di uno spazio di cura in cui era presente un confronto con altre famiglie ed altri utenti. Per la dimensione e l'organizzazione del lavoro terapeutico all'interno del gruppo di PMF l'attività psichica dei partecipanti via via si libera dalla necessità di "difendersi, di dimostrare di aver fatto tutto il possibile per aiutare il proprio congiunto, e vi è spazio per raccontare di sé a vari livelli di profondità, anche stimolati dalle storie degli altri genitori e figli. Nel gruppo la sofferenza circola con facilità anche perché gruppi di familiari, che da maggior tempo frequentano il gruppo, hanno già avuto occasione di avvicinarsi al dolore sia di vicende personali che familiari, intorno a temi sia di ansia da separazione che di morte.

Via via ci si sente integrati e parte attiva del percorso di cura e ci si affida meno alla figura salvifica del medico.

Nel frattempo decisi di andare regolarmente a casa di Marta e la mia presenza si pose come terzo tra lei e i genitori iniziando a ridiscutere l'organizzazione della sua vita e sospendendo i farmaci dati di nascosto. Questi due fattori poco tempo dopo si miscelarono in un episodio di crisi, con conseguente TSO, che ritenni l'occasione per ricontrattare con Marta sia l'assunzione farmacologica sia il farsi seguire non più a casa. Marta che aveva già conosciuto i CSM non aveva alcuna intenzione di frequentarli e decise di venire al mio studio, decisione che accolsi a patto che accettasse di frequentare il GPMF insieme ai suoi genitori.

Nel GPMF vi fu occasione di tornare a parlare della nascita di Marta, primogenita, del suo essere stata allevata dalla nonna materna in cambio del suo benessere alla coppia genitoriale ancora giovane e non sposata e in corsa nel finire l'università; della difficoltà del padre a toccarla poiché la considerava molto fragile e capace di contagiarsi di possibili malattie infettive. Questi racconti non erano emersi come risposta ad una specifica domanda, bensì evocati da altri racconti di altri genitori e figli che coinvolgevano le generazioni dei nonni nella loro storia. Marta iniziò in

quella occasione a prenotare dei suoi interventi, che sebbene rari, mostrarono che dentro di lei iniziava a rimettersi in moto il fluire del tempo abbandonando la dimensione di un eterno presente, nonché cominciarono ad emergere alcune domande sulle relazioni affettive all'interno della famiglia.

Erano decisamente dei passi avanti importanti, che tendevano a smobilitare la sua organizzazione psicotica, argomenti che venivano poi ripresi negli incontri individuali, dove altrimenti non sarebbero emersi e comunque non con quella forza e profondità affettiva con cui erano stati raccontati.

Tuttavia ancora non si palesava ciò che avesse avuto la forza di farla *impazzire*, ancora non riuscivamo a visualizzare l'*oggetto che fa impazzire*.

Poco tempo dopo nell'ambito di alcuni racconti, riferiti da alcune madri, sulle stanchezze che attraversavano nella vita con i loro figli malati, la madre di Marta alzò la mano. Le era venuto in mente una sensazione che aveva vissuto in vacanza l'estate precedente. Raccontava che improvvisamente durante il viaggio con suo marito e degli amici si era ritrovata temporaneamente da sola e aveva sentito che quel livello di solitudine che aveva avvertito non era legato solo a quel momento, ma in realtà l'aveva accompagnata per tutta la vita. Per tutta la vita si era sentita sola, dolorosamente sola e la nascita di Marta aveva cambiato questo sentimento.

Aveva sentito dentro di sé che Marta era stata probabilmente l'unica ad accorgersene, forse sin dall'inizio, e ad occuparsene in qualche modo. Si era sentita contenta a questo pensiero, ma ora si domandava se tutto ciò, protratto a lungo, in maniera inconsapevole per Marta (leggi a livello inconscio) non le avesse nel tempo nociuto.

Pensiamo che il potere curativo del GPMF sia proprio questo, cioè di permettere a queste dinamiche, a questi *oggetti* che fanno impazzire di mostrare il proprio volto. Un genitore ha vissuto un trauma che non è riuscito ad elaborare ed in qualche maniera il figlio ha sentito dentro di lui questo dolore e ha deciso di farlo proprio nel tentativo di aiutare questo genitore. Questo scambio avviene in una fase molto precoce dello sviluppo del bambino (preverbale) e i bisogni quindi si confondono, se appartengano a l'uno o all'altro. Il figlio via via che cresce non costruisce una propria identità e soggettività, ma rimane ancorato a questo *mandato*

invisibile e confuso nella sua appartenenza e si struttura intorno ai bisogni del genitore. Il genitore, come nel caso di questa madre, ha rimosso questi suoi bisogni antichi o dissociato il trauma e non è più in grado di riaccedervi se non attraverso le libere associazioni e i transfert multipli che si muovono nel GPMF.

Tutto ciò in realtà non scompare, ma si ripropone piuttosto attraverso i deliri di Marta, del figlio, sebbene in una maniera per tutti loro incomprendibile e non rintracciabile. Marta deve aver incontrato qualcosa che appartiene solo a lei, che è *suo* e non riuscendo a coniugare la propria dimensione con la dimensione di interdipendenza patologica va incontro ad uno stato di crisi psicotica.

2 caso -

La sig.ra N. aveva chiesto aiuto per tentare di risolvere il difficilissimo rapporto con sua figlia Carla. Vi erano forti conflitti tra le due intorno a qualsiasi scelta Carla dovesse fare, e La sig.ra N. riteneva Carla non capace di costruirsi una sua esistenza in modo adeguato. Carla era impulsiva e aveva comportamenti non adeguati ai contesti ed in alcuni momenti aveva prodotto un delirio a tematiche mistiche. Il padre sembrava incapace di modificare in alcun modo questa situazione.

Questa situazione aveva portato Carla ad andare via di casa e poi a partire per l'estero in cerca di una nuova dimensione di vita. La sig.ra N. aveva continuato a venire al gruppo PMF nel tentativo di trovare la forza e le ragioni di riallacciare i rapporti con questa ragazza.

Durante una seduta del gruppo PMF feci un intervento in cui proponevo di rileggere lo stato psicopatologico di alcuni utenti in determinate situazioni che erano state descritte come il mandato invisibile di un genitore. Il Genitore non aveva dato volontariamente un mandato ad un figlio, ma tale mandato esisteva ed era invisibile a qualsiasi sguardo. Non si trattava di colpe o di responsabilità circa le condizioni del proprio figlio, piuttosto di comprendere che quel figlio aveva preso su di sé un compito di aiuto identificandosi con quel genitore fino a quando ciò non gli era stato più possibile. Aveva incontrato durante lo sviluppo degli aspetti di sé così forti nell'essere propri che avevano reso impossibile il precedente mandato.

A questo intervento aveva risposto un paziente raccontando che aveva scoperto che suo padre prima di chiedergli di fare delle cose o delle azioni scriveva su un foglio quello che sarebbe stato il suo comportamento, per capire, lui asseriva, quanto fosse controllabile e manipolabile.

Era arrabbiato.

L'intervento successivo fu della Sig.ra N. che disse che improvvisamente aveva ricordato un particolare della sua vita di molti anni fa che non era mai più emerso da allora.

Si era ricordata, ed iniziò a piangere, della lunga malattia oncologica della madre e di essere stata la sola ad aiutarla in quegli anni perché il padre, che molto l'amava, si era progressivamente chiuso in una grave forma depressiva. Ad un certo punto la madre morì e tempo dopo incontrò un uomo che sarebbe divenuto poi suo marito. Quegli anni furono altrettanto difficilissimi per via dello stato apatico, anedonico, depresso del padre. Nel frattempo rimase incinta ed anche la gravidanza fu portata avanti in questa cupa atmosfera finché il giorno del parto coincise con la morte del padre, lo stesso giorno. La sig.ra N. fu costretta ad andare al funerale del padre avendo in mente la figlia appena nata.

Il terribile dolore fu sepolto dentro di sé sebbene spesso durante l'allattamento le capitava di piangere. Via via questo dolore sembrò alleviarsi e quando la figlia cominciò a chiedere alla madre cosa avesse e perché fosse triste la madre le rispose che in realtà non lo era e che non aveva nulla.

Tuttavia quel giorno, all'interno del GPMF pianse a dirotto e pensò che aver mistificato e negato i suoi sentimenti a Carla per tanti anni del suo sviluppo potesse aver alterato la trasparenza e la veridicità del loro rapporto e del loro essere una madre e una figlia e questo altro livello di verità che La Sig.ra N. aveva dissociato dentro di sé poteva essere stata alla base del disagio profondo della figlia.

L'oggetto che probabilmente aveva fatto impazzire Carla era stato il mandato inconscio di sostenere questo bisogno nascosto e sconosciuto al genitore, alla madre che avvertiva la necessità di superare una condizione di profondo dolore, trauma o lutto, e che spesso, come in questo caso, può essere connesso alla generazione precedente, ai suoi genitori. La crisi psicotica agita un mostro di incomprensibilità e di perdita definitiva del proprio figlio, ma smuove anche ciò che giaceva in fondo al <Vaso di Pandora>, la speranza. La speranza di una comprensibilità e di una nuova soggettività, quindi di una cura.

Il GPMF è il campo dove la psicosi, che secondo le riflessioni di J. G. Badaracco riguarda almeno due persone, si manifesta e può mostrare la sua struttura originaria. La follia dell'utente sta in questo non potersi se-

parare e aver perso la possibilità di crescere costruendo la propria identità, al punto di essere poi lui, una volta cresciuto, a riproporre questo tipo di legame al genitore.

Il lavoro individuale che si accompagna al GPMF è altrettanto necessario per aiutare l'individuo a rimodellarsi, via via che assume su di sé maggiori livelli di "soggettività".

Bibliografia

Psicoanalisi Multifamiliare, J. G. Badaracco, Ed. Bollati Boringhieri 2004

La Psicoanalisi multifamiliare in Italia, A. Narracci, J. G. Badaracco, Ed. Antigone sas 2011

Psicoanalisi Multifamiliare come Esperanto, a cura di A. Narracci, Ed Antigone sas 2015

Da Oggetto di Intervento a soggetto della Propria Trasformazione, A. Narracci, Ed. Bruno Mondadori 2021

Riscoprire la Psicoanalisi, T.H. Ogden, Ed. CIS 2009

Transiti Corpo-mente, C. De Toffoli, Franco Angeli 2014

A Cena da Edith, P.P. Church, Ed. Sellerio Palermo 1997

Suggerzioni teoriche psicoanalitiche a partire dal concetto di “oggetto che fa impazzire” di J. G. Badaracco

Fausta Calvosa e Antonio Buonanno

(N.B. Questo testo rivisto ed ampliato è stato inviato alla Rivista di Psicoanalisi)

In un articolo di J. G. Badaracco sull'IJP del 1986 dal titolo “Identificazione e sue vicissitudini nelle psicosi. L'importanza del concetto dell'oggetto che fa impazzire”, l'autore analizza come nella storia dei pazienti affetti da disturbi psicotici, possano essere individuati processi identificativi patogeni nelle relazioni con gli oggetti primari. Ripercorrendo le traiettorie di pensiero dei più importanti psicoanalisti che si sono occupati di psicosi (come Freud, Klein, Winnicott, Bion, Rosenfeld, Searles, Green e molti altri), Badaracco ripropone la centralità della relazione con un “oggetto che fa impazzire”, nella psicogenesi del disturbo psicotico. Secondo l'Autore il meccanismo di introiezione dell'”oggetto cattivo”, descritto da Freud in “Lutto e Melanconia” (Freud, 1917) per il paziente malinconico, è molto simile a quello che agisce nella psicosi; egli mette in relazione gli autorimproveri del malinconico, che nascondono una lamentela compulsiva richiedente, con i rimproveri vendicativi della psicosi. Come nella malinconia anche nella psicosi “L'oggetto originario era odiato perché responsabile della prima ferita narcisistica.

In questa relazione narcisistica, la perdita dell'oggetto provoca la ferita primaria che è sentita come la perdita di sé. In queste circostanze il tipo d'oggetto che il paziente introietta porta alla sottomissione, ostacola la crescita e lo sviluppo, intrappola senza lasciare vie di fuga, porta alla simbiosi patologica e alla fine alla morte”, sostiene l'Autore. “...Con il concetto di oggetto che fa impazzire -continua più avanti- voglio introdurre l'idea dell'esistenza di specifiche caratteristiche patogenetiche dell'oggetto. Questo oggetto induce inconsciamente il soggetto ad agire con sadismo e malvagità e lo fa sentire cattivo e colpevole, l'inadeguatezza dell'oggetto genera invidia e sadismo nel soggetto. Generalmente l'oggetto agisce in modo sadico perché non si accorge che il soggetto è impotente. I bisogni del soggetto sono sottomessi ai bisogni dell'oggetto. L'esperienza traumatica ripetitiva si struttura come una fissazione del trauma... La terrificante e paralizzante situazione di dipendere da e aver un bisogno crescente di un oggetto che fa impazzire porta come unica

conseguenza l'identificazione patogena con l'oggetto. In questo modo si forma nell'apparato psichico un'organizzazione polarizzata: una coppia simbiotica patologica in cui c'è un padrone ed uno schiavo. A volte lo schiavo prova a scalzare il padrone ed entrambi svolgono ruoli interscambiabili. Entrambi sono indispensabili l'uno all'altro, nessuno dei due ha una sua individuazione e autonomia". "La pazzia è sempre -conclude Badaracco- alla fine una folie a deux" (Badaracco, 1986).

Già Searles, in un articolo raccolto in *Scritti sulla Schizofrenia* dal titolo "Il tentativo di far impazzire l'altro partecipante al rapporto: una componente dell'eziologia e della psicoterapia della schizofrenia", aveva sottolineato come nella storia dei pazienti schizofrenici si possa ricostruire generalmente la presenza di un rapporto con una figura genitoriale la cui modalità inconscia di entrare in relazione sia tale da generare un conflitto emotivo profondo nel paziente, combattuto tra il desiderio di maturare e di conseguire pienamente la propria individualità, da un lato, e il desiderio regressivo di rimanere in uno stadio di simbiosi infantile con il genitore, dall'altro.

"Il tentativo di far impazzire l'altro o di perpetuare la sua follia poggia, dunque, soprattutto - secondo Searles- sul desiderio inconscio di entrambi i partecipanti di ottenere la gratificazione che tale folle modalità simbiotica offre, nonostante i suoi lati ansiogeni e anche frustranti" (Searles, 1959).

In queste situazioni, il fallimento delle prime relazioni con l'oggetto primario si riconosce nell'impossibilità di distaccarsene e, conseguentemente, nell'incapacità di rappresentarsi l'assenza dell'oggetto e di avviare un lavoro di lutto che ne consenta la ricreazione simbolica. Il risultato paradossale è che queste persone, tese ad evitare il ritorno di stati agonici e di vuoti rappresentazionali annientanti, immobilizzate nell'attesa di una realizzazione catastrofica di un crollo, già avvenuto (Winnicott, 1963) ma proiettato nel futuro, rimangono ancorate all'oggetto concreto traumatico, che non riescono a sostituire con un equivalente simbolico.

Così, l'imprevedibilità dell'oggetto, intrusivo ed espulsivo ad un tempo, e la sua incapacità narcisistica di sintonizzarsi con la alterità dell'infante, costringe il figlio ad affrontare fin da piccolissimo le sue modalità incomprensibili e i suoi messaggi indecifrabili, e gli impone un lavoro psichico supplementare che comporta conseguenze a volte devastanti sulla costituzione e la tenuta del senso di sé.

Quando un'esperienza traumatica irrompe, impedendo l'integrazione soggettiva, lasciando un'impronta, un vuoto, che dà segni di sé nella ripetizione e nel negativo, spesso genera la formazione di enigmi che non possono essere sciolti facilmente nell'ambito di un rapporto bipersonale. La presenza fisica dell'oggetto (e del suo inconscio) sulla scena del trattamento può aiutare a rendere possibile la "reintegrazione da parte del soggetto della propria storia fino ai suoi ultimi limiti sensibili, cioè fino ad una dimensione che oltrepassa di molto i limiti individuali" (Lacan, 1978), anche quando la vicenda psichica si dipana nell'ambito di esperienze che appartengono alla "preistoria" del soggetto (spesso al transgenerazionale), con l'inevitabile spinta traumatofilica e la caratteristica atemporalità in cui assistiamo al ritorno implacabile dell'identico. Classicamente la vicenda traumatica si presenta nella sua immobilità astorica ed è pertanto necessario uscire dall'incistamento peculiare di tali resti introiettati, che possono corrispondere al concetto ferencziano di *intropressione*, che ben descrive la partecipazione dell'oggetto alla formazione di tali quadri e la dimensione violenta di tali esperienze, anche (o soprattutto) quando conseguenze di traumi cumulativi (Ferenczi, 1920-32).

Queste vicende determinano la tendenza, dentro e fuori la stanza d'analisi, alla ripetizione che consente il ritorno a sé attraverso l'elemento ritmico della reiterazione, in cui anche la coppia terapeutica può restare imprigionata.

Se allora è vero che "l'essere psichico si dispiega essenzialmente lungo le vie della risorgenza dei segni cancellati, rimossi e re-suscitati dalla riattivazione che gli imprime il reale" (Green, 1963), recuperare quanto è mancato al soggetto o lo ha investito violentemente, riattraversando e rivisitando la storicità in cui quella singola vicenda si è andata a costituire, è a nostro parere fondamentale. Per dare senso a quei brandelli di storia e permettere al soggetto di abbandonare quelle posizioni identificatorie da cui è stato massicciamente investito, avviando un processo di soggettivazione che ne rivivifichi la psiche e liberandolo dalla condanna all'imitazione dell'oggetto (Gaddini, 1969), di cui diviene caricatura, può essere essenziale la con-presenza dell'oggetto, talvolta unico depositario di quella storia altrimenti cancellata, soprattutto nelle sue irruzioni violente nelle vicende psichiche dell'individuo in formazione. Queste vicende, che rischiano di divenire evento inconoscibile e indici-

bile, nella realtà delle interazioni di un gruppo di psicoanalisi multifamiliare, sono riattivate e, spesso, si presentano, sia dispiegandosi nelle dinamiche delle famiglie partecipanti e nei transfert multipli, permessi dal rispecchiamento, che nel ricordo, abitualmente non facilmente accessibile, e nel conseguente racconto del testimone, altrimenti troppo doloroso per essere sostenuto da soli.

Non crediamo, infatti, che un dispositivo che privilegi l'elemento narratologico possa bastare in vicende così segnate dal trauma, non solo perché il privilegio accordato all'*hic et nunc* analitico può impedire di cogliere la molteplicità dei tempi e delle figure e l'anacronismo costitutivo di ogni rappresentazione psichica (Balsamo, 2020), ma anche per il bisogno di "verità" caratteristico di queste situazioni, in cui non è vero che una racconto valga l'altro ma si dovrebbe tendere a recuperare il dato mancante o eccedente caratteristico di quel trauma. Permettere al soggetto, alla presenza di testimoni che restituiscano senso alla sua esperienza e dello stesso oggetto che lo ha fatto impazzire, di scoprire e comprendere la sua vicenda, può avviare una identificazione soggettivante e separante.

L'invasione dell'oggetto può rappresentare un'esperienza così devastante da comportare, in casi estremi, la rinuncia al pensiero e alla ricerca di senso e di nessi, la perdita di fiducia e di speranza, l'avversione ad ogni incontro e esperienza e l'incarcerazione in relazioni ripetitive, fondate sulla immobilità e l'ineluttabilità. In questi casi estremi, il vincolo non trasformabile con l'oggetto "folle" si trasforma paradossalmente in un polo organizzativo intorno al quale tessere strategie di sopravvivenza (Balsamo, 2019), quali la difesa dallo psichico, la fobia del pensare, la cancellazione dell'affettività, il ripudio del corpo, il disinvestimento di sé e degli altri, il disimpegno soggettuale: esiti estremi che segnalano una radicale perdita di speranza e instaurano la dimensione strutturante del *negativo* come difesa terminale dalle manovre colonizzanti dell'oggetto (Green, 1983).

Qui la teoria del negativo dello psicoanalista francese ci viene in aiuto: "L'oggetto buono permette il pensiero quando si è preliminarmente lasciato avvicinare, quando ha potuto lasciare che il soggetto si nutra di lui. ... *La psicosi attacca l'identità del soggetto per l'impossibilità di costituire l'allucinazione negativa della madre nell'identificazione primaria*". (Green, 1973). Spesso la sofferenza dell'oggetto primario è coperta da un *segreto* che rende tale realtà ancora più inaccessibile.

Secondo Green, quando tutto va bene e l'amore dell'oggetto è sufficientemente sicuro, l'oggetto materno passa dall'essere l'oggetto primario della fusione a struttura inquadrante. Non scompare cioè totalmente, ma viene a costituire una trama di fondo investita libidicamente, in una allucinazione negativa dell'oggetto primario. Una rappresentazione-cornice, dal carattere più allucinatorio che rappresentativo, che funge da contenitore dello spazio rappresentativo del soggetto. "Il quadro offre la garanzia della presenza materna in sua assenza, e può essere riempito di fantasie di ogni specie, anche e persino da fantasie aggressive e violente, che non metteranno in pericolo tale contenitore" (Green). Il soggetto non avverte mai il vuoto dello spazio così inquadrato perché lo spazio psichico è investito libidicamente e gioca il ruolo di matrice per gli investimenti futuri. Quando però questo non accade e l'esperienza della perdita dell'oggetto primario avviene con modalità traumatiche, non accettabili o accettate dal soggetto, e fallisce la rimozione primaria, come nel caso del lutto bianco, la struttura inquadrante non funzionerà perché contiene uno spazio psichico conflittuale, in cui avviene una lotta continua per "tenere prigioniera" l'immagine della madre e a riviverne ripetitivamente la perdita. "L'oggetto è «morto» (nel senso di non vivente, anche se non è intervenuta nessuna morte reale), perciò trascina l'Io verso un universo abbandonato e mortifero. Il lutto bianco della madre induce il lutto bianco del bambino, sotterrando una parte del suo Io nella necropoli materna. Nutrire la madre morta sarebbe allora come mantenere, sotto il sigillo del segreto, la forma più antica di amore per l'oggetto primordiale, seppellito nella rimozione primaria della mal riuscita separazione fra i due partners della fusione primitiva." (Green, 1983).

Nella clinica della psicosi dunque, il trauma è generalmente molto precoce, pre-rappresentazionale, "preverbale" e quindi non recuperabile attraverso un lavoro associativo e interpretativo tradizionale.

Già lo stesso Freud, nei suoi ultimi scritti, aveva rivisto la sua concettualizzazione sul trauma ponendo le questioni del trauma che si colloca al di qua del linguaggio e del corpo non rappresentato (Balsamo, 2020). Per i Botella (1988) il trauma andrebbe infatti compreso in una negatività: "una brusca e violenta assenza della topica e della dinamica con una messa fuori circuito dei processi primari e secondari". Pertanto il carattere traumatico di un evento, esperienza spesso all'origine della psicosi, non ha tanto a che fare con la rappresentazione dello stesso ma più con la distruzione dei nessi tra i processi e nel fallimento della capacità di far

legame e di figurabilità psichica. Così ciò che si va a costituire non sarà una traccia mnestica ma una percettiva, essendo alla base del trauma qualcosa che doveva esserci e non c'è stato: è questo il fondo negativo del trauma, la non rappresentabilità dell'assenza di sé nello sguardo dell'altro, il disinvestimento dell'oggetto nei confronti del soggetto.

Di conseguenza, spesso anche la "ri-costruzione" all'interno di un trattamento analitico classico non è sufficiente. Come ha sottolineato Roussillon in un recente lavoro presentato al centro napoletano: "Sembra che tutto accada come se, in seguito a una congiuntura relazionale complessivamente "traumatica", l'adolescente o il giovane adulto facesse ricorso a meccanismi di tipo incorporativo nei quali le forme di maltrattamento relazionale sono interiorizzate e rivolte contro di sé. Quando il lavoro psicoanalitico tenta di "disincorporare" processi e frammenti di storia, viene bloccato dall'ambiente familiare attuale dell'adolescente, che riproduce in parte le condizioni traumatiche storiche e minaccia di fermare il processo nella ripetizione" (Roussillon, 2020).

In queste situazioni così complesse Jorge Garcia Badaracco ha sperimentato e teorizzato l'uso, spesso in associazione alla terapia individuale, dei Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF).

I GPMF di Badaracco sono dei grandi gruppi, a cadenza generalmente monosettimanale, in cui si riuniscono utenti, familiari e operatori: si parla uno per volta, s'interviene per alzata di mano, facilitando il più possibile la circolazione delle idee e l'accesso a una modalità di pensiero più vicina ad un processo primario; a tutti è richiesto di assumere una posizione non giudicante, di non pretendere di avere ragione e di ascoltare sempre chi sta parlando senza interrompere.

Nei GPMF si attualizzano nella loro drammaticità le relazioni simbiotiche tra i membri di una stessa famiglia, quelle che Badaracco ha definito interdipendenze patogene, e così la follia del figlio spesso appare come una espressione caricaturale di alcuni aspetti dei suoi genitori.

Le interdipendenze patogene alla base della psicosi, sono relazioni fisse, rigide che scoraggiano e ostacolano tutte le altre relazioni, e sono meglio riconoscibili da parte delle famiglie che le vivono nelle dinamiche delle altre famiglie partecipanti al GPMF, piuttosto che nell'ambito delle proprie, in cui sono abitualmente immersi, senza potersene distaccare.

Una delle funzioni terapeutiche del gruppo è proprio quella di vedere le somiglianze tra quanto accade in una famiglia e quanto accade in

un'altra (rispecchiamento), il che facilita l'accesso ad una possibile metaforizzazione e l'apertura di nuovi spazi mentali per pensare.

Nella riattualizzazione della storia avviene anche la rielaborazione del trauma, facilitata dall'ambiente accogliente e fortemente affettivizzato del gruppo. In questo clima la violenza del trauma e l'aggressività che ha generato possono esprimersi senza generare nel paziente il timore di distruggere l'altro della relazione diadica (Narracci, 2015).

Anche la dimensione transgenerazionale della psicosi, la cui origine può affondare le radici nelle dinamiche parentali della generazione precedente o nei traumi da figlio di uno dei genitori dello psicotico, trova nel grande gruppo di psicoanalisi multifamiliare una possibilità d'espressione inedita, anche attraverso i transfert multipli tra le diverse famiglie partecipanti ai gruppi. Così, l'oggetto che ha fatto impazzire un figlio, che è strettamente in relazione all'esperienza del genitore con i suoi oggetti primari, può essere evocato dal racconto di un altro genitore o dalla interazione di e con un altro nucleo familiare, che suscita ricordi e "livella" le generazioni, permettendo l'accesso a dimensioni abitualmente precluse. Ciò permette di allargare il campo e di andare oltre la diade genitore figlio, entro la quale si è sviluppato il legame patologico e patogeno.

Secondo Badaracco alla base dell'alienazione sembra esserci la volontà di mantenere a ogni costo una costruzione mentale originatasi per neutralizzare una sofferenza psichica intensa, nell'ambito di un rapporto d'interdipendenza patogena primitiva. Questa costruzione, che ha permesso di sopravvivere ma impedisce di vivere, non potrà essere smantellata finché non saranno garantite condizioni di sicurezza tali da permettere una decostruzione di queste strutture patologiche (Badaracco, 2000).

Nel GPMF gli operatori abbandonano completamente la condizione di oggetti idealizzati, rassicurati dalla presenza di altri colleghi e del gruppo stesso e possono immedesimarsi essi stessi nelle angosce dei pazienti e dei loro familiari, per riconoscerle e ritrovarle in se stessi e immergersi in un pensiero associativo. L'enorme potenza di questo tipo di gruppo consiste nella possibilità di tollerare insieme le massicce identificazioni proiettive dei pazienti gravi e lo stato di dubbio e persecuzione che tali vissuti evocano, in una sospensione che si protragga fino a che possa emergere, all'interno di una logica di pensiero primario, una nuova coerenza in grado di "legare", recuperando tracce mnesico-passionali

profonde. Potenza che scardina gli assetti del funzionamento delle famiglie con pazienti gravi ma anche a volte delle stesse istituzioni e organizzazioni, spesso cristallizzate in logiche di potere che impediscono una vera comunicazione efficace tra gli operatori.

Nel gruppo, “sani” e “folli” sono finalmente pari, cioè sia le persone in cui sono meno presenti elementi dissociati, sia le persone in cui sono più presenti e tendono a prevalere sul funzionamento meno malato della mente, possono esprimere le loro opinioni e i loro punti di vista in forma paritaria.

Anche gli operatori, rispetto alla loro azione terapeutica, possono imparare a sentirsi parti differenti di un insieme terapeutico al lavoro. Abbiamo assistito all’erigersi di barriere insuperabili tra operatori con professionalità simili e diverse all’interno dello stesso servizio e tra operatori appartenenti a servizi diversi, ognuno di essi concepito come un fortilino da non far espugnare agli altri. Gli operatori, al contrario, partecipando regolarmente a un GPMF, possono riuscire a condividere la profondità degli scambi comunicativi tra pazienti, genitori e operatori stessi. In un clima di reciproca fiducia, che si trasmette anche ai pazienti e ai loro familiari in situazioni dove essa sembra persa, così da preservare la logica della speranza là dove regna la logica della disperazione (Narracci, 2011).

Il GPMF propone, per dirla con Balsamo (2018), “un terreno di comunicabilità e di messa in rappresentazione di affetti e vissuti caotici o intrattabili, rendendo possibile l’incontro analitico come un luogo e un tempo in cui il principio di speranza può ancora sussistere”.

Bibliografia

- Badaracco JG (1986) Identification and its Vicissitudes in the Psychoses. The Importance of the Concept of the “Maddening Object”. *Int Journal Psychoanal* 63, 133-146.
- Badaracco JG (2000). *Psicoanalisi multifamiliare*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.
- Balsamo M. (2018). Costellazioni psicoanalitiche. Una rilettura di costruzioni in analisi. *Psiche*, vol. 2, 397-420.
- Balsamo M (2019). *André Green. Il potere creativo dell’inconscio*, Feltrinelli, Milano, 2019.
- Balsamo M (2020). Il negativo del trauma. *Frontiere della Psicoanalisi*,

1, 15-16.

Botella C e Botella S (1988). Trauma et Topique. *Revue française de psychosomatique*, 6, 1466

Ferenczi S. (1920-1932), Note e frammenti, in "Opere" Vol 4, Cortina, Milano, 2002.

Freud S. (1917). *Lutto e Malinconia*. Vol. 8 OSF. Torino Bollati Boringhieri, 1976.

Gaddini E (1969), *Sulla imitazione*. In: Scritti 1953-1985 Cortina, Milano, 1989

Green A (1963). *La psychanalyse devant l'opposition de l'histoire et de la structure*, in "Critique", Minuit, 194, 1963

Green A (1973) *La psicosi bianca* Roma, Borla, 1992

Green A (1983) *Narcisismo di vita e narcisismo di morte* Roma, Borla, 2005

Lacan J (1978) *Il Seminario. Libro I*. Einaudi, Torino, 1978.

Narracci A e Garcia Badaracco J (2011). *La Psicoanalisi Multifamiliare in Italia*. Torino, Antigone Edizioni.

Narracci A. (2015), *Psicoanalisi multifamiliare come esperanto*. Torino, Antigone Edizioni.

Roussillon R (2020) La simbolizzazione e l'ambiente. Funzione simbolizzante e de-simbolizzante dell'oggetto-ambiente. Lavoro presentato al Centro Napoletano di Psicoanalisi il 14/11/2020.

Searles H. F. (1959). Il tentativo di far impazzire l'altro partecipante al rapporto: una componente dell'etiologia e della psicoterapia della schizofrenia. In *Scritti sulla schizofrenia*. Torino Bollati Boringhieri, 1974.

Winnicott DW (1963) Lo sviluppo dell'individuo dalla dipendenza all'indipendenza. In *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma, Armando, 1970.

SINTESI

Il concetto di “oggetto che fa impazzire” di Badaracco fa riferimento ai processi identificativi patogeni presenti nelle relazioni con l’oggetto primario nella psicosi. Per permettere al soggetto di abbandonare tali posizioni identificatore e avviare un processo di soggettivazione, lo psicoanalista argentino ha proposto l’utilizzo di un setting allargato, che preveda la co-presenza dell’oggetto, unico depositario della storia traumatica del soggetto. Il lavoro approfondisce le basi teoriche del modello del Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF), in cui più utenti, con i loro familiari, e più operatori, coinvolti nell’equipe terapeutica, si riuniscono in un setting definito, venendo a costituire uno spazio potenziale in cui provare a ricostituire un senso e riavviare la capacità di produrre dei significati anche nelle situazioni in cui la psicosi sembra aver scardinato ogni possibilità di rappresentazione.

La Cura del paziente e delle Istituzioni

Pier Luca Zuppi

Premessa

La riscoperta del pensiero e della pratica clinica di Jorge Garcia Baradacco, presente nella letteratura psicoanalitica e psichiatrica dalla fine degli anni sessanta, (.....) è alimentata dalla ricerca di un vertice di osservazione ampio, se possibile a 360 gradi, che permetta di seguire quanto accade nel percorso istituzionale della cura della psicosi.

Le forme gravi di psicosi possono essere trattate solo nelle istituzioni deputate, non solo per l'offerta di una vasta gamma di interventi diversificati, ma anche perché queste si occupano di quanti si avventurano nel contatto con la follia e ne sostengono gli strumenti di orientamento. Perché un terapeuta possa coltivare nel nostro lavoro interesse, curiosità, passione, speranza, occorre che nell'esporsi al contatto con la psicosi possa fare fronte alla profonda distruttività degli attacchi al pensiero, alla potenzialità di fare impazzire i curanti, alla convinzione che la propria follia non possa essere compresa dagli strumenti di cura.

La psicoanalisi ha prodotto una ricca letteratura sulla comprensione dello sviluppo delle psicosi. Possiede un corpo teorico, arricchito dagli apporti delle neuroscienze, sulla psicopatologia a partire dalle prime tappe dello sviluppo e sui fenomeni emotivi e cognitivi dei curanti quando si immergono in profondità nel rapporto con il paziente.

Nonostante questo e nonostante le testimonianze di quanti si sono cimentati nel lavoro o che hanno offerto il loro contributo con le supervisioni, qualcosa non ha permesso alla psicoanalisi di stabilizzarsi nelle istituzioni. Il contributo del collega formato è stato spesso ridotto a "punto di vista" nel momento in cui non si discostava dagli altri approcci nel confermare le distanze tra sano e malato, tra chi sa e chi chiede risposte.

Nello stesso tempo il diffuso lavoro delle supervisioni ha saputo arricchire la capacità di ascolto e di attenzione degli operatori; ha creato anche momenti di piacere per la riscoperta della capacità di pensare insieme, che si limitavano però, per lo più, a quel momento della patologia, a quella fase del rapporto di cura. Questo tipo di supervisione a sua volta

ha rinforzato l'idea che la priorità nella cura della psicosi è sapere piuttosto che avere la bussola per navigare nel contatto con il paziente, nel farlo sentire visto, nel riconoscergli la visione di un mondo senza confini, distrutto, disperante.

È stato insufficiente, in altre parole, il contributo della psicoanalisi a costruire una visione d'insieme che la distinguesse dagli altri approcci nel sostenere il lavoro di contatto, di vicinanza alla psicosi, necessario per allontanarsi definitivamente dalla pratica dell'istituzione totale che tutto può, senza per questo cadere nella attuale frammentazione degli interventi autolimitanti, spesso privi di continuità tra di loro, se non addirittura contrastanti gli uni con gli altri.

Colpisce la simmetria con la mancanza di una visione d'insieme delle dinamiche correlate nella famiglia alla presenza di un congiunto malato.

La Psicoanalisi Multifamiliare

Su queste considerazioni è cresciuto l'interesse per il lavoro di Garcia Badaracco. L'ipotesi è che l'approccio di Garcia Badaracco permetta di osservare i fenomeni della cura delle psicosi in un'ottica capace di contenere tutti i protagonisti come un tutto fortemente interdependente: il paziente con le sue relazioni familiari e i curanti con il loro esporsi personale all'interno di un servizio.

L'ipotesi, che deriva da un'esperienza maturata sul campo, consiste nel fatto che se si introduce una prassi di intervento clinico, condivisibile per tutti gli operatori presenti in un Servizio, al quale tutti possono partecipare e che tutti possono approfondire, aumentino le possibilità di costruire, per la patologia psichiatrica grave, una cultura dell'intervento condivisa.

Garcia Badaracco fonda la sua esperienza, presentata in pubblicazioni, in seminari, in convegni, sul coerente rapporto tra la teoria psicopatologica e lo strumento di intervento istituzionale.

La sua teoria si basa sull'ipotesi che la follia non sia mai della singola persona, ad esempio il figlio, ma risieda nella mancata evoluzione del rapporto che il paziente trattiene con uno o con entrambi i genitori.

La prassi è costituita dai due tempi del gruppo di psicoanalisi multifamiliare:

- la partecipazione ad un gruppo in cui sono invitati i pazienti, le loro famiglie e gli operatori;
- la discussione sistematica sull'esperienza appena svolta, nel post-gruppo composto dai soli operatori.

Si tratta di un grande gruppo, costituito da molte famiglie di pazienti gravi, compresi i pazienti e da un buon numero di operatori di un Servizio, che si riunisce una volta alla settimana, per un'ora e mezza.

In esso vigono solo tre regole: si parla uno per volta; si chiede ai partecipanti di non pretendere di avere ragione; si interviene dopo aver prenotato il proprio intervento.

La presenza di più nuclei familiari permette che, al suo interno si verifichino modalità relazionali peculiari quali:

- il cosiddetto “rispecchiamento metaforico”, cioè che ognuno può rendersi conto di quello che accade in un altro nucleo e ripensare a quello che accade nella propria famiglia, riattivando così la capacità di rappresentare.
- i fenomeni interpretabili come “transfert multipli” sul singolo paziente al centro della narrazione, o sul familiare che porta la sua confusione, la sua rabbia, la sua angoscia, la sua colpa. L'eterogeneità della composizione del GPMF e gli scambi comunicativi tra i componenti del gruppo sono alla base del fenomeno dei transfert multipli tra i differenti componenti del gruppo, che contribuisce in maniera sostanziale alla attenuazione dei transfert psicotici;
- a loro volta, gli operatori, coinvolti nelle dinamiche del gruppo, possono avvicinare quegli aspetti relazionali fusionali/simbiotici e quelle angosce innominabili, primitive, presenti nell'inconscio.

In relazione all'evolvere nel tempo del percorso di vita del gruppo, gli operatori, parallelamente, attraversano tre tappe evolutive del loro modo di stare nel gruppo:

- In una prima fase contribuiscono alla conduzione in modo più o meno attivo;
- Divengono poi dei coordinatori degli scambi, dei facilitatori dell'espressione dei contributi e del progressivo coinvolgimento

dei presenti che hanno maggiori difficoltà ad intervenire;

- Assumono infine la posizione di membri del gruppo, possono sviluppare la propria percezione rispetto alle tematiche emergenti, partecipano anche quando coinvolti in dinamiche profonde.

Il GPMF è uno strumento fortemente attivante: per entrare nel GPMF è necessario rinunciare a quanto già conosciuto, vestire i panni dell'esploratore che vuole conoscere, "andiamo ad imparare" diceva Garcia Badaracco. Così è possibile una immersione in un mondo di confusioni, di sovrapposizione di scambi generazionali, di identificazioni proiettive. Il coinvolgimento è grande, ci si immedesima, si prova paura di non farcela, di essere travolti, di essere attratti dentro. Ci si avvicina al mondo dello psicotico, ci si può sentire come lui, si dubita della propria sanità mentale.

Si attivano insieme rappresentazioni di traumi lontani, dolori nascosti, ricordi rimossi: si mettono insieme pezzi scomposti, si abbozzano pensieri, si tentano connessioni.

La presenza degli operatori e del personale in formazione mira a rendere il gruppo sempre più in grado di "auto-eco-organizzarsi", come diceva Garcia Badaracco, nel senso di funzionare a "mente ampliata". Questa possibilità, inizialmente, contenuta, cresce con il gruppo e mette in moto la possibilità che le menti dei partecipanti prendano a funzionare sia attraverso il processo secondario che mediante quello primario, per libere associazioni.

Gli operatori con una formazione infermieristica, di assistenza sociale e di riabilitazione psichiatrica, nonché operatori con una formazione psicoterapeutica non psicoanalitica, ma anche quelli con una formazione psicoanalitica, possono tutti sperimentare l'esistenza e l'importanza dell'inconscio. Quindi ad essere indotti a partecipare al lavoro di autoriflessione verso cui ognuno dei pazienti e dei familiari è chiamato sostanzialmente a dirigersi. Come tutti gli altri partecipanti, sotto gli influssi legati alla partecipazione al gruppo, gli operatori presenti possono sentire di essere esposti alla possibilità di arricchire la propria capacità autoriflessiva, non soltanto attraverso processi rielaborativi consapevoli, ma anche inconsci, con chiare riverberazioni sia sul piano professionale che personale.

Gli operatori possono graduare il livello della loro partecipazione personale nel modo che desiderano.

Generalmente per un gruppo che, in un CSM o in un SPDC può raggiungere facilmente le venti unità, ma che è abbastanza facile che tenda financo a raddoppiare il numero dei partecipanti, sono necessari quattro conduttori. Gli altri operatori del Servizio possono venire quando si sentono. Possono venire per un periodo e poi fermarsi. Esattamente come si richiede agli altri partecipanti, la frequenza regolare è auspicata ma non pretesa, né contrattualizzata. L'operatore può incontrare difficoltà a venire al gruppo oppure a tornare; se riesce a farlo, può imparare a sentirsi soggetto delle proprie emozioni, al pari degli altri e non estraneo ad un trattamento condotto da altri. Questa è la condizione abitualmente esperita da un operatore non formato in termini psicoterapeutici rispetto ad attività psicoterapeutiche condotte da operatori formati, oppure da un operatore formato secondo un orientamento psicoterapeutico differente.

Infine l'esperienza del dopo gruppo, l'Ateneo. Alla fine del gruppo gli operatori soltanto si trattengono insieme ancora, anche per un'ora, per scambiarsi il proprio vissuto personale del gruppo, per parlare liberamente del gruppo, dei pazienti e delle loro famiglie. Ciò unisce in una visione più univoca gli operatori stessi. L'Ateneo assume una doppia valenza: disintossicante e narrativa.

Il gruppo lavora per ricostruire la "capacità rendersi soggetto" dei singoli partecipanti, nessuno escluso. Questo può essere scomodo, faticoso, impegnativo, per i pazienti, per i familiari e per gli operatori. Può costringere l'operatore a rimettere in discussione le sue certezze. Tutto ciò facilita la possibilità di avvicinarsi alla sofferenza dell'individuo in modo meno stereotipato e standard, a poterla pensare nelle origini, in termini complessi: lo psicotico non può essere considerato se non nelle sue relazioni familiari. La sofferenza di uno può così essere condivisa nel servizio e stimolare un confronto tra pazienti.

Avere un laboratorio continuo di matrice psicodinamica, analitica, permette ai pazienti di provare a tornare soggetti della propria esistenza dentro un rinnovato e più maturo nucleo familiare; nello stesso tempo permette agli operatori di trovare rinnovata motivazione e tenacia nella cura di queste patologie.

Nell'ateneo si possono raccontare e condividere sensazioni, frammenti di pensiero, ipotesi che nel tempo del gruppo non riescono ad essere trasformati in pensieri: il passaggio dal figlio paziente avvertito

come estraneo al figlio altro da sé; la comprensione che i movimenti di protezione genitoriali possono essere avvertiti come soffocanti; riscoprire come in gruppo, nello stare assieme nello stesso spazio, si possa provare rabbia, intolleranza, confusione, bisogno di schierarsi, paralisi del pensiero, essere attraversati da comunicazioni sfuggenti e inafferrabili, controllare il desiderio di banalizzazione, concretezza, il sentimento di essere sopraffatti.

Conclusioni

Per concludere riprendo le ipotesi che mi hanno guidato nella riscoperta della psichiatria istituzionale psicoanalitica di Garcia Badaracco.

Nel modello di lavoro della psicoanalisi multifamiliare, nell'incontro nel servizio con i pazienti, con le loro famiglie, assieme agli operatori del servizio, si ritrovano:

- La possibilità di estendere il raggio di osservazione, a 360 gradi: l'orizzonte contiene il mondo del paziente (lutti separazioni dolorose, traumi); l'interdipendenza del suo mondo con quello della sua famiglia; il mondo del terapeuta, con le sue teorie e con le sue risonanze, il contesto della cura;
- La possibilità di trasformare la presenza di differenze di impostazione legate ai diversi sistemi teorici di riferimento, da problema (orticelli autoreferenziali, campanilismo culturale) in una ricchezza utile per una comune progettazione clinica;
- il sostegno ad una organizzazione del servizio in un assetto di "laboratorio" continuo di rielaborazione delle conoscenze che vengono dall'incontro con il paziente, inteso come esplorazione, messa in discussione, desiderio di imparare.

Bibliografia

- Bonfiglio B., *Uno psicoanalista al "Servizio"*. Borla, Roma, 1999
- Correale A., Rinaldi L., ed, Quale psicoanalisi per le psicosi? Raffaello Cortina Milano, 1979
- Garcia Badaracco J. E., *Psicoanalisi multifamiliare*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004
- Lombardo R., Rinaldi L., Thanopulos S., ed, *Psicoanalisi delle psicosi. Prospettive attuali*. Raffaello Cortina, Milano, 2016
- Narracci A., *Psicoanalisi multifamiliare come esperanto*. Antigone, Torino, 2015

Multifamiliarità tra privato sociale e istituzione: dialoghi necessari

Caterina Tabasso

Tenterò una esplorazione del rapporto tra il privato sociale e la multifamiliarità attraverso tre temi, definiti a partire da un vertice del tutto personale:

1. Una definizione di privato sociale che si occupa di salute mentale.
2. Il modello di Luciana De Franco per uno spazio di privato sociale di struttura multifamiliare (Infiniti angoli)
3. Cosa emerge nel passaggio tra un privato sociale romano e uno lombardo attraverso la lente multifamiliare.

1 PRIVATO SOCIALE: UNA DEFINIZIONE (ARBITRARIA)

Per quanto concerne il primo aspetto, possiamo considerare l'ambito del privato sociale come risultato della definizione di un bisogno, e della volontà di dare a questo bisogno delle risposte fruibili e non teoriche.

Il **bisogno** è qualcosa che spesso chiama in causa l'istituzione: a volte sottolineandone il limite presunto o effettivo, altre volte evidenziando invece le proiezioni salvifiche oppure persecutorie con le quali l'utenza investe il dispositivo di cura. Intercettato in maniera più precisa, il bisogno frequentemente si configura come necessità di essere orientati *verso un dialogo con l'istituzione* a volte mai azzardato, a volte interrotto, a volte desiderato ma temuto.

La **volontà** di dare spazio questo tipo di bisogno origina facilmente da dimensioni di socialità gruppale: i fondatori delle realtà di privato sociale sono spesso gruppi di pazienti, di familiari, di professionisti della salute mentale, e gruppi che come accade sempre più spesso mescolano felicemente queste categorie di persone, in una visione, come quella della Società Internazionale per l'Approccio Psicologico e Sociale alla Psicosi - ISPS, che coincide in molte parti con quella multifamiliare della contemporanea presenza di più figure nel gruppo. È dunque sociale, gruppale, associativa, la realtà che riesce a dare le risposte che stiamo pensando.

2 IL PRIVATO SOCIALE DI STRUTTURA MULTIFAMILIARE NEL MODELLO DI LUCIANA DE FRANCO: DALL'ISTITUZIONE AL CIRCOLO

Nella mia esperienza il privato sociale tutt'altro che paradossalmente nasce proprio nell'istituzione. Durante il mio training analitico svolsi il tirocinio di specializzazione sotto la guida di Luciana De Franco (didatta AIPA) nel Centro di Salute Mentale di Via Antonino di Giorgio. Il Dottor Giuseppe Riefolo, in qualità di responsabile di quel servizio, è stato testimone ma anche si è attivamente coinvolto in molte delle cose che sto per menzionare.

Luciana ha lungamente militato, per usare un verbo a lei caro, nelle istituzioni romane e ha molto creduto nella dimensione gruppale per la cura della patologia severa. Potentemente influenzata dalla sua esperienza alla Velotte di Racamier, concepiva anche lei il gruppo come il luogo dove pazienti e familiari e anche operatori potessero incontrarsi. Il suo "Progetto Immagine" prevedeva una serie di piccoli gruppi a tema (cinema, arte, rapporto col cibo, visita al museo ecc.) frequentabili liberamente dagli utenti quali occasioni terapeutiche, e un grande gruppo settimanale con una utenza variabile e mista di pazienti, familiari, a volte operatori. Il grande gruppo settimanale riuniva sia gli utenti dei piccoli gruppi a tema, che ulteriore utenza.

L'incontro con la dimensione multifamiliare promossa da Badaracco è stato quindi sorprendentemente sincronico e arricchente: il grande gruppo diviene quindi gruppo multifamiliare, alcune cose restano, altre, l'atmosfera in particolare, cambiano.

Nel 2009, anno del suo pensionamento, Luciana fondò con Mariella Cortese e me Infiniti Angoli, un circolo di promozione sociale di struttura multifamiliare ricavato negli spazi delle ex fonderie Meloni in Via Assisi. Qui il progetto immagine si articola in nuove ulteriori occasioni terapeutiche (laboratori creativo-espressivi di teatro, pittura percussioni, cineforum, gite ecc.), ma la struttura multifamiliare del circolo ci consente di operare nei laboratori esattamente come nel gruppo: senza distinzione tra genitori, figli, fratelli o sorelle, o fra pazienti e familiari in generale. Chiunque può frequentare qualunque attività, e questo apre, come il gruppo, a delle possibilità transferali multiple e amplificate: ad esempio una madre può frequentare il laboratorio di teatro insieme a figli

di altri nuclei familiari e altri genitori, e lì riflettere sulle proprie relazioni. Il gruppo di psicoanalisi multifamiliare settimanale diviene poi il momento di raccolta, e ulteriore riflessione di tutti questi movimenti. È anche lo spazio dove è possibile incontrare e “fare l'accettazione” delle nuove famiglie, nel modo *in vivo e in diretta* della multifamiliare, lasciando che la condivisione e la riflessione sulle storie possano cominciare fin da subito.

Un gruppo multifamiliare formalmente di privato sociale quindi, ma di fatto fortemente connesso con il territorio e i servizi che lo circondano. Gli invianti sono negli anni stati i colleghi al lavoro nelle istituzioni con i quali Luciana ha sempre mantenuto un dialogo e ci ha insegnato a dialogare. Nel frattempo, il sopraggiungere nel 2013 della fondazione del LIPsiM, che fino a pochi mesi fa condivideva la sua sede proprio con Infiniti Angoli ha ulteriormente rinforzato e incoraggiato questa rete. Perché il grande errore che viene spesso fatto rispetto al privato sociale (a volte da chi lo rappresenta, a volte dall'esterno) è pensare che sia una dimensione in contrapposizione e alternativa all'Istituzione. Di fatto la nostra esperienza è quella di affiancare l'istituzione, e di integrarci a tratti con essa, nel collegare il bisogno e la volontà di cui parlavo all'inizio. Il bisogno di un utente di costruire in sicurezza, di azzardare o ricostruire un dialogo con l'istituzione, ma anche il bisogno di attraversare le attese che tanto caratterizzano i percorsi nella salute mentale. Aspettare coi pazienti, coi familiari e dialogando con i curanti istituzionali che finisca il ricovero, che finiscano le due settimane in SPDC, che il farmaco entri in azione, che la comunità terapeutica dia risposta sulla data di ingresso... Questo luogo d'attesa è un luogo di fantasie che i nostri colleghi che lavorano nei servizi, oberati come spesso si ritrovano a essere e bersagliati dall'emergenza che spesso si impone sull'ordinario nella salute mentale non possono avere lo spazio di curare. Ci costituiamo quindi come luogo, anello, possibilità. Possibilità che rinsalda la fiducia nella istituzione e sempre alla istituzione rimanda. È uno spazio che nello stesso modo aiuta quelle progressioni più sfumate tra la cura e l'integrazione sociale, tra la cura e la fantasia preparatoria a una crescita che possiamo accompagnare col nostro gruppo “piano strada”, senza troppo dislivello rispetto a ciò che può essere utile nell'immediatezza, come un hotspot galleggiante. Questo è stato ed è Infiniti Angoli, nella ideazione di Luciana.

4 UN GRUPPO MULTIFAMILIARE DI PRIVATO SOCIALE IN BRIANZA, OGGI

Da qualche mese vivo stabilmente in Lombardia e ho iniziato a collaborare con una associazione di privato sociale fondata da familiari di pazienti psichiatrici e per i familiari dei pazienti psichiatrici che si chiama Psiche Lombardia. È una associazione con una sua storia e molto basata su quel bisogno-volontà di cui dicevo prima. Vi sono stata introdotta da Silvia Rivolta, che è la collega multifamiliarista che ho avuto la fortuna di conoscere mentre il mio trasferimento a Monza era ancora in corso. Silvia lavora nella comunità Cima di Milano, ha una lunga esperienza di terapia e intervento sulla psicosi, di presa in carico, di relazioni tra curanti, pazienti e familiari, e di tutti quegli elementi che il lavoro che potremmo definire in prima linea comprende.

Complice Maria Luisa Rainer, presidente di Psiche Lombardia, familiare esperta e vera militante della salute mentale, abbiamo trasformato uno dei gruppi di terapia per i soli genitori in un gruppo multifamiliare, e questo ha comportato una serie di scoperte e nuove sfide. Abbiamo incontrato un mondo di frammentazioni.

Il dispositivo multifamiliare per sua natura è un dispositivo ad alta inclusività, che riunisce pazienti, familiari e operatori e, letteralmente, chiunque sia vissuto come “di famiglia” dagli utenti. Questo può inizialmente sollecitare qualche resistenza, e in effetti non ci ha stupito, anzi ci è parso abbastanza fisiologico che all’interno della associazione alcuni contassero sulla stretta separazione in ambito terapeutico tra genitori e figli come criterio inviolabile. Che la cura per i portatori dei sintomi e il sostegno per i familiari dovessero avvenire in sedi separate e distinte appariva come un sigillo incorruttibile e garanzia di efficacia, nella fantasia di una parte della utenza. È stato però sorprendente scoprire che queste separazioni-frammentazioni si dispongano come matrioske, investendo anche il dialogo tra i curanti e le famiglie, e persino il dialogo tra i diversi curanti che seguono uno stesso caso, come ci è capitato più volte quando abbiamo tentato di metterci in rete con alcuni di loro. Si è di solito trattato (non casualmente) di colleghi liberi professionisti che abbiamo avuto la netta sensazione di aver realmente disturbato.

Stiamo confrontandoci con una situazione che è ben lungi dall’essere frutto di una diversa cultura e impostazione locali, ma che ha molto più a che fare con precisi eventi storici, politici e quindi economici (primo

fra tutti il varo della legge regionale 31 del 1luglio 1997) che hanno stornato molta parte delle risorse, economiche e umane, sul settore sanitario privato, frammentando la coerenza dei percorsi di cura e, a quanto parrebbe, scoraggiando la fiducia nel lavoro in rete nei professionisti e di conseguenza nell'utenza. È forse ridondante sottolineare come la frammentazione di questi livelli che si suppongono curativi dia ulteriore spazio e forza alla frammentazione e isolamento tipici del fenomeno psicotico, approfondisca i fenomeni di contrapposizione tra "sani" e "malati" nelle famiglie, e l'aspetto dilemmatico dei conflitti.

Lavorare nel gruppo multifamiliare, collegando nel confronto tra più famiglie le storie del dolore di più generazioni, ci sta consentendo di riconnettere dei dialoghi su più piani, e di ricomporre nelle persone un bisogno di coerenza che inizia a essere rivolto anche all'esterno. Infatti accade che in un modo simile a quello in cui le persone iniziano a ricostruire e ad accorgersi delle dinamiche di sofferenza nelle loro storie familiari (potremmo dire che in un certo senso si accorgono dell'oggetto che fa impazzire, citato nelle relazioni precedenti), le stesse persone cominciano a sentire il bisogno di una maggiore messa in connessione e coinvolgimento nelle cure proprie o dei loro familiari.

Questo ci dà una certa fiducia: stiamo pensando che sia proprio il modo multifamiliare di stare insieme nel gruppo, di disporsi all'ascolto e al rispetto di sé e dell'altro, lo strumento col quale possa essere iniziato un modo per ricucire le frammentazioni e riconnettere persone, informazioni, progetti.

Bibliografia

De Franco, L. (a cura di, 2000), *La passione per l'immagine. Occasioni terapeutiche nelle trame dell'arte*. Therapne, Roma.

De Franco, L., Cortese, M. (a cura di, 2004), *Ciak, si vive. Grande schermo e piccoli gruppi*. Magi Edizioni, Roma.

De Franco, L., Cortese, M., Tabasso, C. (2011), *Transfert Multipli e Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare*, relazione presentata al Convegno "Giornate Romane di Psicoanalisi Multifamiliare", Roma, 24, 25, 26 novembre 2011.

De Franco, L., Tabasso, C. (2013). *L'assenza nel gruppo multifamiliare: verso il conseguimento di punti di non ritorno - la costituzione dell'oggetto interno*: Relazione presentata al convegno "Officine Multifamiliari", Jesi, 22 e 23 marzo 2013.

Legge regionale 31 - Regione Lombardia: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1997/11/29/097R0637/s3>

Solimando, E.S., Cocchi, C., Rivolta, S. (2018), *La mente ampliada. I gruppi di psicoanalisi multifamiliare*. In. Edit edizioni, Castel San Pietro Terme (Bo).

Tabasso C., De Franco, L., Neri, G., Paciucci, G., Granito, F.(2014), *Trasformazioni e movimenti individuali e relazionali nel gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare*, relazione presentata al Primo Convegno del Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare, Roma, 7-9 novembre 2014.

Tabasso, C., De Franco, (2015). *An answer to a changing setting: the Infiniti Angoli project*. Paper presentato al Convegno: *Analysis and Activism: Social and Political Contributions of Jungian Psychology - Second Conference*. Roma, 4-7 dicembre 2015.

Tabasso, C., De Franco, L., Neri, G., Paciucci, G., Vaccaro, M.V. (2016). *Dialoghi tra Istituzioni, stanza d'analisi e Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare*. Relazione presentata al Secondo Convegno del Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare, Roma, 4-6 novembre 2016.

Tabasso, C., De Franco, L., Neri, G., Paciucci, G., Vaccaro, M.V. (2016). *Dialoghi tra Istituzioni, stanza d'analisi e Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare*. In: *Interazioni 2*, 2017. Franco Angeli Editore.

Tabasso, C., De Franco, L., Cortese, M. (2018). *Transfert multipli nel*

gruppo di psicoanalisi multifamiliare. In: Funzione Gamma, n.41: Giornate Romane di Psicoanalisi Multifamiliare.

“Una rilettura in ottica transgenerazionale del mio percorso nella Psicoanalisi Multifamiliare”

Francesca Viola Borgogno

Sono Francesca Viola Borgogno, psicologa psicoterapeuta, candidata della Società Psicoanalitica Italiana, socio fondatore del “Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare” (L.I.P.s.i.M.). Ho avuto modo di avere fin dal 2004 una formazione diretta con Jorge Garcia Badaracco (Borgogno, F.V., 2007, 2009, 2010, 2012) perché, dopo averlo conosciuto e ascoltato durante dei seminari tenutisi nella mia città natale, Torino, decisi che il suo pensiero teorico-clinico sarebbe stato l’argomento della mia tesi di laurea. Sono stata così in Argentina (dove poi tornai diverse volte nel corso degli anni) per imparare direttamente da lui il suo modo di condurre i gruppi allargati multifamiliari e comprendere le origini della teoria che a essi soggiace. Durante uno dei miei soggiorni argentini, ebbi l’occasione nel 2005 di conoscere Andrea Narracci: quell’estate partecipammo insieme ai gruppi e ai momenti teorici organizzati da quello che poi sarebbe diventato un nostro amico oltre che mentore, “Jorge”.

Narracci, all’interno se vogliamo di quella che credo possa essere definita a tutti gli effetti “un’ottica transgenerazionale sana”, fu uno dei primi psicoanalisti che mi diede credito chiedendomi di collaborare attivamente con lui all’organizzazione delle venute in Italia di Badaracco, autore che ogni anno e per diversi anni, venne a Roma per fare delle supervisioni/intervisioni in diverse comunità terapeutiche e per tenere dei seminari sul suo cavallo di battaglia, la psicoanalisi multifamiliare.¹ Grata e un po’ incredula per la grande occasione concessami nonostante la mia giovane età, ho sentito, prima con Badaracco stesso ma poi anche con Narracci, di essere vista davvero e ascoltata, e che più in generale veniva dato un valore e un peso alla mia esperienza in Argentina. Inoltre,

¹ Materia questa, che aveva fatto incontrare me e Andrea (io laureanda, e lui psichiatra psicoanalista allora referente di una Comunità Terapeutica dell’Asl Roma A e coordinatore del Centro di Salute Mentale di Via Palestro) e che aveva “incantato” entrambi nel momento stesso in cui eravamo venuti a contatto con il suo ideatore.

durante quei soggiorni romani, mi resi conto anche io di poter aiutare: potevo contribuire attivamente sia con la traduzione italiano-argentino quando Badaracco veniva a lavorare con noi, che più in generale aiutare quello che per me era diventato un amico, Andrea Narracci, nella diffusione della Psicoanalisi Multifamiliare in Italia, in quanto, durante il lavoro di stesura della tesi avevo studiato in modo approfondito il pensiero del suo ideatore (Borgogno F.V., 2012, 2013a, 2017a).²

Lavorare a Roma al fianco di Badaracco e di persone come Andrea e degli altri colleghi con cui abbiamo anni dopo deciso di fondare il Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare, che per prime qui in Italia avevano provato ad avviare dei gruppi multifamiliari e che – nonostante la loro età e i ruoli che ricoprivano nelle istituzioni – si ritenevano ancora “in formazione” ed erano desiderosi di creare momenti di “intervisione tra pari” con i colleghi che come loro si cimentavano con questo tipo di approccio alla patologia grave, mi spronò a poter pensare di poter con il tempo creare e condurre (a partire dalle mie esperienze pratiche in Argentina e poi con lui a Roma) io stessa dei gruppi multifamiliari nell’area torinese, sentendomi parte di un “grande gruppo” (poi diventato infatti lo zoccolo duro del “L.I.P.s.i.M”.) che anche se “da lontano” mi sosteneva in questo mio progetto, ed era disposto a aiutarmi anche praticamente.³

In questo senso, rispetto all’atmosfera che si respirava nei nostri momenti di incontro a Roma, posso dire che fosse assolutamente in linea con gli insegnamenti e i modi di fare di Badaracco. Infatti, Federico

² In particolare, a Buenos Aires avevo potuto reperire direttamente da lui o nella biblioteca della Società Psicoanalitica Argentina molti articoli di Badaracco, editi allora solo in lingua originale, arrivando così dopo uno studio completo della sua opera a comprendere bene i presupposti teorico-clinici che sottostanno alla psicoanalisi multifamiliare, oltre a essere una delle poche persone che in quegli anni avevano avuto la possibilità di avere una formazione pratica con lui nei suoi gruppi. Grazie alla mia contro-relatrice di tesi, la Professoressa Granieri, ho poi iniziato nel tempo a svolgere dei seminari e delle lezioni su questo tema presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica della Facoltà di Psicologia dell’Università degli Studi di Torino.

³ Andrea e Fiorella Ceppi hanno preso parte per esempio a dei seminari formativi sul multifamiliare da me organizzati sia a Torino che a Milano, e hanno voluto venire a trovarmi per partecipare ai miei gruppi all’interno dei momenti di intervisione partecipata che abbiamo chiamato “*visiting*”.

Russo, Fiorella Ceppi, Luciana De Franco, io, e altri colleghi che per primi avevano affiancato Andrea nell'“esplorazione anche pratica” della psicoanalisi multifamiliare, cercavamo attraverso l'organizzazione di corsi E.C.M. aperti agli operatori della psichiatria, di aprire un dialogo il più possibile allargato con chi era interessato a questo approccio o con coloro che avevano già dei gruppi che definivano “multifamiliari”, ma che nella pratica e/o nei presupposti non erano propriamente dei gruppi di “psicoanalisi multifamiliare” (ma piuttosto gruppi per soli genitori, o gruppi di matrice psicoeducativa).⁴ Presentando le nostre esperienze clinico-teoriche penso che provassimo fin da allora a aprire delle finestre dialogiche inclusive delle diversità con formazioni, modi di condurre, personalità, lingue diverse, per cercare di capirci e di creare un linguaggio condiviso inclusivo, davvero “multifamiliarista” e internazionale.⁵ Prodotti di queste esperienze e della nostra voglia di continuare quest'opera di diffusione del pensiero di Badaracco sono stati la fondazione del “Laboratorio” e la creazione di un *master* biennale in psicoanalisi multifamiliare.

Per ciò che riguarda la mia esperienza di conduttrice di gruppi multifamiliari, come accennato poc'anzi, il mio sogno fu sempre quello di poter creare un mio gruppo.⁶ Essendo inizialmente una semplice tirocinante di specializzazione, imparai a coinvolgere “con la mia passione per la materia” colleghi più grandi, in special modo psicoanalisti ma non solo, in modo che mi dessero man forte nella promozione dell'ottica multifamiliare presso le istituzioni in cui lavoravano (prevalentemente in ambito psichiatrico e riabilitativo), quand'anche a pensare con me dei gruppi *ad hoc* per delle particolari situazioni cliniche e ambientali (come quella incontrata con un territorio contaminato e una popolazione colpita massivamente da un trauma qual è stata quella di Casale Monferrato..) in cui

⁴ Da gruppo a gruppo, da contesto a contesto, cambiavano gli stili di conduzione, la composizione del gruppo, i fenomeni osservati, i tipi di intervento.

⁵ Infatti gli scambi e i momenti di incontro avvenivano annualmente oltre che tra operatori italiani anche con spagnoli, portoghesi e argentini stessi (Borgogno F.V., 2013b).

⁶ Per questo decisi di iniziare il tirocinio di specialità presso un Dipartimento di Salute Mentale dell'*hinterland* torinese, e scelsi una scuola di psicoanalisi di gruppo, l'Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo di Milano.

ci siamo trovati a proporre questo tipo di modello “riversitato” (Guglielmucci, F., Franzoi, I.G., Barbasio, C.P., Borgogno, F.V., & Granieri, A., 2014), e che conducessero poi con me nel corso degli anni i diversi gruppi neo-nati.⁷

A proposito delle diverse applicazioni possibili del modello multifamiliare, contemporaneamente all’esperienza di Casale, dopo alcuni anni di conduzione di un gruppo multifamiliare da me creato durante il tirocinio presso il Dipartimento di Salute Mentale di Collegno, ebbi la fortuna di poter lavorare come consulente a contratto presso un servizio di Milano, città in cui mi ero formata come psicoterapeuta di gruppo: il servizio di reinserimento lavorativo per pazienti psichiatrici (A.L.A.) dell’Ospedale San Paolo (ora Santi Paolo e Carlo). Devo alla mia frequentazione come specializzanda infatti dell’Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo di Milano la conoscenza e proposta di collaborazione con lo psichiatra allora responsabile del servizio A.L.A., Carmine Pasquale Pismataro, presente con noi oggi e mio ormai caro amico e collega.

Il gruppo nato ad A.L.A. era un gruppo che si inseriva e veniva proposto in uno stato diciamo “avanzato” del processo terapeutico di un paziente grave, anche se in realtà il gruppo era pensato per coloro i quali avevano iniziato un percorso di reinserimento lavorativo ma avevano avuto delle difficoltà in questo reinserimento che potevano portare a degli arresti del percorso di autonomia, finanche delle vere e proprie *impasse* (al pari delle “reazioni terapeutiche negative”). La teoria che io e Pasquale abbiamo iniziato a formulare per spiegarci questo tipo di fenomeni era che la famiglia – benché spingesse a livello manifesto il proprio figlio verso l’autonomia e la ricerca di un’occupazione – non supportasse realmente il cambiamento del paziente e il suo percorso di emancipa-

⁷ Li nomino soltanto per ragioni di spazio: Alessandro Rossi per il gruppo del DSM di Collegno-Grugliasco, Antonella Granieri con i gruppi di Casale Monferrato, Francesco Comelli con i gruppi di Basti-Menti, Carmine Pasquale Pismataro e Cristiano Morati con i gruppi sul reinserimento lavorativo di ALA San Paolo e ALA Rozzano (Guglielmucci, F., Franzoi, I.G., Barbasio, C.P., Borgogno, F.V., & Granieri, A., 2014; Comelli, F., Leoni, P., Monguzzi, M., Borgogno, F.V., Pinato, M., Pelizzaro, L., Cerabolini, R., Valera, L., Bruni, S., Rossi, D., Bisagni, F., Mauri, C., & Ramella, M., 2015; Borgogno, F.V., Cristina, E., Morati, C., & Pismataro, C.P., 2017).

zione, e che il paziente spinto da questi *diktat* familiari di stampo narcisistico, inseguisse un'idea di sé e di un lavoro che non era poi in grado di reggere (Borgogno F.V., Pismataro P. C., 2017-b/c/d/e). Ci accorgemmo del resto che anche gli operatori rischiavano a volte di spingere – colludendo quindi con questi *diktat* interiorizzati – i pazienti verso lavori troppo impegnativi per quei dati individui, scambiando così (riassumo molto velocemente) quelle che potremmo definire delle “emanazioni delle identificazioni alienanti di quei pazienti ai propri genitori” per delle risorse egoiche genuine in grado di poter essere utilizzate al lavoro, che però nella pratica si manifestavano nella loro irrealistica sussistenza. Questi *diktat* sono paragonabili in altri termini a degli aspetti superegoici dei genitori che, una volta interiorizzati dai figli, non ne avevano permesso un vero (e sano) sviluppo egoico.⁸

A commento di quanto ho detto e più in generale, posso dire che negli anni la mia posizione di “interna alle istituzioni ma non troppo” (prima come tirocinante di specialità poi come consulente esterna), benché avesse i suoi svantaggi, mi permetteva – una volta creato il gruppo multifamiliare – una maggiore libertà di vedute rispetto a chi lavorava da anni in quel particolare servizio. Questa cosa, unita alla mia conoscenza esperienziale e teorico-clinica sui gruppi, faceva sì che i colleghi che incontravo e a cui descrivevo la mia esperienza argentina e a cui proponevo di partecipare al gruppo, accogliessero piuttosto con curiosità che con paura il mio invito a “provare a partecipare al gruppo” per poter vedere degli aspetti dei loro pazienti che difficilmente avrebbero visto altrove. Una volta iniziato il loro percorso dentro il gruppo, se gli operatori superavano la scomodità di non sapere da che prospettiva partecipare (come persone, genitori, figli, o come operatori?!) vedevo che la loro participa-

⁸ Inoltre, il gruppo di ALA non era stato pensato solo per lavorare, nel qui ed ora degli incontri, sul processo terapeutico del paziente e della sua famiglia, ma anche per avere delle immagini dinamiche dei pazienti da far vedere (o invitando quando era possibile direttamente i colleghi al gruppo o riportando gli argomenti del gruppo e le nostre riflessioni alle riunioni di équipe dei diversi servizi) ai curanti di riferimento in modo da poter pian piano mettere in discussione, quando ce n'era bisogno, quello che era stato definito “il progetto terapeutico” del paziente. Credo che Pismataro prima quando ha parlato di “volano” stesse definendo questa funzione utilizzando un concetto da noi coniato nella pratica pluriennale in questo contesto terapeutico.

zione al gruppo diventava per questi sia una fonte di arricchimento personale (anche gli operatori iniziano più liberamente a parlare dei propri vissuti...), sia un'occasione per poter ripensare il proprio lavoro nell'istituzione: le persone, in altre parole, riscoprivano via via la propria originaria passione per la psichiatria, mettendo in luce come la *routine*, il non cambiamento dei pazienti gravi, e più in generale, le difficoltà insite nel lavoro istituzionale permettesse loro di continuare a sentire dopo molti anni di faticosa militanza. I gruppi multifamiliari portano infatti gli operatori che vi partecipano a una loro messa in discussione a mio parere sia a livello di sapere teorico-clinico che a livello umano (o così dovrebbe un po' essere).⁹

Oggi – e con questo concludo – ho deciso invece di dedicarmi a un nuovo progetto, nato tre anni fa dalla collaborazione tra il Centro Relazioni e Famiglie del Comune di Torino e l'Associazione Onlus Parole in Movimento, a un gruppo multifamiliare aperto alla popolazione torinese (e non solo da quando a causa del *Covid-19* abbiamo utilizzato la modalità *on line*), forse il mio modo per avvicinarmi all'esperienza di Badaracco presso la Società Psicoanalitica Argentina di Buenos Aires, dove Jorge conduceva settimanalmente con altri colleghi un gruppo gratuito, aperto alla popolazione. Credo per altro che in Italia solo oggi i centri psicoanalitici siano davvero pronti per ripensarsi e per iniziare davvero ad avvicinarsi alle idee innovative di Badaracco (che richiedono a volte una messa in discussione dei paradigmi storici della psicoanalisi e una loro implementazione) per esempio pensando di proporre giornate come questa e di aprire presso i nostri centri dei gruppi multifamiliari... e la giornata di oggi ne è un chiaro segno.

Bibliografia

Borgogno, F.V. (2007). Intervista all'autore Jorge García Badaracco. *Interazioni*, 27(1): 103-116.

Borgogno, F.V. (2009). L'ascolto dell'oggetto che fa impazzire. In A.

⁹ D'altra parte, un capitolo a parte potrebbe essere dedicato - per contro - alle resistenze degli operatori: infatti spesso entrare in un gruppo così eterogeneo e senza molte regole se non quella di partecipare attraverso i propri vissuti e rispettare l'altro lasciandolo parlare, fa paura, perché ci dimostra davvero che normalità e patologia sono su un *continuum*..

Granieri (a cura di). *Esperienze di ascolto in situazioni di crisi*. Fratelli Frilli Editori.

Borgogno, F.V. (2010). Working with ‘difficult’ patients: an interview with Jorge García Badaracco. *The American Journal of Psychoanalysis*, 70: 341-360.

Borgogno, F.V. (2012). Il lavoro con i pazienti gravi e le loro famiglie: la dimensione “multifamiliare” della psicoanalisi. *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 65: 231-245.

Borgogno, F.V. (2013a). La psicoanalisi multifamiliare. Un piccolo scorcio della mia esperienza argentina con Jorge Garcia Badaracco. *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 63: 256-278.

Borgogno, F.V. (2013b). Il Convegno Mondiale Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare svoltosi a Buenos Aires dal 22 al 25 novembre 2013. *Interazioni*, 38 (2): 115-118.

Guglielmucci, F., Franzoi, I.G., Barbasio, C.P., Borgogno, F.V., & Granieri, A. (2014). Helping Traumatized People Survive: a Psychoanalytic Intervention in a Contaminated Site. *Frontiers in Psychology*, 5: 1419.

Borgogno F.V. (2017a). La funzione paterna in psicoanalisi: il ruolo dell’analista all’interno del setting psicoanalitico multifamiliare in *Funzione Gamma n. 41 - Giornate Romane di Psicoanalisi Multifamiliare*.

Borgogno, F.V., Cristina, E., Morati, C., & Pismataro, C.P. (2017b). *I gruppi multifamiliari e le nuove applicazioni sociali. Psichiatria e psicoterapia. N. 2, giugno 2017. Giovanni Fioriti Editore*.

Borgogno, F.V., & Pismataro, C.P. (2017c). Identificazioni adesive e mimetismo istituzionale: il gruppo multifamiliare applicato al contesto del reinserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici quale Luogo in cui è possibile individuare e smantellare le identificazioni patogene e patologiche, in *Tra il dire e il fare. Esercizi di Psicoanalisi Multifamiliare* A cura di Andrea Narracci, Federico Russo, Il Vaso di Pandora vol. XXV n. 2 2017.

Borgogno, F.V. & Pismataro, C.P. (2017d). Il modello multifamiliare e la metafora del lavoro: identità sociale e costanza percettiva del sé nelle relazioni complesse, una prospettiva evolutiva e prognostica. *Psichiatria oggi*, anno XXIX, n.2, luglio-dicembre, pagg. 26-32.

Borgogno, F.V. & Pismataro, C.P. (2017e). Identificazioni adesive e mimetismo istituzionale: il gruppo multifamiliare applicato al contesto del reinserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici quale Luogo in cui è

possibile individuare e smantellare le identificazioni patogene e patologiche. *Il Vaso di Pandora. Dialoghi in Psichiatria e Scienze Umane*, XXV (2): 238-253.

Gruppi multifamiliari in comunità

Marco Grignani

Il nostro lavoro si fonda sull'esperienza clinica all'interno di una Comunità terapeutica intensiva dove abbiamo promosso la formazione di un Gruppo Multifamiliare con gli abitanti della Comunità ed i loro parenti (che non erano solo genitori, ma anche zii e cugini).

La prima osservazione che vorrei comunicare è tratta appunto da questa attività clinica con i Gruppi Multifamiliari in comunità: a fronte dei racconti delle proprie esperienze da parte degli abitanti delle comunità, i commenti che emergevano avevano una qualità molto più intensa, profonda, critica ed anche caratteristiche di elaborazione maggiori rispetto a quanto si poteva vedere nelle interazioni all'interno di setting diversi e più comunemente utilizzati all'interno dei Servizi, come quelli di sostegno alla genitorialità (parent training) o di psicoterapia di coppia.

Questo andamento deriva in parte da alcune caratteristiche generali comuni a tutte le terapie di gruppo, ma anche da una specifica caratteristica dell'esperienza trasformativa legata ai gruppi multifamiliari. Ci sembra che ciò sia correlato, in modo abbastanza chiaro e oramai assodato anche dalla ricerca e dalla letteratura in merito, da un lato alla presenza di fattori terapeutici generali di ogni alla terapia di gruppo (Yalom, 1974) e dall'altro a quelli più specificamente correlati alla terapia psicoanalitica multifamiliare (mente ampliata, transfert multipli, rispecchiamento metaforico) (Badaracco 1997, Narracci 2020).

Osservando con attenzione il gruppo rispetto alle caratteristiche fino a qui descritte, abbiamo notato l'emergere di una *fantasia gruppale che riguardava una possibilità di cura o di cambiamento*; questa posizione era prima percepita come impossibile. Ci siamo fatti l'idea che questo nuovo modo di porsi emerga dallo svilupparsi di un *cotransfert sul gruppo*; intendiamo con ciò un movimento transferale che investe sia il setting - "transfert verso il setting"; in questa situazione il setting diviene *depositario* della simbiosi (Pichon- Riviére, 1985; Bleger, 2010)- che il gruppo inteso come un oggetto nuovo. Si potrebbe affermare che questo nuovo assetto gruppale permette lo sviluppo di aspetti più dinamici e di potenzialità trasformative. In sostanza gli operatori, gli abitanti della co-

munità e i loro familiari riescono, anche grazie ad una sostanziale pariteticità di tutti i presenti nel gruppo multifamiliare, attraverso lo sviluppo di questo movimento *cotransferale*, a “rompere” la segregazione psicotica, e a liberare energie bloccate nella simbiosi. Queste energie disponibili confluiscono in parte in un investimento oggettuale condiviso sul gruppo, all’interno del quale si sviluppa l’idea di una possibilità cura. Altra parte delle energie liberate è a disposizione per la costruzione di progetti di cambiamento.

Potremmo definire questa fantasia, utilizzando una metafora, il prodotto del concepimento nella mente “ampliata” del gruppo. Questa fantasia consente una relazionalità diversa caratterizzata da un nuovo modo di pensarsi come genitori, come figli e come fratelli e conduce ad una “esperienza emotiva correttiva” che può permettere di affrontare la cura della ferita narcisistica inferta dall’esperienza di malattia.

Bibliografia:

- Badaracco J.E.Garcia (1997). *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*. Milano: Franco Angeli.
- Bleger J. (2010). *Simbiosi e ambiguità. Uno studio psicoanalitico*. Roma: Armando Editore
- Narracci A. (2020). <https://centropsicoanaliticodiroma.it/psicoanalisi-e-servizi/psicoanalisi-multifamiliare>
- Pichon - Rivière E. (1985). *Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*. Loreto: Libreria Editrice Lauretana
- Yalom I.D. (1974). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Torino: Bollati Boringhieri

Il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare: l'esperienza di Solaris

Antonella Cammarota

Partecipo a questo convegno come familiare e come rappresentante di un'associazione di familiari utenti e volontari, Organizzazione di Volontariato, che si chiama "Solaris odv". Di professione sono sociologa. Ho incontrato Andrea Narracci proprio quando ha cominciato a sperimentare i gruppi di psicoanalisi multifamiliare a Roma perché mio figlio era stato ricoverato nella comunità di via Piatti, da lui diretta. In questo intervento mi vorrei soffermare sul rapporto tra psicoanalisi multifamiliare e terzo settore a partire dall'esperienza dei volontari e dei familiari della nostra associazione con il gruppo di psicoanalisi multifamiliare del CSM di via Sabrata. Noi siamo un'associazione che opera sul territorio del II Municipio di Roma Capitale e molti di noi hanno partecipato fin dall'inizio ai gruppi introdotti da Andrea Narracci. E nel tempo si è creato un legame e uno scambio tra Solaris e i familiari che partecipavano al gruppo. Molti sono entrati a far parte della nostra associazione e si è avviato un percorso importante di partecipazione e di riflessione. Abbiamo capito nel profondo quanto i familiari siano un elemento fondamentale nel percorso di cura che va ad integrarsi con gli apporti degli altri interventi.

Io personalmente ad esempio ho fatto una lunga esperienza di psicoanalisi individuale e mio figlio una lunga psicoterapia; con il mio ex marito e mio figlio abbiamo fatto terapia familiare. E dal 2010 mio figlio ed io siamo entrati a far parte dell'Associazione Solaris. Una Associazione che fin dal 2002 era stata creata dal dott. Maone e da un gruppo di familiari di utenti in procinto di lasciare la Comunità terapeutica di via Sabrata, dando vita ai progetti di abitare autonomo e per anni abbiamo partecipato al gruppo dei familiari della comunità.

La partecipazione all'esperienza di psicoanalisi multifamiliare è stata una occasione di ulteriore crescita e di maturazione. Credo che uno degli elementi più importanti di questo percorso di crescita sia dovuto alla "dimensione di gruppo" che questa esperienza riesce a creare. Elaborare attraverso il gruppo ci aiuta a trovare risposte che i singoli psichiatri, anche bravissimi che abbiamo incontrato sulla nostra strada, non erano stati in grado di darci.

Partecipando ai gruppi di psicoanalisi multifamiliare in via Sabrata ci

siamo confrontati con i vissuti di altri familiari, di pazienti e di operatori, abbiamo capito che proprio tutti possono dare un contributo alla cura. Nel setting del gruppo siamo su un piano di parità, si vedono altri punti di vista a partire da sé, non si giudica e non ci si sente giudicati. Questi incontri sono fondamentali perché aiutano noi familiari a elaborare i sensi di colpa profondi che abbiamo perché ci sentiamo responsabili, quasi sempre, della malattia di nostro figlio o di altri familiari, ci aiutano a superarli e, a partire dalla realtà che stiamo vivendo, ci aiutano ad andare avanti. Ci aprono una prospettiva di vita e ci permettono di fare altre esperienze, di costruire nuove relazioni o di ricucire relazioni interrotte. Concludo contenta di poter dare questo piccolo contributo alla discussione.

Gruppi di Psicoanalisi multifamiliare in Comunità terapeutica per Adolescenti

Carola Battaglia (Gruppo Redancia, CTR Porto D'Attracco-Genova)

Abbiamo cominciato ad utilizzare questa esperienza nel 2019, con incontri a cadenza mensile, viste le disparate afferenze delle nostre famiglie che in alcuni casi vengono da lontano.

Questo è un modo di lavorare diverso che si occupa non solo dei pazienti ma dei pazienti insieme ai loro familiari, sono gruppi piuttosto grandi, composti da tante famiglie oltre che dagli operatori. Siamo arrivati a costituire gruppi di 45 persone in alcuni incontri.

Quello che abbiamo visto negli anni precedenti era che molte famiglie rimanevano inalterate, nonostante il lavoro sulla famiglia singola e con i gruppi per i familiari, non venivano trattate altrettanto quanto i pazienti e dunque quando i pazienti migliorati tornavano a casa, con molta facilità si ricreavano situazioni di crisi antecedenti.

Le particolarità di questo gruppo, oltre che per la partecipazione “globale” della sfera intorno al paziente, è legato al fatto che si crei un ambiente di lavoro molto naturale in cui per certi versi si riproduce la modalità di funzionamento dei rapporti tra le persone, un ambiente di lavoro molto più vicino alla realtà che non in qualsiasi altro contesto terapeutico.

In questi gruppi, la naturalezza è uno degli obiettivi da raggiungere.

Questo modo di lavorare si basa sull’dea che all’inizio non esiste una differenziazione, nel senso che si parte da una situazione simbiotica nella quale non c’è distinzione tra la madre e il bambino. Cioè che nel “**processo di differenziazione progressivo**”, qualcosa si è inceppato, la fase di separazione-individuazione non si sia messo in moto o si sia interrotta. Gracia Badaracco parla infatti “identificazioni patologiche e patogene” e del fenomeno delle cosiddette “interdipendenze” cioè il figlio generalmente rimane legato ad uno o ad entrambi i genitori e finisce più per corrispondere alle aspettative di questo genitore da non riuscire a costruire una propria personalità, scatenando situazioni di “crisi”. La crisi viene però pensata come un tentativo di innescare un processo di individuazione che in realtà fino a quel momento il paziente non aveva avuto la capacità di innescare.

Il gruppo si basa molto su questa idea dove i pazienti siano abitati dai genitori e che i genitori siano abitati dai figli; quindi il processo che bisogna innescare è far sì che ognuno rientri dentro di sé e si occupi soltanto di sé e che quindi questi legami così intensi si affievoliscano mano a mano che avviene la partecipazione al gruppo.

Durante l'ultima seduta di Terapia Multifamiliare il padre dice: "ricordo come dopo il primo incontro mi sono ritrovato di fronte ad uno specchio, ed è stato tutto molto più chiaro. Ho iniziato a pensare come la mia rabbia nei confronti del mondo, delle situazioni che ho vissuto, di sfiducia, di continua ricerca di un colpevole, La sfiducia nel sistema, ponendomi io come invincibile. Ed ero invincibile anche agli occhi di mio figlio, lui faceva esattamente quello che facevo io(...) L'accettazione dell'ingresso in comunità ha posto una distanza e mi rendo conto mi abbia restituito il mio ruolo di papà, essendo più vero, reale agli occhi di Bacci.

Il nostro rapporto ora è più disteso non abbiamo più paura di doverci difendere, non dobbiamo più difenderci da nessuno, riusciamo a stare insieme in una maniera più normale, facciamo delle cose semplici, normali che prima erano impensabili.

L'aspetto interessante è che questo fenomeno reciproco perché in effetti poi i pazienti tendono ad abitare nei propri genitori e quindi ci si trova di fronte, nel momento della crisi, a delle situazioni nelle quali entrambi si comportano l'uno nei confronti dell'altro con lo stesso stile.

Si tratta di innescare processi che permettano al genitore di non seguire a vivere al posto del figlio, avvicinandosi a quella che Badaracco definisce **"virtualità sana"**.

Silvia: "Io ho riprovato di riportarla sempre su quella strada, però non ascoltando mai le sue richieste, non dando valore, perché magari per me non erano importanti, invece per lei sì. Per me lei è sempre stata incapace di scegliere anche le cose più banali, sono sempre stata io a dirigerla. In passato ho dato importanza a cose di poco conto, sempre a causa delle mie idee su di lei, invece le ho trasmesso solo sfiducia non dandole la possibilità di sperimentare da sola"

Bianca: "Io sono con i miei figli molto chioccia, se da un lato ne avevano bisogno dall'altra li ho disarmati, non gli ho permesso di creare, probabilmente quei rapporti conflittuali, anche come modo di

esprimersi”

Ci sono famiglie che hanno partecipato al gruppo senza mai parlare e dopo mesi iniziano a dire, e ci si accorge che hanno fatto un cambiamento notevole e così anche il loro figlio, perché hanno avuto la possibilità di rispecchiarsi all'interno di altre dinamiche di altre famiglie e hanno attivato un processo di cambiamento, “un **cambiamento silenzioso**”.

Esiste un altro momento del gruppo importante; all'interno dell'interdipendenza genitore-figlio, nel momento in cui il figlio sente che anche il gruppo sostiene i propri genitori, allora inizia a parlare, a dire una serie di realtà che prima non poteva dire.

“I genitori di Giovani hanno in primo confronto circa un momento per loro molto critico: la telefonata al 112 e l'intervento delle Forze dell'Ordine. Durante il racconto di Bianca, Giovani fa una smorfia e bisbiglia qualcosa; la madre gli chiede di condividere con il gruppo il suo pensiero:

Bianca: “Che c'è Giro? Vuoi dire qualcosa?”

Giovani: “Perché hai chiamato il 112?”

Bianca: “Perché era un momento difficile e l'unico modo per poter riprendere il controllo era quello.”

Giovani: “Non dovei chiamare, non avrei fatto niente. Ero arrabbiato ma non avrei mai fatto del male a nessuno col coltello.”

Bianca: “Era qualcosa che non potevamo sapere, avevamo paura...”

Padre di Thomas: *“Non è facile trovarsi, in situazioni simili, dover abbandonare il proprio posto di lavoro e tornare a casa, cercare di mantenere una lucidità. Thomas stava tenendo in ostaggio la famiglia con un coltello”*

Questo è un momento fondamentale, è il momento in cui la persona si rende conto che è un altro separato dal genitore.

Questo **momento di crisi** interviene quando il figlio “incontra” delle sue “parti sue” che non sapeva di avere e che entrano in contrasto con il modo più accondiscendente alle aspettative, legate ai bisogni, del genitore/i. La crisi è anche un'opportunità oltre che l'emersione di una sofferenza dolorosa, il cui significato può, però essere recuperato.

È un momento delicato della terapia perché la persona può sentirsi

disorientata perché deve scoprire una “**virtualità sana**” che non ha mai vissuto o l’ha dimenticata. In questa fase è stato fondamentale supportare sia il ragazzo che la famiglia, ma anche il gruppo si sente questo compito.

L'applicazione del modello multifamiliare in ambito preventivo e riabilitativo

Carmin Pasquale Pismataro

Mi chiamo Carmin Pasquale Pismataro, sono psichiatra, psicoterapeuta, socio dell'Istituto Italiano Psicoanalisi di Gruppo, l'interesse per il gruppo e lo studio della sua organizzazione nei contesti di cura ed istituzionali ha guidato la mia formazione e la carriera professionale.

Da sempre mi sono interessato alla particolarità delle relazioni e delle configurazioni affettive presenti nelle famiglie con un soggetto malato la loro interno.

Sono stato responsabile di alcuni progetti specifici all'interno dell'attività clinica svolta dal DSM dell'azienda Ospedaliera dell'Ospedale San Paolo di Milano.

I più rilevanti sono stati: l'organizzazione di un 'Agenzia per gli inserimenti lavorativi e l'attivazione di un "Servizio Giovani" con particolare attenzione agli esordi psicotici e al tentativo di trattamento precoce compreso il sostegno ai familiari.

Nel novembre '11 ho avuto la fortuna di partecipare alle "Giornate Romane di Psicoanalisi Multifamiliare" e ho avuto modo di conoscere Andrea Narracci e i colleghi romani attivi in questo campo: Federico Russo, Fiorella Ceppi, Luciana De Franco e tanti altri.

E anche con l'incontro dei colleghi argentini e spagnoli, è stato per me un momento di svolta, mi sono da allora adoperato ad applicare il modello multifamiliare negli ambiti lavorativi che avevo attivato, mi serviva però una competenza più specifica per avviare i gruppi di PMF, da qui l'"ingaggio" della dott.ssa Francesca Borgogno con cui ho avviato una proficua e feconda collaborazione.

Lo studio dei fenomeni sviluppati all'interno delle sedute di psicoanalisi multifamiliare ci ha permesso di mettere a fuoco alcune osservazioni originali che riteniamo utile approfondire e condividere .

Nel corso dell'esperienza si è venuta evidenziando la specificità della presenza di oggetti internalizzati a carattere persecutorio che rappresentano la riedizione di oggetti primitivi introiettati attraverso relazioni patologiche familiari che permangono nel tempo e alterano lo sviluppo psichico.

Sin dai primi incontri, tali presenze si sono potute osservare grazie ai fenomeni di rispecchiamento reciproco, è emersa inoltre con evidenza la produzione di transfert multipli.

Ma la questione che ha più ingaggiato il nostro intervento è stata l'osservazione di quella particolare condizione per cui persone che mantenevano un compenso psicopatologico stabile da tempo ed erano riuscite a svolgere le procedure preliminari all'inserimento lavorativo, a volte manifestavano brusca recrudescenza sintomatica all'attivarsi dell'esperienza lavorativa medesima.

Com'è possibile? ci siamo interrogati; di certo i noti meccanismi omeostatici di resistenza al cambiamento potevano essere chiamati in gioco, ma il fenomeno aveva caratteristiche piuttosto peculiari, si trattava spesso di inserimenti che "andavano bene" in cui familiari, operatori e lo stesso paziente si erano spesi con impegno e motivazione.

Ci è sembrato utile ricorrere al concetto proposto da Badaracco dell'emergenza della "virtualità sana" ovvero che un falso sé condiviso e sostenuto dai vari soggetti, attori del processo aveva continuato a mantenere allo status quo, emerge in maniera dirompente.

Questi *diktat* familiari collettivamente condivisi, anche a livello degli operatori dei Servizi di cura, si possono descrivere come fenomeni di "*adesività istituzionale alle identificazioni patogene*" (F.V. Borgogno, C.P. Pismataro, presentazione al *II Convegno Internazionale e Interdisciplinario di Psicoanalisi Multifamiliare*, Buenos Aires 22-25 Nov. 2013) sono configurazioni a cui i partecipanti aderiscono in maniera inconscia e si dimostrano estremamente resistenti perché egosintoniche: "tutto andrà bene", però qualcosa si oppone strenuamente: la malattia può esser letta in questo senso come il tentativo di sovvertire un ordine ipnotico familiare introiettato, pensiamo al *falso sé* di Winnicott (1964) e alle *identificazioni alienanti* di García Badaracco (1990).

Verificate nella pratica le false risorse e le identificazioni adesive a volte crollano e fanno sentire il paziente incapace di autonomia, anche a causa delle sue pregresse difficoltà di separazione, si attivano in queste circostanze delle vere e proprie angosce di disgregazione, con conseguente ritiro e l'apertura di una crisi relativa alle carenze di conoscenze e competenze specifiche che l'avvio del percorso lavorativo pongono anche ai familiari, oltre che ai pazienti stessi; dall'altra parte l'insorgere della crisi rappresenta una opportunità potenziale per permettere il distacco dalle identificazioni adesive alienanti in cui familiari e pazienti

sono intrappolati e a cui anche gli operatori hanno aderito.

Il GPMF si è dimostrato un vero cantiere di co-costruzione di significati, permettendo di generare al suo interno un campo emotivo e relazionale in grado di disarticolare stereotipi e pregiudizi fortemente condivisi tra familiari e operatori, attivando un processo di destrutturazione/ricostruzione della visione prevalente del paziente sia a livello familiare che istituzionale, che potremmo definire di "bonifica ambientale" favorendo la revisione e la riformulazione delle convinzioni circa l'adeguatezza e affidabilità: il processo che Badaracco individua come la riscoperta delle "virtualità sane" incistate in ciascun paziente sotto le identificazioni adesive sostenute dalle aspettative dei familiari e del suo contesto; tale prospettiva non si realizza solo attraverso l'apprendimento di nozioni e competenze, ma grazie all'attivazione di un'atmosfera, un campo che può permettere la riemersione di attitudini e virtualità nascoste, sopite nelle pieghe della cronicità.

Tale processo ha bisogno di uno spazio definito e dedicato in cui sotto l'osservazione e l'indirizzo di personale specializzato possa favorire e gestire un processo di ricostruzione e ristrutturazione di visioni stereotipate e rigide.

Abbiamo denominato questo fenomeno "Mimetismo istituzionale" indicando quei fenomeni di negazione ed occultamento delle fragilità del soggetto che possono portare a una condizione di esasperata sofferenza nella rincorsa d'una immagine del se che trova i suoi fondamenti nelle identificazioni alienanti con la collusione di operatori e curanti.

L'applicazione del GPMF nei Servizi di psichiatria si è una opportunità per migliorare proficuamente la capacità di conoscenza e gestione della sofferenza psichiatrica degli utenti e delle loro famiglie.

Questa opportunità favorisce l'emergere di un diverso stile di lavoro permette maggior condivisione facilita la creazione di una visione più allargata delle dinamiche del paz. e della sua famiglia, consente l'osservazione dell'ambiente naturale dove si svolge la vicenda patologica ovvero la famiglia stessa, luogo di sviluppo e gestione della sofferenza.

La possibilità di condividere il carico della sofferenza espressa dal paziente grave, e le relative identificazioni patogene, permette di attivare un'azione di "bonifica ambientale" l'istaurazione del dispositivo di PMF contribuisce a diminuire le tensioni e le reazioni negative anche negli operatori e non solo in quelli che partecipano direttamente all'esperienza,

attivando in condizioni specifiche e puntuali, una nuova possibilità di conoscenza condivisa tra operatori, utenti e familiari questa possibilità se riconosciuta e valorizzata permette una più ricca e proficua capacità di funzionamento in relazione di reciprocità.

Definiamo questa caratteristica la “funzione di volano” che il GPMF attiva nei Servizi anche in virtù di quella condivisione di cui si è parlato in altri interventi e allo sviluppo di una nuova conoscenza del paziente delle sue reali possibilità.

La considerazione dell’ambito istituzionale in cui si attiva il dispositivo GPMF deve interrogarci su che modello abbiamo in mente quando lavoriamo in ambito istituzionale: Pichon Riviere e la scuola di psicoanalitica argentina di cui Badaracco è un epigono propongono una visione in cui l’introduzione di un dispositivo gruppale all’interno di una istituzione produce fenomeni di attivazione di risposte emozionali sia a livello dei componenti il gruppo, ma anche e soprattutto all’interno dell’Istituzione che comportandosi come un “gruppo di gruppi” reagisce all’introduzione del nuovo dispositivo.

Queste reazioni possono avere uno scopo “conservativo” finalizzate a integrare il nuovo dispositivo nell’organizzazione precedente senza dover attivare opzioni di cambiamento, oppure l’azione del nuovo dispositivo se trova le condizioni favorevoli di accoglienza, interesse, condivisione ma soprattutto un clima affettivo disponibile a mettersi in discussione e affrontare la scomposizione dei pregiudizi che sostengono le stereotipie e la cronicità delle risposte alle domande di aiuto che i pazienti e le loro famiglie pongono.

In questo momento è possibile attivare dei fenomeni di cambiamento virtuosi e proficui che possono portare a rivedere le pratiche in atto in un singolo Servizio attivando motivazione, curiosità ed interesse e questo che intendo con il termine di “volano” fenomeno di facilitazione delle attività dei Servizi di Psichiatri che a volte l’introduzione del dispositivo di PMF può favorire al di là dei suoi già comprovati effetti terapeutici.

Bibliografia

Badaracco J. G.: *La comunità terapeutica psicoanalitica a struttura multifamiliare*, Milano, F. Angeli, 1997

Badaracco J. G.: *Psicoanalisi Multifamiliare*, Paidós, B.A. 2000

- Bauleo A. : *Ideologia gruppo e famiglia* , Feltrinelli, Mi'77
Bauleo A. : *Psicoanalisi e Gruppalità*, Roma Borla 2000
Bion W.R. : *Apprendere dall'esperienza*, Armando , Roma '72
Borgogno V. F., Pismataro C.P. “ *I I Convegno Internazionale e Interdisciplinario di Psicoanalisi Multifamiliare*, Buenos Aires Nov. 2013
Bleger J. : Psicoanalisi dell'inquadramento psicoanalitico in “*Simbiosi e Ambiguità*”, Paidos B.A. '67.
Narracci A. : *Psicoanalisi Multifamiliare come esperanto*, Antigone To 2015
Pichon Riviere E.: *Il processo Gruppale*, Laurentina , Loreto '85

11 DICEMBRE 2021: FORMAZIONE E CLINICA NELLE ISTITUZIONI, IL METODO PSICOANALITICO

Riflessioni sui dati generali dei Seminari Analitici di Gruppo e delle attività del gruppo di lavoro Psicoanalisi e Servizi/Istituzioni

Fausta Calvosa e Giovanna Montinari

Raccontare e ascoltare il caso clinico è un progetto dei due centri psicoanalitici romani (CPdR-CdPR), patrocinato dalla Società Psicoanalitica Italiana, nato nell'anno 2014-15.

La finalità del progetto era quella di mantenere attivo il rapporto e l'incontro tra la psicoanalisi e l'esperienza dei servizi ed istituzioni. Tutti i colleghi che ne fanno parte lavorano nelle istituzioni o ne hanno rapporti di consulenza e formazione.

Si rivolge agli operatori della salute mentale, che lavorano nei centri di salute mentale, centri diurni, residenze psichiatriche, servizi TSMREE, reparti ospedalieri, universitari, centri di riabilitazione, privato sociale sia nell'area adulti che per l'Infanzia e Adolescenza.

I primi referenti del progetto, per mantenere il collegamento con l'attività dei Centri, sono stati Francesca Piperno¹ e Alessandro Antonucci, due psicoanalisti impegnati da sempre nel lavoro istituzionale pubblico. Un particolare ringraziamento e pensiero è rivolto da tutti noi, a Francesca Piperno e Alessandro Antonucci, per il grande impegno nell'avvio e nella cura del progetto. Francesca ha attivato tantissime reti di contatto con i servizi e i reparti, mettendo a disposizione competenze, tempo ed energie.

Attualmente dalla fine del 2019, i referenti sono Giovanna Montinari e Giuseppe Riefole.

Il nostro gruppo di colleghi, si riunisce stabilmente, organizzando di volta in volta le attività e permettendo a tutti i colleghi interessati di partecipare e fare l'esperienza di condurre i Seminari Analitici di Gruppo

¹ Su questi temi Francesca ci ha lasciato un numero unico della rivista *Interazioni* (2, 2018/48) a cura sua e di Mercedes Lugones "Il gruppo: *“un altro molto speciale”* Bambini, adolescenti e genitori nelle istituzioni. Francesca ci ha lasciato prematuramente nell'aprile 2019.

(SAdG)², costruendo così una cultura condivisa della psicoanalisi e delle istituzioni.

Nella prima fase della proposta, si era ancora lontani dall'epoca Covid 19, l'intento era quello di aprire la sede di via Panama, di far entrare nella SPI operatori, colleghi motivati che erano disponibili a "*venire da noi*" piuttosto che "*andare noi da loro*" ed erano disposti a fare un'esperienza di gruppo molto diversa dalle consuete supervisioni istituzionali.³

Insieme a questa proposta in sede, sulla base delle idee ed esperienze dei colleghi del nostro gruppo, abbiamo offerto altre attività come la disponibilità ad andare, per un incontro teorico/clinico, presso i servizi che ne facevano richiesta. A tal proposito la adesione dei colleghi dei Centri è stata ampia e generosa, impossibile nominarli tutti, li ringraziamo per essersi recati presso le sedi dei servizi che hanno richiesto la loro presenza sui temi della psicosi, della clinica e altri aspetti del loro lavoro istituzionale.

Sono stati attivati anche incontri di interviste per le équipes che si trovavano in un'impasse nel lavoro con casi difficili.

Questa prima fase ci ha permesso di esplorare una domanda e un bisogno di lavoro che spesso rimane silente nelle istituzioni sia pubbliche che

² I Seminari Analitici di Gruppo, secondo il modello proposto da Anna Ferruta, organizzati nei Centri SPI e nelle Istituzioni, sono gruppi di discussione clinica, costituiti da operatori di diverse realtà istituzionali e da conduttori psicoanalisti, che diventano un luogo mentale che accoglie, sul caso clinico esposto ad ogni incontro, quegli aspetti della mente del paziente grave o dell'operatore in difficoltà, che la mente individuale del singolo non riesce spesso a contenere, e che lo induce simmetricamente a un imprigionamento in schemi inerti, ideologici o imitativi. L'analista conduttore ascolta la presentazione del caso clinico e le libere associazioni dei partecipanti (che spesso possono anche non conoscere il paziente di cui si parla), assistendo a uno scambio di figure, emozioni, fantasie suscitate dal racconto. Ogni partecipante del gruppo riesce a dare voce e parola ad aspetti che spesso nel rapporto individuale restano celati, mettendo in gioco la funzione di una mente gruppale come fattore di sviluppo del pensiero, anche attraverso una trasformazione dello stato emotivo dei partecipanti che a turno possono diventare *personaggi del mondo interno* del caso presentato, e funzionare inconsciamente come aspetti scissi, denegati, non rappresentati a parole.

³ Abbiamo già riferito in un altro seminario, 3 Ottobre 2020, l'esperienza dei Seminari Analitici di Gruppo dei quali Anna Ferruta è stata una antesignana promotrice e con la quale il nostro gruppo si è sempre coordinato e partecipato.

private. Abbiamo così modulato l'offerta, constatando che il nucleo portante del progetto sono stati i Seminari Analitici di Gruppo.

I dati che abbiamo raccolto, purtroppo lacunosi per via del fatto che non tutti i colleghi che si iscrivevano completavano le informazioni richieste, sono sufficienti comunque per fare alcune considerazioni.

Considerazioni sulla partecipazione alle attività di “ripensare il caso clinico” dal 2015 al 2021 attraverso l'analisi dei dati

Il Gruppo Psicoanalisi e Istituzioni ha svolto seminari clinici rivolti agli operatori delle Istituzioni pubbliche e del privato sociale dal 2015 ad oggi. Ha proposto: Seminari teorico-clinici (STC) presso i servizi richiedenti e in modalità da remoto nel 2021; Seminari analitici di gruppo (SAdG), suddivisi in area adulti, area adolescenza e area infanzia; Intervisioni.

Dal 2015 al 2018 i STC sono stati svolti presso i servizi: Ospedale Fatebenefratelli (Reparti di Maternità, Ginecologia e Neonatologia); DSM delle ASL (Roma1, Roma 2, Roma 3, Viterbo e Latina); Policlinico Umberto I; Policlinico S. Andrea; Policlinico Gemelli; Strutture sanitarie convenzionate con le ASL; Centri di riabilitazione (ad es. il RIFI di Fiumicino); Istituzioni del privato sociale.

Dal 2019-20 i STC sono stati svolti in modalità online per l'avvento della Pandemia COVID-19.

Non abbiamo purtroppo i dati dei partecipanti ai seminari teorici presso le singole istituzioni. Abbiamo raccolto alcuni dati degli iscritti ai SAdG e ai STC a distanza. In tutto si sono iscritti 232 partecipanti di cui 32 hanno seguito i STC e 198 i SAdG (di due iscritti abbiamo dati frammentari) (Fig.1).

Dei 198 iscritti ai SAdG: 115 hanno partecipato ai seminari solo dell'area adulti, 60 solo adolescenti, 14 adulti e adolescenti, 6 solo infanzia, 2 infanzia e adolescenza, 1 persona ha seguito tutte e 3 le aree (Fig.2).

Sempre di questi 198 iscritti: 91 hanno partecipato per un solo anno, 20 per 2 anni e 87 per 3 o più anni (Fig.3).

La provenienza dei partecipanti era piuttosto varia: scuole di specializzazione, servizi territoriali, comunità terapeutiche convenzionate, cooperative sociali, liberi professionisti, insegnanti ed altro.

I SAdG per gli adulti nell'insieme sono durati 6 anni (adesso è in corso il settimo anno di riedizione), hanno visto la partecipazione di 130 persone,

di cui più del 50% hanno partecipato 2 o più anni, hanno coinvolto 17 conduttori (analisti associati, ordinari e con funzioni di training) e ogni gruppo era costituito da 2 o 3 conduttori dei 2 centri romani di psicoanalisi.

Analogamente sono durati 6 anni (è in corso il settimo) i SAdG per gli adolescenti ed hanno avuto 77 partecipanti, di cui più del 50% hanno partecipato 2 o più anni, e sono stati svolti da 2 conduttori (AFT e AO), sempre gli stessi, dei 2 centri romani di psicoanalisi.

I SAdG per l'infanzia invece si sono svolti solo nel 2019, hanno visto la partecipazione di soli 7 iscritti (nessuno dai servizi del TSMREE) e sono stati condotti da due analisti dei due centri romani della SPI.

Riflessioni

Un elemento suggestivo emerso dall'analisi dei dati in nostro possesso che dei 230 iscritti ai seminari 19 hanno iniziato il training alla SPI (Fig.4).

Infine dal lavoro del gruppo Psicoanalisi e Istituzioni sono maturate altre attività: il Portale "Psicoanalisi&Sociale"; i Seminari nelle due sezioni di Training sul tema Psicoanalisi e Istituzioni (Boccaro- Montinari) e un Gruppo di studio: "Estensione del metodo psicoanalitico nella cura delle patologie gravi e delle psicosi" condotto da Andrea Narracci.

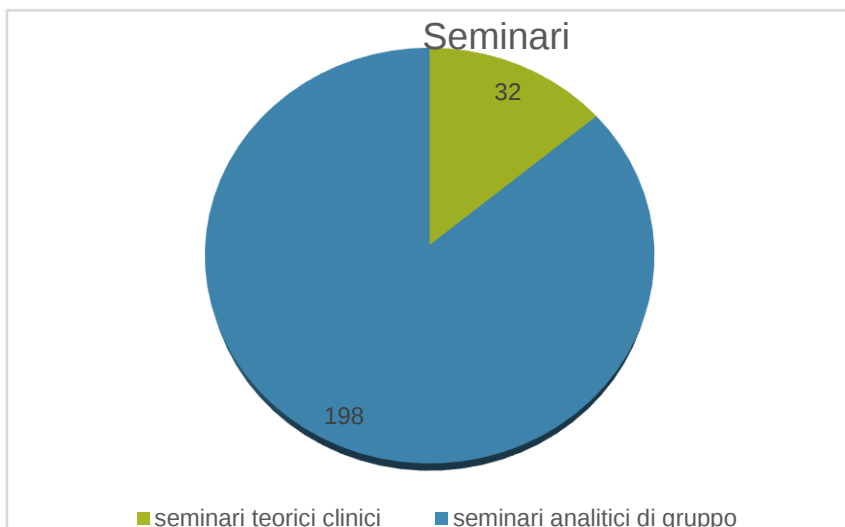


Fig 1

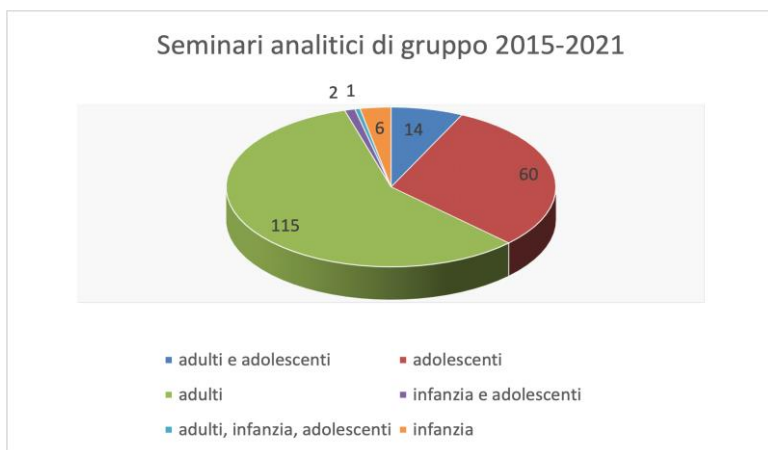


Fig. 2



Fig. 3

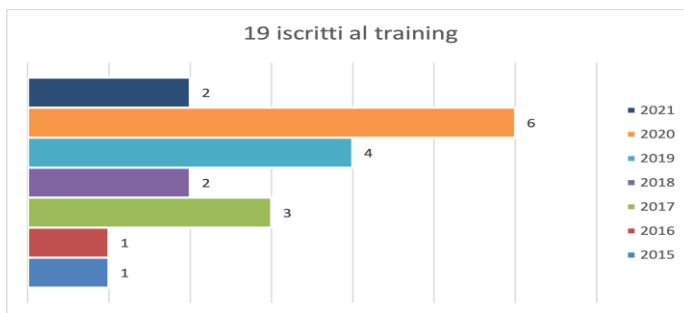


Fig. 4

La funzione gruppale del funzionamento psichico

Paolo Boccara

1. Vorrei partire da quella esperienza comune di quando, durante la scrittura o l'ascolto del resoconto di un Seminario Analitico di Gruppo, emergono aspetti nuovi (o del paziente o della relazione terapeutica o dei vissuti degli operatori presenti) che non sono apparsi nella discussione durante quello stesso gruppo.

È un fenomeno interessante che mi sembra confermare ancora una volta come i dispositivi implicati nel rapporto individuo-gruppo, attivino continuamente (e anche in tempi differiti dalla effettiva esperienza gruppale dei partecipanti) quel passaggio psichico importante (presente sia nello sviluppo della mente che in terapia) che va dai meccanismi *identificativi* a quelli *integrativi*.

2. Sappiamo per esperienza che partecipando sia ai Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare sia ai Seminari Analitici di Gruppo (e ora aggiungerei anche *scrivendo* il resoconto del Seminario o *prendendo parte* all'Ateneo dopo un Gruppo Multifamiliare), si riescono spesso ad evidenziare affetti e pensieri dissociati, che possono rappresentarsi attraverso progressive identificazioni e successive integrazioni operate anche inconsciamente. E allora potremmo chiederci, di quale inconscio si tratta? Potremmo dire genericamente quello 'non rimosso' in quanto 'mai rappresentato'? O più specificamente potremmo aggiungere quello caratterizzato da aspetti psichici dissociati che fanno riferimento alla 'dimensione gruppale del funzionamento psichico individuale'?

3. Per 'dimensione gruppale del funzionamento psichico' si intendono diversi aspetti mentali e diverse modalità di esperienza relazionali con l'esterno che si sono sviluppati lungo il percorso di vita di ciascuno. 'Diversi stati della mente' separati gli uni dagli altri, ma che restano in interazione dinamica tra loro e che possono emergere in alcune circostanze, in particolare nelle situazioni di gruppo. Diverse organizzazioni della personalità che sono sempre funzionanti sia in un contesto individuale che in un contesto relazionale e che inconsciamente, in una situazione gruppale, acquistano una valenza e un significato spesso diversi da quelli presenti nella dinamica di una mente individuale.

4. Il fondamentale contributo di Bion (1961) sulle esperienze nei gruppi, non a caso formatosi in relazione alla cura dei soldati traumatizzati

del Northfield Hospital durante la II Guerra Mondiale, ha aperto una visione nuova sui meccanismi mentali, legati alla pluralità dei personaggi che abitano il mondo interno di ogni individuo per comprendere e gestire la complessità del funzionamento inconscio.

5. Bleger (1961), ipotizzò proprio sulla base del suo lavoro clinico con pazienti psicotici, una “primitiva organizzazione della personalità”, “sincretica”, una dimensione indifferenziata di appartenenza al gruppo in cui l’individuo nasce. Nella dimensione dell’originario si colloca il nucleo di un ambiente impersonale garante della continuità della vita psichica personale e sociale. Questo nucleo indifferenziato, costituirebbe una base necessaria, implicita, dell’organizzazione psichica del soggetto, che si sviluppa nel contesto di questa esperienza di appartenenza indifferenziata, di cui si rende conto solo quando viene a mancare. Bleger ha individuato all’origine del soggetto umano questo nucleo di primaria indifferenziazione che non è sempre integrabile dalla parte adulta del soggetto e che è proiettato nel mondo esterno, attraverso un “legame simbiotico” sui “depositari” dai quali il soggetto si trova a dipendere come la famiglia, i gruppi o le istituzioni.

6. Anche per Loewald (1977) la natura e le origini della mente, iniziano da una primordiale densità nella quale tutte le caratteristiche del nostro mondo quotidiano che noi crediamo separate e dotate di confini sono collassate le une nelle altre. Noi iniziamo a vivere in un’esperienza nella quale non c’è differenziazione tra l’interno e l’esterno, il sé e l’altro, la realtà e la fantasia, il passato e il presente. Una primordiale densità originaria e permanente che opera come materia silente che mette insieme sensazioni, affetti, vissuti, dimensioni dell’esperienza solo in apparenza separate, non dotate di confini e prive di connessioni e che progressivamente, mentre si organizza un’esperienza differenziata e adattiva che segue il processo secondario, si mantiene come organizzazione primordiale di quell’esperienza più precoce di indifferenziazione, di densità affettiva, di fusione.

7. Kaës (2008), che ha condotto per anni con Anzieu (1985) un lavoro psicoanalitico nei gruppi, pensa che la dinamica dell’inconscio abbia origine non solo dalla dimensione psicosessuale dell’esperienza, ma anche a contatto con l’intersoggettività. Anche qui uno stato di indivisione, di indifferenziazione, un io senza frontiere come all’origine, e che è presente lungo il corso di tutta la vita psichica.

8. Potremmo quindi pensare, sulla base di queste ipotesi teoriche, che nelle esperienze cliniche gruppali di cui stiamo parlando, il livello di conoscenza e il livello emotivo e trasformativo in gioco, fanno riferimento alla

possibilità di esprimere nella relazione con gli altri proprio quello stato di indivisione, di indifferenziazione, quella di un io senza frontiere, che è presente in ciascuno di noi fin dall'origine dello sviluppo della mente e che si mantiene lungo il corso di tutta la vita psichica e che, attivandosi in queste circostanze, permette una dimensione soggettiva nuova nei partecipanti alle esperienze di gruppo, sia prima che dopo lo svolgimento del gruppo stesso. E questa dimensione grupale che è fondamentale nell'esplorazione dell'ignoto, nella esperienza di un oggetto che sfugge continuamente alla conoscenza diretta (Corrao, 1998), diventando una esperienza di condivisione mentale tra soggetti, che offre una esperienza di avvicinamento a ciò che è inconoscibile per la mente individuale.

9. È per questi motivi che la nostra proposta sul funzionamento grupale sulla mente individuale attraverso questi due dispositivi è rivolta a tutti gli operatori di una istituzione, diventando una risorsa da rispettare, coltivare, utilizzare. Una risorsa che serve a facilitare una esperienza di avvicinamento a ciò che molte volte resta a lungo inconoscibile per la mente individuale, e che permette invece un continuo passaggio di sensazioni, emozioni e comunicazioni con tutto ciò che l'individuo 'non è' (cioè non è cosciente di essere in quel momento), consentendo un'uscita da quell'isolamento (a volte molto presente nelle istituzioni di cura) che pur a tratti rassicurante per il paziente e per il curante, non permette di navigare nel mondo degli altri, facendoli diventare momentaneamente parti di sé, esprimendo quella base anonima fondamentale condivisa con il gruppo di appartenenza dalla quale si dispiega ulteriormente la vita psichica.

10. Questa dimensione grupale del funzionamento psichico' aiuta a utilizzare le diverse *identificazioni* parziali in continua espansione che si attivano nella relazione con l'altro? Permette di *alfabetizzare*, esprimendole ed elaborandole, le esperienze identitarie aliene, che tramite questa funzione entrano a fare parte del patrimonio mentale del soggetto e lo aprono continuamente a nuove integrazioni? Secondo noi sì, perché si aprono le porte all'integrazione nel funzionamento psichico del soggetto a una dimensione sincretica indifferenziata, 'istituzionale' (i pazienti e la loro famiglia il gruppo dei colleghi) che, riconosciuta e sottoposta a un lavoro psichico, può contribuire ad ampliare le capacità di comunicazione con 'l'altro', interno ed esterno al gruppo stesso.

11. La dimensione grupale del funzionamento psichico, che si dispiega nei Seminari Analitici di Gruppo e nei Gruppi di Psicoanalisi Multifami-

liare, è quindi per il lavoro istituzionale uno strumento prezioso di formazione professionale e di manutenzione psichica, per prendersi cura del paziente ma anche dell'équipe, soprattutto in quelle situazioni istituzionali o individuali in cui alcuni aspetti dello 'psichico' rischiano di essere paradossalmente silenziati. Diventano strumenti utili per comprendere il significato delle potenti emozioni suscitate dal contatto con il paziente e vengono utilizzate come risorse terapeutiche, evitando così di contenerle con sforzo per poi evacuarle nei tanti modi possibili (sogni, agiti, liti, depressione, senso di impotenza, perdite di autostima ...).

12. E infine proprio in un contesto gruppale le reazioni emotive dei curanti possono essere una base su cui fondare la conoscenza del modo in cui funziona la mente e del modo di utilizzare risorse interne per curarla. Ritengo che attraverso questi dispositivi, la mente del terapeuta e la sua soggettività, a livello individuale e gruppale, venga offerta ai familiari, ai pazienti e agli altri operatori presenti come una sorta di 'parete attrezzata' (Monari, 2019) i cui punti di presa e di aggancio costituiscono un'occasione di trasformazione importante. Fare, da parte del paziente, dei familiari e degli operatori, l'esperienza inedita che i propri contenuti mentali (veicolati spesso da comportamenti e azioni oltre che dalle parole), siano trovati nella mente dell'altro come risultato dell'incontro, sviluppa un processo di conoscenza di sé altrettanto importante dei suoi contenuti. E accresce la progressiva aspettativa che il terapeuta possa essere vissuto come una persona investita affettivamente e degna di fiducia, come conseguenza generalizzabile e rilevante nella vita del paziente con una grave sofferenza psichica.

Bibliografia

- Anzieu D. (1985). *L'Io-pelle*. Borla, Roma, 1987.
Bion W. R. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma, 1971.
Bleger J. (1967). *Simbiosi e ambiguità*. Loreto, Libreria Editrice Lauretana, 1992.
Corrao F. (1998). *Orme*. 2 vol. Raffaello Cortina Editore, Milano.
Lowald H. (1977) *Processo primario, processo secondario e linguaggio*. In *Riflessioni psicoanalitiche*, Dunod, Milano, 1999.
Kaës R. (2008). *Un singolare plurale*. Borla, Roma.

Spi. seminario analitico di gruppo – adulti. Resoconto incontro del 18/05/2021

Giovanni Coderoni

Il resoconto è stato presentato nell'ambito dei Seminari Analitici di Gruppo, condotti dal dott. Paolo Boccara. Attraverso la libera associazione basata sulle risonanze emotive del gruppo alla presentazione di un caso clinico istituzionale, avviene una trasformazione del materiale nel senso di un modello clinico per pensare. Questo conduce ad un ampliamento delle prospettive sul lavoro psicoterapeutico fino ad allora svolto da chi presenta, ed è contemporaneamente un esercizio e un arricchimento utile ai fini dell'attività clinica personale di ogni singolo partecipante. Il dispositivo di tali seminari prevede la scrittura a turno del seminario e la lettura all'inizio del successivo seminario per una validazione condivisa, con l'aggiunta eventuale di ulteriori riflessioni personali pensate dal relatore.

La dottoressa Pranzitelli fa il resoconto dell'incontro, in cui ha presentato una relazione clinica il dott. Uselli.

Il caso clinico

Si tratta di una giovane di 25 anni che si è rivolta allo sportello di un'associazione di supporto alle donne. La ragazza, unigenita, riferisce difficoltà di rapporto con il proprio corpo, con la figura maschile, delle sue difficoltà a terminare gli studi universitari, e di un padre molto problematico. Ha avuto una storia con un ragazzo conosciuto sette anni fa, che ora si è trasformata in amicizia. Grazie a questa relazione si è resa conto di rifiutare il rapporto sessuale completo e ha difficoltà a mostrare i seni, perché li ritiene disarmonici. I suoi genitori sono separati da 20 anni circa. Lei vive con la madre, la quale è tornata dalla propria madre. Sua madre si è allontanata dal marito, lasciandolo nell'isola dove lui era nato e dove la coppia viveva. Si sono separati quando la ragazza aveva quattro anni, per una conflittualità che era probabilmente già presente due anni prima. La separazione in tribunale si è trascinata per 10 anni, fino ai 14 anni della ragazza, a causa dei continui ricorsi fatti dal padre.

Nella psicoterapia, che è iniziata sette mesi fa, è stato possibile cogliere desideri infantili mai evoluti e avviare il lavoro sulle difficoltà di relazione e separazione con la madre. Tuttavia, nonostante l'apparente buon rapporto psicoterapeutico, verso la fine dell'anno la paziente comunica alla psicoterapeuta di aver preso accordi con un chirurgo per fare un intervento correttivo ai seni. Ciò fa sentire la psicoterapeuta messa fuorigioco e in scacco rispetto al lavoro di elaborazione che pensava fosse in corso. Un sogno, che si ripete più volte prima dell'intervento, presenta il chirurgo in veste benevola che, con fare paterno, abbraccia e sostiene la paziente accompagnandola nella sala operatoria.

Alla psicoterapeuta, che controtransferalmente si sente tagliata fuori, non le resta che proporre alla paziente di passare a due sedute a settimana e avviare così un processo di elaborazione più profonda del senso dei cambiamenti in corso, rivitalizzando il loro rapporto.

Dopo tre mesi dall'intervento e vicino al momento in cui la psicoterapeuta relaziona al gruppo, la paziente riferisce due sogni. In ambedue appaiono i tratti del suo essersi messa da sempre da parte.

Nel primo una parte di sé è esclusa da un'altra parte, rappresentata da un'amica che va col padre, dopo averla aspettata inutilmente, perché lei perde tempo a capire che abito indossare. Come due aree del sé da integrare.

Nel secondo, è al mare con degli amici che stanno per tuffarsi, ma poi si tirano tutti indietro e lei sola si tuffa in acqua. Acqua fredda, da cui esce per poi mostrare i suoi seni, ora belli, prima di coprirsi.

Nel processo di associazione grupppale, inizialmente, il gruppo accenna appena alla mancanza di un padre che funga da terzo, ma poi viene colpito dall'eccessivo numero di ricorsi in Tribunale effettuati dal padre reale, rilevando l'effetto di trauma cumulativo per lo sviluppo psichico e sessuale della figlia. Le varie ipotesi susseguitesì delineano una figlia costretta dalle sentenze giudiziarie a mostrarsi come figlia che deve provare il buon funzionamento genitoriale. Il gruppo si sofferma a lungo su come questa continua esposizione della bambina per tutto il suo sviluppo fino alla sua adolescenza, abbia condizionato molto il suo sentirsi un oggetto di giudizio e il sentirsi obbligata a mostrarsi al giudizio anche nelle sue relazioni sociali, a scapito degli aspetti gioiosi e vitali di sé. L'intervento chirurgico ai seni - anche se corrispondente ad un funzionamento psichico a livello molto concreto, e nonostante l'esclusione dall'elaborazione con la psicoterapeuta -, al gruppo appare contenere una qualità di emancipazione della paziente, nel suo sforzo di recuperare un corpo liberato dal peso che gravava sulla sua

immagine corporea in essi collocato. I due sogni sembrano alludere a questo. In particolare, il gruppo si sofferma sul secondo sogno, mettendo in evidenza dapprima l'apertura della ragazza al mondo relazionale esterno, in particolare quello dei pari. Sembra un sogno liberatorio, legato alla possibilità di presentarsi a seno nudo. Sembra far sperare che sia così anche nel lavoro analitico. Alla luce di questi recenti sogni, anche alla psicoterapeuta l'intervento chirurgico sembra un modo concreto per mettere insieme il padre, medico, alla madre. Una integrazione necessaria, per un materno che è stato estremamente impegnativo per la ragazza, rendendole difficile il processo di separazione, perché madre e figlia si rimandano ognuna all'altra, in una grande vischiosità che è ciò che impedisce alla ragazza di accedere alla vita adulta. Più che un intervento chirurgico ai seni, allora, alla psicoterapeuta sembra che la ragazza abbia realizzato un rimodellamento della coppia genitoriale e della relazione con la madre. In questo momento, il gruppo valorizza il fatto che ciò avviene grazie all'ascolto terapeutico di una terapeuta donna: se prima vi è stato un possibile enactment, ora la relazione con la psicoterapeuta sembra andare verso il simbolico.

Successivamente, però, per via associativa, il pensare in gruppo si sofferma su un aspetto negativo, rappresentato dalla freddezza dell'acqua del mare in cui la ragazza si immerge da sola. La psicoterapeuta fornisce altri dettagli, dai quali si evince che chi ha convinto la ragazza a sottoporsi all'intervento chirurgico ai seni e che l'ha accompagnata sia stata proprio sua madre. Emergono allora anche elementi transgenerazionali che riguardano la relazione della madre della ragazza con la propria madre, e che non sono stati trattati. Infine, i sogni appaiono contenere anche rievocazioni della storia del rapporto di sua madre col marito, quando da fidanzata lo andava a trovare nell'isola dove egli viveva.

Il focus del gruppo si sposta così sulle problematiche della relazione primaria della ragazza con la propria madre. Fino ad un punto in cui il gruppo si sorprende di essersi bloccato, intrappolato dalle sue stesse ipotesi e considerazioni. Bloccato, come lo è la psicoterapeuta, che per questo sta chiedendo aiuto al gruppo, nonostante l'apparente buon andamento della psicoterapia. Il gruppo, allora, riflette che questo stallo accade perché c'è una relazione da "donna a donna" che è di tipo simbiotico, e che paralizza lo sviluppo potenziale psicologico e individuale di ambedue, madre e figlia, come, nel transfert, psicoterapeuta e paziente. Sarà quindi necessario nella relazione transfero-controtransferale dover tenere conto di questa che viene definita interdipendenza patologica tra madre e figlia, in cui ognuna delle

due rinforza l'altra a mantenersi in una dimensione omeostatica negativa, che tiene attivamente fuori il terzo e la terzietà. D'altra parte, era stato fatto notare che il gruppo con le sue ipotesi ha riempito gli spazi vuoti lasciati dalla terapeuta che ha raccontato la narrazione della paziente, ma non della sua relazione paziente-psicoterapeuta, come se questa relazione fosse l'oggetto tenuto nascosto. L'elemento terzo attivamente attaccato.

Considerazioni postume

Potrebbe essere possibile che il contesto istituzionale possa essere investito immediatamente dalla paziente come depositario di transfert transpersonali e transgenerazionali, che, se non captati e riconosciuti, inglobano la psicoterapeuta e il suo intervento psicoterapeutico come parte essa stessa dell'istituzione. La parte psicotica della personalità della paziente, allora, creerebbe così una simmetria tra la diade primaria patologica interiorizzata - co-costruita e mantenuta tramite le interdipendenze patologiche e patogene nella relazione della ragazza con la madre -, e ciò che accade in seduta tra la paziente e la psicoterapeuta. La psicoterapeuta, allora, verrebbe investita dalla paziente solo come parte di una relazione simbiotica da donna a donna, e - in quest'ottica -, l'istituzione verrebbe a rappresentare l'involucro della diade simbiotica, che non permette di riconoscere la psicoterapeuta nella sua funzione di elemento terzo.

Bibliografia di riferimento

- Badaracco Garcia, J.E., (1989), La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare, F. Angeli, 1997
Badaracco Garcia, J.E., (2000), Psicoanalisi multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi, Boringhieri, 2004
Bion, W.R., (1967), Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico, Armando ed., 1970,1979
Bleger, J., (1967), Simbiosi e ambiguità. Studio psicoanalitico, Libreria Editrice Universitaria, 1992
Bleger, J., (1966), Psicoanalisi del setting psicoanalitico, in: Genovese, C., Setting e processo psicoanalitico. Saggi sulla teoria della ricerca, pp. 243-256, R. Cortina, 1988
Correale, A.,(1991), Il campo istituzionale, Borla, 1991

Matte Blanco, I. (1975), *L'inconscio come insiemi infiniti. Saggio sulla biologica*, Einaudi, 1975, 1981

Matte Blanco, I. (1988), *Pensare, sentire, essere. Riflessioni cliniche sull'antinomia fondamentale dell'uomo e del mondo*, Einaudi, 1995

Winnicott, D. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando ed, 1970, 1981

Winnicott, D.(1971), *L'uso di un oggetto e l'entrare in rapporto attraverso identificazioni*, in *Gioco e realtà*, pp. 151-164, Armando, 1971

Winnicott, D.(1971), *La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile*, in *Gioco e realtà*, pp. 189-200, Armando, 1971

Winnicott, D.(1971), *Sull'uso di un oggetto*, in *Esplorazioni Psicoanalitiche*, pp. 239-268 1989, R. Cortina ed, 1995

Enactment e Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare: il lavoro di riellazione dell'Ateneo

*Pier Luca Zuppi, Fausta Calvosa, Andrea Narracci,
Alessandro Antonucci, Antonio Buonanno, Barbara Fedeli, Filippo Maria Moscati*

Presentiamo una vignetta clinica, tratta dall'Ateneo di un recente Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF) che si svolge in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) di Roma.

Due brevi premesse, sulla natura del GPMF e sul contesto del gruppo da cui è tratto il materiale presentato.

Il GPMF si svolge in due tempi: il gruppo propriamente detto e il successivo "Ateneo".

Al gruppo, di solito di un'ora e mezza e a frequenza settimanale, partecipano i pazienti, i loro familiari, il personale e i tirocinanti del servizio in cui il GPMF si svolge.

Il GPMF si basa sulla presenza di diversi nuclei familiari. Gli scambi tra persone di diverse generazioni, porta sulla scena le modalità relazionali dei pazienti, per lo più i figli, con i loro genitori, il loro mondo, le loro memorie.

Accade che i ricordi non siano condivisi, o che uno, il figlio ad esempio, ricordi qualcosa che appartiene all'altro, ad un genitore.

L'assetto del gruppo multifamiliare favorisce l'ascolto e la visibilità dei partecipanti: seduti a cerchio, è possibile ascoltare interventi che seguono le regole di parlare solo per sé stessi, senza pretendere di avere ragione, al momento del proprio turno. Contemporaneamente l'attenzione va sulle interazioni mimiche e corporee, sui movimenti, sugli sguardi.

Il gruppo estende lo spazio della cura e permette di rompere l'assetto orientato solo o prevalentemente sul paziente, e di andare oltre verso una dinamica a tre: la coppia simbiotica si apre al gruppo che la spinge verso processi di differenziazione e di soggettivazione, passaggi necessari per lasciare emergere la soggettività del paziente

Il gruppo progressivamente crea un clima di fiducia e sicurezza che facilita la riemersione di ricordi traumatici. La presenza della generazione precedente può svolgere la funzione di testimonianza e permette di dare

legittimità ad un vissuto coperto dalla sintomatologia psicotica, confuso, di per sé bizzarro e incomprensibile. In questo assetto viene favorita una ricostruzione sulla base della realtà storica, altrimenti inaccessibile, e viene permesso il recupero di memorie e il loro accesso ad un registro di pensabilità.

I ricordi dissociati riguardano il paziente e il genitore coinvolto nel legame di interdipendenza: per azione del gruppo possono essere recuperati più quelli del genitore che quelli del figlio paziente, per la diversa importanza che assumono. Il genitore adulto, funzionante, con collaudati meccanismi di difesa, può non ricordare nulla prima del gruppo, mentre il figlio, piccolo, non in grado di distinguere tra sé e l'altro, ha enormi difficoltà a ricomporre un puzzle di ricordi che riemergono in forma confusa nei sintomi, per esempio, nei deliri.

Nel gruppo vengono condivisi pensieri, associazioni, ricordi, a volte anche sogni, attivati dall'assetto gruppale e dagli interventi dei presenti. Questo porta tutti i partecipanti, compreso il personale, ad entrare in contatto con il proprio mondo interno e sperimentare un profondo coinvolgimento, quasi una immersione, nelle dinamiche della psicosi.

Gli operatori presenti intervengono, contribuiscono con le proprie associazioni; a volte possono sentirsi spinti a contribuire con materiale personale, o, all'opposto, bloccati, inibiti nella possibilità di esprimersi.

Il conduttore analista, favorito dalla presenza di altri operatori, può più facilmente accedere ad aree del suo inconscio non prese altrimenti in considerazione: l'elaborazione di questo materiale arricchisce i suoi interventi che, a loro volta, attivano memorie nel paziente e nei suoi familiari.

Il secondo tempo del GPMF, chiamato non a caso "Ateneo", si svolge al termine del GPMF: vi partecipa, per circa un'ora, il personale che può riportare pensieri, emozioni, sensazioni somatiche, accanto ad osservazioni e informazioni: materiale trattenuto nella mente e non espresso durante il gruppo. Il lavoro nell'Ateneo offre agli operatori, la possibilità di dare parola e senso a questo materiale, che a sua volta permette il recupero e la ricostruzione di quanto emerso nel gruppo allargato su un registro simbolizzante.

L'Ateneo funziona anche da *après coup* condiviso, lascia riemergere quanto non colto, non valorizzato o non apprezzato durante il gruppo allargato.

Il secondo tempo svolge così una duplice funzione: una ricostruttiva, di riorganizzazione del materiale prodotto dal gruppo, e una liberatoria, disintossicante, che favorisce la sanità mentale del personale e dà corpo alla sua formazione.

La vignetta che presenteremo si riferisce al lavoro dell'Ateneo successivo ad un recente incontro del GPMF che si svolge in SPDC.

Garcia Badaracco ha condotto i primi gruppi in un Ospedale Psichiatrico, a Buenos Aires, negli anni sessanta. Da allora i GPMF si svolgono in tutti i Servizi di Salute Mentale, Centri di Salute Mentale (CSM), Servizi Semiresidenziali e Strutture Residenziali, ed anche in ambiti medici, quali la pediatria.

Al gruppo partecipano pazienti, familiari, personale del Servizio, tirocinanti.

Il gruppo della vignetta clinica si svolge settimanalmente per un'ora e mezza in un SPDC di Roma. La richiesta di organizzare il gruppo, una novità per il SPDC, era stata formulata dal direttore del reparto, che aveva affidato la conduzione a due colleghi esterni, esperti di GPMF.

Al gruppo partecipa normalmente solo il personale del reparto in turno. I conduttori sono attenti a sostenere il passaggio degli operatori da una posizione di osservatori ad una più attiva di partecipanti. È nell'Ateneo che si ricompongono ritrosia e dubbi iniziali: la partecipazione al gruppo, e l'elaborazione nell'Ateneo attivano un percorso di formazione che permette al personale di costituirsi come gruppo di conduzione locale.

Le caratteristiche specifiche del gruppo in SPDC sono la limitata frequenza delle partecipazioni dei pazienti e dei familiari, a causa della breve durata dei ricoveri, e la pressione dei contenuti che discendono dalla acuzie della crisi e dalla situazione di obbligo delle cure. Per questo va sottolineata l'importanza per il personale di fermarsi, di ascoltare in modo diverso i pazienti, di sospendere la logica emergenziale, di sentirsi promotori del percorso globale di cura.

Una giovane operatrice, poco dopo l'inizio dell'Ateneo, chiede ad una dottoressa dell'équipe, che partecipa al gruppo, come mai avesse pensato di chiedere alla madre di una giovane paziente di circa venti anni, con diagnosi di sindrome dissociativa, se potesse dire qualcosa a proposito di

quello che era successo e che aveva condotto sia la paziente che i suoi genitori in ospedale. Durante il gruppo la signora aveva infatti risposto con difficoltà accennando brevemente alla storia della giovane; anche il padre aveva provato ad intervenire. Sorprendentemente, aveva preso la parola la ragazza raccontando che, quando lei aveva 9 anni, la madre aveva avuto un ictus in sua presenza e lei prontamente aveva chiamato il padre. Così l'aveva salvata. E che se lei non ci fosse stata, oggi non ci sarebbe stata la madre.

Ricapitolando: la dottoressa aveva chiesto alla madre di esprimersi sulla recente crisi della figlia, che, a sua volta, aveva preso la parola raccontando della malattia della madre e di come le avesse salvato la vita.

Durante l'Ateneo emerge chiaramente una nuova rappresentazione della sindrome dissociativa della giovane paziente: il suo star male è intimamente connesso con la sopravvivenza della madre, la loro "fusione" è inalienabile, la fantasia che emerge è che la loro separazione è impossibile.

Durante la discussione un altro membro dell'équipe recupera un ricordo della storia della paziente: alcuni mesi dopo l'insorgenza dell'ictus della madre, il padre se n'era andato e i due genitori si erano separati. Solo recentemente dopo la crisi della figlia c'era stato un riavvicinamento dei due ("forse il destino c'entra qualcosa" aveva detto il padre una volta).

L'enactment della dottoressa, ripreso durante l'Ateneo permette l'emergere di nuovi spazi rappresentazionali: la collega avendo percepito ad un qualche livello la mancata differenziazione tra madre e figlia si rivolge all'una invece che all'altra. Questo aveva permesso alla figlia di intuire il livello su cui si stava svolgendo la comunicazione: l'area messa in gioco è quella della fusionalità, e la giovane recupera un ricordo che proprio a quell'area fa riferimento.

Tutto questo avviene nel Gruppo, ma non viene colto appieno dai partecipanti. Solo in après coup, durante l'Ateneo, emerge con maggiore chiarezza che quello che potrebbe essere catalogato come un errore o un agito di un terapeuta, diventa un enactment, ossia un elemento relazionale che apre nuovi spazi di simbolizzazione.

Nel trattamento della psicosi la mente dell'analista entra in relazione con una mente in cui sono presenti evidenti difetti di simbolizzazione ed esperienze traumatiche dissociate producono identificazioni rigide e condotte ripetitive. Per questo è spinto a reagire con emozioni controtransferali molto intense che producono vissuti di disorientamento, identificazioni proiettive o veri e propri enactment. È soprattutto nell'Ateneo che tali enactment acquisiscono rappresentazione e senso in un lavoro sostenuto dal gruppo, di rielaborazione, di autoanalisi e di analisi del controtransfert. Questo permette di avviare un processo di trasformazione dell'azione in rappresentazione, del sensoriale in simbolico.

Questi movimenti sono molto evidenti durante i GPMF in cui i transfert multipli e i conseguenti potenti vissuti di identificazione proiettiva spingono, non solo i terapeuti, ma anche gli altri componenti del gruppo, a "interpretare", "mettere in scena" le aree dissociate della mente del paziente, legate ad eventi traumatici non rappresentati che si esprimono esclusivamente attraverso l'azione. Il lavoro dell'Ateneo permette di dare senso ed accedere ad un livello di rappresentazione e simbolizzazione indispensabile per interrompere la ripetizione delle identificazioni alienanti.

Sappiamo che gli eventi traumatici precoci, non solo in termini di abuso ma anche di stati carenziali, tendono a generare alterazioni dello stato mentale del soggetto, inducendo fenomeni dissociativi con la conseguente iscrizione del ricordo esclusivamente a livello della memoria implicita, come traccia priva di rappresentazione esplicita che si esprime attraverso identificazioni rigide e condotte ripetitive alienanti. Tutto ciò è ancora più evidente quando gli elementi traumatici si trasmettono attraverso le generazioni, senza che avvenga un processo trasformativo da parte del soggetto, ma si depositano come oggetti alieni dai quali il soggetto è abitato senza saperlo.

Il GPMF è particolarmente adatto a favorire le comunicazioni affettive attraverso vie non verbali, quali le identificazioni proiettive, gli enactment, gli agiti che sono le vie maestre di comunicazione delle memorie traumatiche. Il gruppo progressivamente crea un clima di fiducia e sicurezza che facilita la riemersione di ricordi traumatici. La presenza della generazione precedente può svolgere la funzione di testimonianza e permette di dare legittimità ad un vissuto confuso incomprensibile, favorendo una ricostruzione sulla base di una realtà storica, altrimenti inaccessibile, e permettendo

il recupero di memorie traumatiche che così accedono ad un registro di pensabilità.

Durante il gruppo, inoltre, l'analista stesso, favorito dalla presenza di altri operatori, può più facilmente accedere, anche attraverso l'analisi dei propri enactment, ad aree del suo inconscio non prese altrimenti in considerazione, possibilità che, come sosteneva Ferenczi (1932), può consentire al paziente di avvicinarsi alle proprie. Con Badaracco possiamo dire che la ripetizione ha un valore comunicativo e che solo l'assetto di lavoro analitico del GPMF può essere in grado di raccogliarlo.

Il paziente che ha vissuto esperienze di mancato riconoscimento genitoriale e che ha sviluppato una struttura psichica con evidenti aree di dissociazione, tende ad esprimere parti di sé non rappresentate verbalmente attraverso azioni o attraverso identificazioni proiettive che spingono ad enactment degli operatori o di altri membri del gruppo. La possibilità durante l'Ateneo di dare senso a questi agiti permette il recupero e la ricostruzione su un registro simbolizzante.

Bibliografia

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

Boccaro P., Meterangelis G., Riefole G., ed. *Enactment. Parola e azione in psicoanalisi*. Milano, Franco Angeli, 2018

Ferenczi S. (1933) *Confusione di lingue tra gli adulti e il bambino*. Opere, Vol. IV, Cortina, Milano 2002.

Narracci A., ed. *Psicoanalisi multifamiliare come esperanto*. Torino, Antigone. 2015

Narracci A., ed., *Da oggetto di intervento a soggetto della propria trasformazione*. Milano, Bruno Mondadori, 2021

Ponsi M (2012) *Evoluzione del pensiero psicoanalitico, agire, Acting out, enactment*. Rivista Italiana di Psicoanalisi 58, 3, 653-70.

Sapisochin G (2016). *Agieren, enactment, gesto psichico, rappresentazione drammatizzata, registro ideo-pittografico, inconscio non rimosso, simbolizzazione, controtransfert, ascolto analitico*. L'Annata Psicoanal. Int., (8) :195-221

SPIWEB, Dizionario Enciclopedico Interregionale di Psicoanalisi
dell'IPA: Enactment.

Somiglianze e differenze tra i Seminari analitici di gruppo (SAdiG) e i Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare (MFPG)

Andrea Narracci

Nel SAdiG viene evocata la presenza di un paziente, della sua storia, della sua rete relazionale e del suo mondo interno perennemente in confronto.

Quello che viene proposto, in alternativa alla supervisione classica di uno psicoanalista su di un caso presentato da uno dei partecipanti, è la risposta contro-transferale di ognuno dei partecipanti al SAdiG. Sulle risposte fornite e sulle susseguenti riflessioni, associazioni e pensieri che emergono nel corso della discussione, integrate dagli interventi dei coordinatori del SAdiG, viene effettuata la ricostruzione dei fatti in cui è stato coinvolto il paziente, delle relazioni che il paziente intesse con le figure significative della sua vita e, se possibile, viene abbozzato il profilo di alcuni elementi del mondo interno e la sua possibile evoluzione.

Ora, a me sembra che il dato di fondo sia costituito dalla evocazione delle risposte emotive o perlomeno emotive anche se filtrate attraverso elementi cognitivi legati all'appartenenza alla cultura psicoanalitica, fornite dai singoli partecipanti.

In qualche modo, viene detto che valgono di più le risposte emotive, che vengono fuori lì per lì, da ogni singolo partecipante, piuttosto che le riflessioni cognitive su questi elementi emotivi.

Il caso non viene più letto attraverso una lente più ampia, quella dell'analista supervisore, in grado di cogliere quello che le menti dei pari grado, gli altri partecipanti, non sarebbero state in grado di cogliere.

Il caso viene costruito sulla base delle testimonianze di quali siano state le reazioni prevalentemente emotive alla lettura del caso da parte delle menti dei partecipanti al seminario.

Questo fatto accentua enormemente il livello di partecipazione e, quindi, di soggettività, riconosciuta ed espressa, alla supervisione, che si trasforma in seminario da parte di tutti i partecipanti al seminario stesso.

Il GPMF si muove sulla stessa lunghezza d'onda: andare alla ricerca delle reazioni emotive di ognuno dei partecipanti al gruppo a quanto messo in comune da parte di ognuno dei partecipanti.

Il setting, però, è completamente diverso per due motivi:

1) Perché del gruppo non fanno parte soltanto addetti al lavoro qualificati, ma anche pazienti e familiari di molte famiglie, accomunati dallo stesso desiderio di cercare di capirci qualche cosa di più dello stato di situazioni complesse e delle loro possibili evoluzioni;

2) Perché gli operatori non sono solo psichiatri-psicoterapeuti o psicologi-psicoterapeuti ma anche infermieri, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori, etc.

La situazione che viene messa in moto è completamente differente: a ragionare sulle situazioni vengono chiamati i diretti interessati da un lato, pazienti e familiari, e, dall'altro, tutti i tipi di operatori presenti in un Servizio (CSM, CT, SPDC, Casa di Cura convenzionata).

Il processo che viene messo in moto non consiste più nella riflessione condotta da un gruppo di psicoanalisti o psicoterapeuti, deputati ad essere depositari della conoscenza della materia, ma tutti gli attori della situazione vengono chiamati a farlo insieme: pazienti, familiari e tutti i tipi di operatori, insieme e alla pari.

Non viene prediletta soltanto la condivisione, evocata o reale. Viene individuato un luogo in cui l'intervento viene effettuato da molti operatori su piani differenti, il che corrisponde per filo e per segno a quanto proposto dal Ministero nelle Linee Guida: coinvolgere le famiglie, introdurre la riabilitazione subito nonché le forme di psicoterapia tradizionali. IL GPMF rende pensabile e, quindi, fattibile questo tipo di intervento.

Se non rompiamo l'ordine abituale delle cose, per cui ci sono gli addetti e i comprimari, come facciamo a fare un intervento su più livelli, di cui è opportuno che siano soggetti tutti i tipi di operatore presenti nel Servizio, di qualsiasi tipo essi siano?

In realtà viene costruita una situazione in cui accadono altri due fatti, a mio parere molto importanti:

1) La sofferenza viene presa in esame prima che si incanali nei sintomi che investono prevalentemente una persona o, meglio, non è che i sintomi dei pazienti non vengano presi in considerazione ma è come se, nel corso del gruppo, ciò che appare più importante di cui poter parlare non sono più

le sofferenze espresse attraverso i sintomi dei pazienti ma tutto quello che le ha precedute e che, comunque, rimane a monte dei sintomi stessi: le sofferenze a volte non guardabili presenti nelle altre persone;

2) Il contatto con la sofferenza a questo livello è un grande insegnante ed è una straordinaria fonte di amalgama per quanto riguarda gli operatori: è qui, in queste situazioni condivise che gli operatori possono con più facilità, che in qualsiasi altra situazione, imparare a collaborare l'uno con l'altro; è qui che si possono formare le équipes, condividendo la sofferenza, non scegliendo razionalmente di farne parte.

Questa situazione mette in moto un'altra questione: per entrare in contatto nei termini appena esposti, quello che accade è che, da parte degli operatori, inevitabilmente, si rinunci al proprio ruolo e ci si ponga tutti sullo stesso piano;

a) questo fatto, da un lato consente che tutti gli operatori si sentano ognuno in grado di intervenire, facendo presente il proprio modo di vedere le cose; ognuno può sentirsi competente ad intervenire emotivamente;

b) questo fatto rende possibile all'operatore di intervenire esprimendo qualcosa che riguarda la sua vita (self disclosure) che, a mio parere, deve essere usato con parsimonia, con argomenti della propria esperienza di vita strettamente correlati a quanto esposto precedentemente da pazienti, familiari e operatori;

c) Il ricorso ad interventi che comportino la self-disclosure pone inevitabilmente la necessità di prendere in esame aspetti da comprendere meglio della propria vita, da parte degli operatori, nella convinzione che anche gli operatori vivano, sotto gli effetti del gruppo, la possibilità di recuperare aspetti scissi e resi dissociati della propria storia;

d) Questo punto indica la possibilità che gli operatori vivano un processo di rielaborazione continua dei propri vissuti, in particolare proprio di quelli "risultati ciechi a qualsiasi altro intervento" (tutti sappiamo che anche nelle analisi più lunghe e approfondite esistono delle aree che sono rimaste prive della possibilità di essere illuminate e che, viceversa, proprio il GPMF, con le sue notevoli capacità, dovute al fatto di essere composto da tante persone, profondamente diverse l'una dall'altra, ha la capacità di tirare fuori e rendere utilizzabili dagli operatori stessi.

In questo modo si configurerebbe un meccanismo infinito di rielaborazione di ognuno degli operatori e della sua storia più intenso di qualsiasi altro meccanismo che conosco.

Quale funzione psicoanalitica verso le istituzioni

Giuseppe Riefolo

Il problema che si pone, a questo punto, è di quali siano i livelli attraverso cui psicoanalisi e Istituzioni si incontrano. Fino a qualche tempo fa (forse tuttora secondo modalità che potremmo definire di ordine lineare...) la relazione era sostanzialmente diretta e unilaterale. Da un lato la psicoanalisi come potente dispositivo terapeutico che, pensato per la stanza di analisi e per la relazione duale in un preciso setting, poteva essere esportato nei servizi. Dall'altro i servizi rappresentati come particolarmente distanti dal setting analitico ideale. Negli anni il concetto stesso di setting si è molto modificato orientandosi sempre più da una dimensione concreta ad una dimensione sempre più interna all'analista. Il setting è diventato un accordo implicito, e reciprocamente modificabile, fra analista e paziente. Per l'analista ha rappresentato sempre più soprattutto un registro che potesse permettere di leggere tutto ciò che accade all'interno dell'incontro terapeutico in riferimento all'accordo implicito di quel momento. Inoltre il setting, soprattutto nella teorizzazione di Bleger (1967) è diventato il punto di intersezione (persino di scontro) fra gli *Enquadre* del paziente e dell'analista. Ovvero: il paziente comunica o fa qualcosa muovendosi secondo un proprio registro/enquadre e l'analista legge la comunicazione o l'azione del paziente secondo un proprio registro/enquadre (ovvio che si tratta di leggere non solo le comunicazioni o azioni del paziente, ma anche dello stesso analista...). In sostanza, il setting è diventato un dispositivo molto dinamico capace di custodire "parti psicotiche della personalità" (Bleger, 1967) le quali si possono evidenziare sono attraverso la interazione dei partecipanti creando processi che mobilizzano le silenti "parti psicotiche della personalità" che si presenteranno all'analisi del paziente e dell'analista. Questa evoluzione del dispositivo del setting verso una dimensione di complessità e dinamica permette ora, a mio avviso, che gli analisti si pongano in modo duttile, ma rigoroso, verso la domanda di psicoanalisi che in modo esplicito o implicito viene dai servizi. La domanda è ovvia: di quale psicoanalisi si parla? Si tratta, a questo punto, di cogliere e modulare secondo il registro analitico l'ascolto verso la domanda che spesso in modo concreto viene dai servizi. Anche dai numeri che riguardano il nostro gruppo di Psicoanalisi e Istituzioni, emerge che un cospicuo gruppo di operatori dei servizi, in questi

anni, ha presentato una domanda attiva verso il contesto e il registro psicoanalitico. Noi come analisti siamo chiamati non a cogliere questo interesse come domanda di applicazione della psicoanalisi ai servizi, ma come area di curiosità ed interesse che viene dal riconoscimento onesto – magari solo implicito e non formulato - da parte degli operatori di grande fatica e sterilità nell'affrontare la complessità e concretezza della clinica dei servizi. Modulare l'ascolto, da parte nostra, ha il senso di creare opportunità in cui questa domanda, prima che avere risposte, trovi un luogo dove essere accolta e dove possa avere il riconoscimento di domanda fertile che attivi curiosità negli psicoanalisti e persino ne solleciti la riflessione. Dalla modulazione della domanda che viene dai servizi usando il registro analitico, ritengo debba essere inaugurato un dialogo di reciproca sollecitazione e, per la psicoanalisi, l'opportunità di usare la complessità e concretezza che viene dalla clinica dei servizi per l'evoluzione della teoria psicoanalitica stessa. Nella mia esperienza la clinica dei servizi sollecita all'uso della soggettività nella relazione terapeutica, alla funzione creativa dell'azione e all'uso delle dinamiche del setting come elementi indispensabili e ricchi all'attivazione di processi. Queste posizioni possono essere presentate agli operatori dei servizi come dispositivi altamente potenti nel leggere dinamicamente ciò che altrimenti si presenta come violento e concreto. In questo senso, la proposta di incontro fra psicoanalisi e istituzioni, come è emerso dai seminari svolti, può andare ben oltre i servizi psichiatrici e toccare anche servizi che comunque espongono gli operatori alla dimensione relazionale e pubblica spesso molto faticosa e critica. Alcuni di questi servizi dai quali sempre più viene una domanda sono le scuole dove gli insegnanti fanno estrema fatica a sostenere le domande individuali e soprattutto di gruppo della classe di alunni, ma anche a sostenere le dinamiche interne alla stessa istituzione scolastica. Ritengo che come psicoanalisti dovremmo essere aperti ad accogliere e modulare secondo la nostra posizione analitica anche domande che vengono da contesti insoliti come ad esempio quello della scuola. Ciò che conta è che modulare debba avere continuamente il senso di ascoltare prima che la domanda esplicita la dimensione di fondo da cui quella domanda emerge. Spesso la domanda di una classe potrebbe essere quella di affrontare comportamenti disfunzionali di singoli o gruppi di alunni. L'ascolto e la modulazione della domanda, a mio parere, deve orientarsi a cogliere le dinamiche di fondo che organizzano le relazioni interne a quel preciso contesto/campo da cui poi emergono “i sintomi” per i quali possiamo essere contattati. Voglio sostenere che l'istituzione, viene prima dei sintomi e che

l'ascolto deve orientarsi verso la vitalità e le dinamiche dell'istituzione prima che verso le disfunzionalità presentate.

Proposta integrativa al “Manifesto per la Salute Mentale”

Roma 10 marzo 2022

Il Gruppo di Studio Intercentri di Roma “Psicoanalisi e Istituzioni” da molti anni sviluppa e sperimenta, nelle sedi della SPI e nei servizi pubblici, alcuni dispositivi formativi e terapeutici che consentono di riorganizzare il campo della relazione terapeutica in ambito istituzionale, attraverso una rielaborazione a livello individuale e di gruppo di lavoro.

Nella linea sostenuta nel recente ‘Manifesto della Salute Mentale’, sottoscritto dalla nostra Società, in cui si afferma che “il lavoro multidisciplinare deve tornare a essere l’elemento portante dei dispositivi di cura nelle Istituzioni Pubbliche”, definendosi in tal senso “un progetto scientifico, culturale e politico riguardo alla salute mentale che punta all’umanizzazione della cura psichica” “ispirata alla teoria e alla clinica psicoanalitica/psicodinamica e ai principi fenomenologici (nelle sue varie forme: individuale, di gruppo, di coppia, di famiglia)”, riteniamo importante descrivere la nostra esperienza e presentare alcune proposte operative per la formazione degli operatori dei servizi pubblici, come contributo interno alla SPI per il conseguimento effettivo degli obiettivi dichiarati.

Premessa

La formazione di orientamento psicoanalitico per un operatore di un servizio pubblico dovrebbe, a nostro parere, partire dalla constatazione che la qualità inconscia della sofferenza psichica non è univoca e dal fatto che la sua presentazione clinica assume, spesso, forme che determinano nuove modalità di ascolto nella relazione terapeutica.

Occorre, inoltre, considerare la molteplicità dei percorsi formativi e delle professionalità (psicoterapeuta, psichiatra, psicologo, assistente sociale, educatore, infermiere, terapeuta della riabilitazione) presenti nei servizi: operatori che lavorano in gruppo e che si trovano, spesso casualmente, a occuparsi insieme della sofferenza grave di molte persone. Capita anche che in questi contesti non venga vista la sofferenza del gruppo

e dei singoli operatori e che quella dei pazienti venga rapidamente ‘catalogata’ nosograficamente, attestandosi su un ‘fare’ dettato da procedure più che da pensieri condivisi.

Riteniamo che il pensiero psicoanalitico possa ‘vedere’ la complessità della sofferenza insieme alle vie per affrontarla, e che può diventare patrimonio comune di tutti gli operatori, soltanto attraverso la prassi e l’esperienza vissuta in un clima di lavoro capace di ampliare le capacità del singolo e del gruppo di tollerare l’inevitabile carico emotivo, a tutto beneficio della salute del paziente e di ognuno.

Sappiamo tutti che i disturbi mentali gravi sono frutto di una complessa dinamica che non riguarda solo il singolo paziente, ma anche la famiglia e l’ambiente sociale e che l’interazione con il gruppo curante spesso attiva comportamenti istituzionali simmetrici, caratterizzati dal contenimento sintomatologico con delega di cura, da fenomeni quali ‘la porta girevole’ o il ripetersi di passaggi istituzionali frammentati nella vana ricerca di un luogo di cura ‘altrove’, senza un assetto mentale di vero accoglimento, possibile solo attraverso il riconoscimento dei movimenti interni profondi nella mente dell’operatore e del gruppo di lavoro.

Nel tempo abbiamo operato, quindi, una scelta precisa di metodo, di linguaggi adeguati ai diversi contesti, condividendo alcuni dispositivi clinici e di formazione permanente che, pur di fronte a differenze formative e professionali, hanno fatto riferimento ad aspetti teorici e clinici utili ai molti operatori incontrati, psicoanalisti e non, che si rapportano quotidianamente con la sofferenza mentale nelle istituzioni.

Nel mantenere quella particolare attenzione che molti psicoanalisti hanno sempre mostrato nel lavoro nei Dipartimenti di Salute Mentale e nelle altre istituzioni pubbliche, valorizzando la dimensione inconscia della mente umana, delle relazioni transferali e contro-transferali in cui si colloca il disturbo e dei possibili *setting* che permettano i processi di cura, i dispositivi che stiamo sperimentando hanno evidenziato l’inscindibile nesso tra sintomatologia psichica e le molteplici e complesse dinamiche che riguardano pazienti, famiglie e gruppo dei curanti.

Dal momento che le nostre teorie hanno cambiato le conoscenze sullo sviluppo del funzionamento psichico, riteniamo in questo modo contribuire a quell’indispensabile sperimentazione di dispositivi terapeutici adatti e rinnovati per curare tramite lo strumento analitico disturbi altrimenti inaccessibili, attraverso un modello di pensiero che riguarda anche

la gruppaltà interna, mediante un lavoro che non è solo multidisciplinare ma anche interdisciplinare.

Abbiamo approfondito il *come* intervenire e il *come* rapportarci con le istituzioni di cura, comprese quelle che si occupano di patologie spesso differenti da quelle che vengono trattate nei nostri studi professionali, con la proposta di inserire anche nel nostro processo formativo interno e esterno alla SPI il senso del lavoro integrato tra i diversi terapeuti, al fine di instaurare una relazione significativa con il paziente insieme al mondo istituzionale, familiare e sociale che lo circonda.

Una relazione che salvaguardi l'irriducibilità del soggetto, ma che non lo lasci solo nell'isolamento o nella disarticolazione degli interventi a cui spesso va incontro nel rapporto con i servizi pubblici.

I dispositivi clinici e formativi

I *Seminari Analitici di Gruppo*, secondo il modello proposto da Anna Ferruta, organizzati nei Centri SPI e nelle Istituzioni, sono gruppi di discussione clinica, costituiti da operatori di diverse realtà istituzionali e da conduttori psicoanalisti, che diventano un luogo mentale che accoglie, sul caso clinico esposto ad ogni incontro, quegli aspetti della mente del paziente grave o dell'operatore in difficoltà, che la mente individuale del singolo non riesce spesso a contenere, e che lo induce simmetricamente a un imprigionamento in schemi inerti, ideologici o imitativi.

Il gruppo, che si riunisce con cadenze periodiche variabili a seconda dei contesti, costituisce così uno strumento utile per sottrarsi all'isolamento, all'impotenza, alla seduzione narcisistica reciproca tra terapeuta e paziente, mettendo in gioco la funzione di una mente gruppale come fattore di sviluppo del pensiero, anche attraverso una trasformazione dello stato emotivo dei partecipanti che a turno possono diventare *personaggi del mondo interno* del caso presentato, e funzionare inconsciamente come aspetti scissi, denegati, non rappresentati a parole.

L'analista conduttore ascolta la presentazione del caso clinico e le libere associazioni dei partecipanti (che spesso possono anche non conoscere il paziente di cui si parla), assistendo a uno scambio di figure, emozioni, fantasie suscitate dal racconto. Ogni partecipante del gruppo riesce a dare voce e parola ad aspetti che spesso nel rapporto individuale soccombono per effetto di un reciproco e inconscio accecamento, in quanto la mente singola non sempre è capace di rappresentare e contenere aspetti

così incompatibili e in lotta per la sopravvivenza psichica.

A un certo punto della crescita del pensiero gruppale l'analista conduttore – o a volte un altro componente del gruppo - può cogliere una “scena modello” (costruito introdotto da J. Lichtenberg riferito alla situazione analitica e ripreso da numerosi psicoanalisti italiani e stranieri, che lo hanno esteso ai gruppi) che finisce per rappresentare un momento di svolta, un aspetto muto e oscurato del paziente o della relazione terapeutica, intorno al quale riorganizza i contributi forniti da tutti i membri del gruppo, utilizzandoli per comporre come in un mosaico un nuovo ritratto del paziente, con le indicazioni cliniche conseguenti, sulla base della mente gruppale al lavoro.

I Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare, secondo il modello proposto da Jorge Garcia Badaracco e da Andrea Narracci, organizzati da anni nei Dipartimenti di Salute Mentale, sono gruppi in cui la presenza contemporanea, insieme a psicoanalisti e operatori, di vari nuclei familiari dei pazienti seguiti nel servizio, favorisce il riconoscimento dell'esistenza dei legami d'interdipendenza reciproca tra genitori e figli e, quindi, della necessità di renderli meno immutabili. Fino a permettere a ognuno dei membri delle diadi patologiche, di scoprire la propria “virtualità sana”, facendo così sperimentare, a loro e agli operatori presenti, la condivisione del contatto con la sofferenza altrui e propria, e, grazie a fenomeni di “rispecchiamento metaforico” reciproco, facilitando l'accesso a una mentalizzazione della dinamica di interdipendenza patogena e al disvelamento del “segreto” che spesso la sottende.

Nel gruppo si entra in contatto con la sofferenza senza fare uso di nessuno degli schermi difensivi che abitualmente si attivano tra operatori e familiari e pazienti, restituendo a quella comunità di servizio che si riunisce regolarmente, una dimensione temporale dedicata alla riflessione sui propri problemi. Si viene così a creare un ambiente sicuro, al confine tra il sociale, il familiare e l'intrapsichico, in cui diventa possibile lasciare che si conformino, nel dentro di sé di ognuno dei presenti, quelle considerazioni e, soprattutto, quelle domande che può essere molto difficile porsi in altre occasioni.

Si procede nella direzione di cercare di restituire a ognuno una competenza e una possibilità di entrare in contatto con aspetti di sé altrimenti non raggiungibili, elevando il livello di solidarietà reciproca presente ne-

gli operatori, in modo tale da rendere molto meno significative le differenze di formazione psicoterapeutica e le difformità di veduta legate ai diversi ruoli professionali.

La consuetudine alla partecipazione a un gruppo dominato dall'espressione di emozioni intense, induce in chi vi partecipa l'abbandono spontaneo di una posizione che si basa solo sulla propria identità professionale e permette l'acquisizione di un atteggiamento fondato su un proprio modo di essere autentico e più attento ad accogliere la complessità, abbandonando logiche riduzionistiche.

Infine l'insieme delle condizioni date, costituite dalla presenza di più nuclei familiari, comprensivi della presenza dei rispettivi pazienti e di un congruo numero di operatori, consente spesso l'espressione della sofferenza psicotica nella forma più prossima a come si verifica nella realtà e permette agli operatori di entrare in contatto con il dolore percepito da una posizione priva di difese precostituite. Nel gruppo infatti l'attualizzazione della dinamica di "interdipendenza patogena" che trova lo spazio per essere "messa in scena" compresa e riformulata da parte dei partecipanti, permette l'apertura al 'terzo', costituito dal pensiero del gruppo stesso che si insinua tra la diade simbiotica, e l'attivazione di un movimento riparativo che si contrappone all'immobilità della ripetizione dell'identico.

Alcune considerazioni

Abbiamo verificato che in entrambe queste situazioni si riesce a incrementare la costituzione del senso di appartenenza a una comunità per i pazienti, familiari e operatori e si costituisce un setting istituzionale (vissuto direttamente in presenza o indirettamente attraverso il resoconto dei terapeuti del caso riportato) che aiuta a osservare *in vivo* gli effetti dell'incontro con i pazienti, gravi e gravosi, realizzando luoghi privilegiati di clinica e formazione permanente, che insieme ai luoghi terapeutici abituali, permettono di rintracciare le configurazioni relazionali ed emotive originarie della sofferenza mentale.

Riteniamo che attraverso questi dispositivi, la mente del terapeuta e la sua soggettività, a livello individuale e gruppale, venga offerta ai familiari, ai pazienti e agli altri operatori presenti come una sorta di 'parete attrezzata' i cui punti di presa e di aggancio costituiscono un'occasione di trasformazione importante. Fare, da parte del paziente, dei familiari e

degli operatori, l'esperienza inedita che i propri contenuti mentali (veicolati spesso da comportamenti e azioni oltre che dalle parole), siano trovati nella mente dell'altro come risultato dell'incontro, sviluppa un processo di conoscenza di sé altrettanto importante dei suoi contenuti. E accresce la progressiva aspettativa che il terapeuta possa essere vissuto come una persona investita affettivamente e degna di fiducia, come conseguenza generalizzabile e rilevante nella vita del paziente con una grave sofferenza psichica.

Dalla parte degli operatori, queste stesse esperienze, pur richiedendo una defaticante capacità attiva di attenzione riflessiva, permettono la costruzione di un nucleo di investimento affettivo positivo condiviso e lo stabilirsi del necessario legame empatico a livello sia psicoterapeutico individuale che istituzionale (tra i diversi operatori), portando anche all'avvicinamento a parti inedite e dissociate di sé.

Queste esperienze costituiscono contesti dove le idee psicoanalitiche basilari sono condivise in un modo chiaro e disponibile, al punto da diventare efficaci in vicende cliniche al di fuori dall'ordinario psicoanalitico più tradizionale. Si riesce nei fatti a spostare l'attenzione sui dettagli osservabili e sui pattern d'interazione intersoggettiva del processo terapeutico e si porta nel campo psicoanalitico l'esperienza vissuta, quelle delle emozioni, degli affetti, sia dei terapeuti coinvolti che dei loro diversi interlocutori.

Si fornisce un sostegno alla basilare strategia di entrare in contatto, in modo attento e riflessivo, con l'angoscia delle persone, aprendo così uno spazio per pensare alle tensioni emotive e interpersonali che si affrontano quotidianamente anche nei diversi ambienti istituzionali.

Riteniamo infatti che cogliere il senso del malessere che pervade chi frequenta le istituzioni, significa *sostenere e sostenere* attraverso una dimensione paritaria per lavorare dentro e con le istituzioni (e dentro e con la nostra Società) insieme a chi vi opera a vari livelli (e insieme agli utenti), presentandoci non come 'coloro che sanno', ma proponendo di lavorare unitamente e utilizzando dispositivi terapeutici che si adattano proprio anche alla tipologia di pazienti presenti nei servizi e nelle istituzioni, oltre che a operatori non necessariamente di formazione analitica.

Si tratta di lavorare non tanto e solo sulle resistenze o sulle difese, ma sulle forme dei diversi modi di comunicare aspetti inconsci, considerando i *traumi* come comunicazioni, gli *agiti* non solo come degli errori, *condividendo* e non insegnando.

Proposte

Sulla base delle considerazioni esposte, riteniamo quindi che, essendo tali esperienze avviate da tempo in molte realtà nazionali, si possa organizzare da parte della nostra Società una serie di progetti di formazione e aggiornamento per gli operatori dei servizi pubblici, attraverso la realizzazione di questi due dispositivi clinici, sia nelle nostre sedi sia nei servizi, col proposito di accrescere nei fatti le competenze psicoterapeutiche degli operatori coinvolti e di avviare un cambiamento strutturale dell'agire terapeutico a livello istituzionale.

Per il gruppo intercentri di Roma “Psicoanalisi e Istituzioni”
Giovanna Montinari e Giuseppe Riefolo

GLI AUTORI

Alessandro Antonucci: Psicoanalista SPI, psicoanalista Di Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare, Direttore FF UOC3 DSM ASLRMA 1, ale.antonucci@tiscali.it

Tiziana Bastianini: psicologa, è stata Dirigente nel DSM della ASLRMA; psicoanalista SPI e IPA, membro ordinario con funzione di training, è stata Presidente Centro Psicoanalisi Romano e Segretario Scientifico della SPI. tizianabastianini@libero.it

Carola Battaglia: Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Gruppo Redancia, Coordinatrice Comunità Terapeutico Riabilitativa per Minori Il Porto D'Attracco, Genova. carolabattaglia@hotmail.com

Paolo Boccara: Psichiatra e membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana. Ha lavorato nei Servizi di Salute Mentale di Roma dal 1981 e, dal 2008, è stato Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della A.S.L. Roma 2 fino al 2016. E' supervisore e formatore in vari servizi territoriali e docente presso Scuola di psicoterapia dell'adolescenza e dell'età giovanile e la Scuola di Specializzazione di Psicologia Clinica della Università Sapienza di Roma. Attualmente lavora a Roma nel suo studio privato. paulboc@libero.it

Francesca Viola Borgogno: psicologa psicoterapeuta, candidata della Società Psicoanalitica Italiana, socio fondatore del "Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare" (L.I.P.s.i.M.). borgognofrancescaviola@gmail.com

Antonio Buonanno: Psichiatra, Psicoanalista SPI, psicoanalista di Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare, Responsabile del CCTP del CPdR, Medico Responsabile SRP Samadi di Roma. antonio.buonanno71@gmail.com

Fausta Calvosa: MD, PhD, Psichiatra, Psicoanalista SPI e IPA, Membro Associato Centro Psicoanalitico di Roma, Psichiatra presso il CSM D8 Asl Roma2 dove svolge un Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare dal 2015. fausta.calvosa@gmail.com

Antonella Cammarota: docente di Sociologia Politica all'Università di Messina, socia fondatrice di Solaris ODV.
antonellacammarota@solarisonlus.org

Giovanni Coderoni: È psicologo psicoterapeuta psicoanalitico del Bambino, dell'Adolescente e della Coppia e psicoanalista di gruppo, socio dell'Associazione Internazionale di Psicoanalisi della Coppia e della Famiglia (AIPCF). È socio ordinario SIPsIA e membro associato ARPAD, socio del Centro di Ricerche Psicoanalitiche di Gruppo di Roma (CRPG dell'IIPG) e del Laboratorio di Psicoanalisi Multifamiliare. Dal 2015 è co-conduttore di Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare presso i CSM di Frascati-Ciampino della ASL ROMA6. È membro dell'International Neuropsychoanalysis Association e socio dell'Italian Psychoanalytic Dialogue. giocod55@gmail.com

Gabriella De Intinis: Socio Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e della International Psychoanalytical Association. Analista Esperta nella Psicoanalisi dei Bambini e degli Adolescenti. Collabora con il Centro di Consulenza e Terapia psicoanalitica del Centro di Psicoanalisi Romano. Membro Ordinario e Docente A.I.P.P.I. Redattore della Rivista Richard & Piggie. gabriella.deintinis@gmail.com

Nicoletta Faccenda: psicologa, psicoanalista, Socio associato della Società Psicoanalitica Italiana e dell'IPA; ha lavorato dal 1980 al 2021 nel DSM asl RM 1 come responsabile del servizio dedicato ai Giovani Adulti, poi nella Psicologia Ospedaliera come Responsabile Psicologo nella Brest Unit. nicoletta.faccenda@gmail.com

Barbara Fedeli: Psichiatra-Psicoterapeuta, Referente Psichiatra SRTRe 9 "Il ponte e l'albero UOC CSM D 9 - DSM ASL ROMA 2. Psicoanalista SPI. barbarafedeli69@gmail.com

Anna Ferruta: Psicologa, psicoanalista, Membro Ordinario con funzioni di Training della Società Psicoanalitica Italiana; Full Member dell'International Psychoanalytical Association. anna.ferruta@spiweb.it

Franco Gazzoletti: psichiatra con lunga esperienza istituzionale, Membro Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana. cerreto5@yahoo.it

Marco Grignani: Direttore della struttura complessa salute mentale Assisano e media valle del Tevere, membro associato SPI/IPA. Lavoro da trentasette anni nei servizi pubblici e mi occupo prevalentemente di riabilitazione e intervento precoce nei disturbi mentali gravi. Sono membro del direttivo nazionale SIRP e coordinatore del comitato scientifico della associazione di comunità Terapeutiche Mito e Realtà. marco.grignani@live.it

Marco Monari: medico psichiatra, ha lavorato nelle istituzioni pubbliche di Bologna dal 1980 al 2015, Membro Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana. Dal 2012 al 2021 è stato professore a contratto in Psicoterapia Psico dinamica presso la Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Bologna. Dal 2021 è segretario scientifico del Centro Psicoanalitico di Bologna. Si è particolarmente occupato del trattamento psicoterapeutico dei pazienti dell'area borderline negli assetti istituzionali pubblici e privati. Da molti anni svolge supervisioni cliniche presso servizi psichiatrici pubblici e privati. È Autore e coautore di numerose pubblicazioni in libri e riviste dell'area psicoanalitica, psicoterapeutica e psichiatrica. drmarcomonari@gmail.com

Giovanna Montinari: Psicologa psicoanalista, membro ordinario SPI-IPA, Didatta ARPAD, Fondatrice Cooperativa Rifornimento in Volo. giovannamontinari@gmail.com

Filippo Maria Moscati: Psichiatra, psicoterapeuta, Dirigente Medico UOC dipendenze ASL Roma 1. Via Fornovo, 12 - 00195 Roma. filippo.moscati@alsroma1.it

Andrea Narracci: Psichiatra, psicoanalista SPI, presidente e cofondatore LIPSIM, già Direttore di DSM ASL RMA. Via degli Scipioni, 295 – 00192 Roma. andrea_narracci@hotmail.com

Anna Maria Nicolò: neuropsichiatra infantile, psicoanalista della Società Psicoanalitica Italiana (SPI) con funzioni di training, Presidente della SPI dal 2017 al 2021, membro dell'IPA Clinical Committee on 3LM, Direttore della rivista Interazioni. anna.nicolo2@gmail.com

Carmine Pasquale Pismataro: psichiatra, psicoterapeuta, socio dell'Istituto Italiano Psicoanalisi di Gruppo. carminepismataro@gmail.com

Giuseppe Riefolo: Psichiatra e membro ordinario AFT della SPI. Ha lavorato a lungo presso i servizi territoriali. Effettua supervisioni cliniche presso DSM italiani soprattutto nel Lazio, Toscana ed Emilia. È presidente di SMES-Italia (Salute Mentale e Emarginazione Sociale) e per questa organizzazione si occupa di interventi verso Soggetti Senza Dimora con gravi problematiche psichiatriche. E' referente per il CdPR del gruppo "Psicoanalisi e Istituzioni". giusepperiefolo1@gmail.com

Giuseppe Saraò: Psichiatra, membro ordinario SPI-IPA; già Responsabile Servizio Salute Mentale Firenze 2. giusepp.sarao@gmail.com

Caterina Tabasso: psicologa, psicoterapeuta, psicologa analista, membro ordinario AIPA-IAAP, socia fondatrice LIPsiM, didatta del Master di Perfezionamento in Psicoanalisi Multifamiliare LIPsiM, MA in Jungian and Post Jungian Studies alla Essex University. Lavora a Monza e Milano. cate.tabasso@gmail.com

Pier Luca Zuppi: psichiatra, già Direttore ff UOC1 DSM ASLROMA1, psicoterapeuta, membro associato SPI e IPA. pierlucazuppi@hotmail.com