

**Centro di Psicoanalisi Romano
Centro Psicoanalitico di Roma
Via Panama 48 - Roma**

**Sabato 17 dicembre 2022, ore 9,00- 13,30
Giornata organizzata dal gruppo di studio inter-
centri di Roma
“Psicoanalisi e Istituzioni”**

Proposte psicoanalitiche per i servizi di Salute
Mentale di infanzia e adolescenza: Seminari Analitici
di Gruppo e Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare

A cura di:
Gabriella De Intinis, Nicoletta Faccenda, Adriano
Purgato, Pier Luca Zuppi

Quaderno 2
www.psicoanalisiiesociale.it



VECCHIARELLI EDITORE

© Vecchiarelli Editore – 2023
Piazza dell’Olmo, 27
00066 Manziana (Roma)

Tel. 06.99674591

vecchiarellieditore@inwind.it
www.vecchiarellieditore.it
ISBN: 978-88-8247-469-0

INDICE

NOTE REDAZIONALI

<i>Gabriella De Intinis, Nicoletta Faccenda, Adriano Purgato, Pier Luca Zuppi</i>	5
<i>Roberto Musella: Tra Psicoanalisi e Istituzioni</i>	7
<i>Fausta Calvosa, Giuseppe Riefolo: Presentazione della giornata</i>	15

LA PSICOANALISI MULTIFAMILIARE

<i>Andrea Narracci: Presentazione della Sezione</i>	33
<i>Fausta Calvosa, Andrea Narracci: Esperienze di Psi- coanalisi Multifamiliare con adolescenti e Giovani Adulti nel servizio pubblico</i>	37
<i>Alessandro Antonucci, Anna Correale: Il lavoro tera- peutico con i giovani all'interno di una Comunità Tera- peutica</i>	45
<i>Sara Bartolucci, Anna Maria Dalba, Alessia Pisano: Il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare al Centro per le famiglie e i minori "La Ginestra"</i>	53
<i>Michela Melillo, Francesca Galli, Maria De Pascale, Martina Andrico: Avvio di un gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare per Adolescenti nell'ambito di un Servi- zio di Neuropsichiatria Infantile</i>	67

I SEMINARI ANALITICI DI GRUPPO

<i>Giovanna Montinari: Presentazione della Sezione</i>	79
<i>Carla Busato Barbaglio, Maria Pia Corbò: L'adolescenza nei servizi. Operatori e psicoanaliste al lavoro</i>	83
<i>Flavia Capozzi, Teodosio Giacolini: Il lavoro psicoanalitico di gruppo nei servizi dell'infanzia e adolescenza: Luci ed ombre</i>	113
<i>Antonio Palmieri: Servizi di Salute Mentale per l'età evolutiva come bene primario</i>	125
<i>Flaminia Cordeschi: Seminari analitici di Gruppo per operatori DCA</i>	129
<i>Sarantis Thanopulos: Postfazione</i>	135
INDICE DEGLI AUTORI	143

NOTE REDAZIONALI

*Gabriella De Intinis, Nicoletta Faccenda,
Adriano Purgato, Pier Luca Zuppi*

Il Secondo Quaderno del Portale Psicoanalisi e Sociale prosegue ed amplia il percorso inaugurato dal Primo volume, pubblicato nel 2022. Questa volta il filo conduttore è il gruppo come strumento di cura delle Istituzioni che della cura hanno il mandato. I contributi che seguono mettono in evidenza come pazienti, operatori ed Istituzione intrattengano un legame dialettico costante e potente: alla patogenicità di un elemento corrisponde, nel tempo, la necessità di intervenire psicoanaliticamente sulle altre componenti del campo.

Questo volume raccoglie i contributi che si sviluppano attorno ai dispositivi dei Seminari Analitici di Gruppo (SAdG) e dei Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF), declinati come specifici strumenti di cura e ‘manutenzione’ dei legami interni ed istituzionali degli operatori dei servizi (i primi), e dei legami familiari dei pazienti che a quegli stessi servizi afferiscono (i secondi).

La scelta di presentare questi strumenti- che meriterebbero di far parte della ‘cassetta degli attrezzi’ di ogni Istituzione di cura - si inserisce nel solco inaugurato dal Gruppo di Studio Intercetri di Roma “Psicoanalisi e Istituzioni”, che si propone dalla sua nascita di sviluppare modalità di aiuto per il trattamento dei pazienti che afferiscono ai servizi di cura, e contemporaneamente offrire nutrimento per la mente per gli operatori che vi lavorano.

Non è un caso che entrambi i dispositivi proposti in questo volume contengano al loro interno la parola ‘gruppo’. Così come il Portale comprende lavori provenienti da entrambi i centri romani, e da professionisti provenienti da esperienze lavorative pubbliche – ospedaliere e territoriali – e del Terzo Settore, allo stesso modo i contributi che proponiamo mettono in luce che la

condivisione delle storie che ascoltiamo dai pazienti possono essere valorizzate solamente attraverso più menti che pensano insieme.

Questo volume propone quindi un percorso che si snoda in due filoni, ciascuno per ogni dispositivo presentato: i quattro capitoli dedicati all'approfondimento della Psicoanalisi Multifamiliare illustrano applicazioni del dispositivo rispettivamente in ambito territoriale, del Terzo settore e ospedaliero, in servizi dedicati all'adolescenza e all'età evolutiva in generale.

La seconda parte è dedicata alla raccolta di esperienze sul campo del dispositivo dei Seminari Analitici di Gruppo. I quattro contributi mettono in luce l'importanza della formazione in gruppo degli operatori di servizi territoriali che trattano patologie dell'età evolutiva, che si fa 'contenitore' di contenuti patogeni non pensati apportati da pazienti, loro familiari e propri del campo istituzionale, che rischierebbero di sovraccaricare e alla lunga portare al collasso il sistema (Bion, 1959).

I lavori di questo volume aiuteranno il lettore a comprendere che entrambi i dispositivi psicoanalitici presentati assolvono alla medesima funzione di bonifica delle menti di chi, curante o paziente che sia, si trova a transitare e a sostare nella complessità – ma anche bellezza – del campo istituzionale.

Un ringraziamento va senz'altro all'Editore Vecchiarelli, che anche quest'anno offre la cornice all'interno della quale questo Quaderno ha potuto diventare un lavoro corale ed unitario allo stesso tempo.

TRA PSICOANALISI E ISTITUZIONI

Roberto Musella

Care colleghe, Cari colleghi, mi fa piacere partecipare a questo incontro organizzato dai due Centri romani su Psicoanalisi e Istituzioni, un tema come sapete caro all'Esecutivo nazionale e sul quale stiamo approfondendo molte energie.

Dividerò il mio discorso di apertura in quattro livelli che, strettamente interconnessi, sono sostenuti da competenze diverse ed hanno uguale dignità ma diversa applicazione.

Primo livello

Scientifico. Esso esprime non la certezza (perché non esistono gli strumenti epistemologici per poterlo affermare) ma, sicuramente la nostra profonda convinzione che il metodo psicoanalitico, pur con le variazioni relative all'oggetto cui si applica, sia uno strumento efficace nel processo di cura all'interno delle istituzioni. La psicoanalisi nelle istituzioni si rivolge a soggetti diversi, dai pazienti ricoverati nelle strutture pubbliche o nelle case di cure, agli operatori che in esse lavorano, ad altri luoghi di incontro clinico quali i consultori presenti nelle istituzioni sanitarie, scolastiche, universitarie o nelle aule di tribunale, o si propone per la cura stessa delle istituzioni e dei soggetti istituzionali.

La convinzione scientifica che ci sostiene, o che almeno sostiene il sottoscritto, è che in un mondo sempre più orientato al meccanicismo e alla negazione degli affetti, la psicoanalisi può e deve riguadagnare il terreno che merita, con sobrietà e fermezza, affermando con forza le sue convinzioni.

Il discorso scientifico sulla salute mentale è regredito, perché ridotto al modello di validazione delle industrie farmaceutiche.

Le “evidenze” appiattite sui criteri di quantità non tengono conto della qualità che dovrebbe essere l’obiettivo principale della soggettivazione/umanizzazione della cura.

Evidenze che si producono, spesso con metodi discutibili.

Permettetemi di farvi un esempio per chiarire come le evidenze poggino su dati parziali e arbitrari: ogni anno, più o meno alla fine dell’anno, tempo di bilanci, sono pubblicate le classifiche delle città italiane dove si vive meglio e Napoli, la mia città, ma in realtà molte altre città del sud e delle isole, compaiono sempre negli ultimi posti, mentre inevitabilmente le città del nord, con Aosta e Bolzano sempre sul podio, la fanno da padrone. Poi però, se studiamo i dati dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, scopriamo che i tassi di mortalità per suicidio sono decisamente più elevati nel Nord Italia, con Aosta in questo caso a detenere il triste primato percentuale in relazione alla popolazione. Viceversa, sia per gli uomini che per le donne, i valori più bassi del tasso di suicidio si registrano proprio nelle Regioni del Sud-Italia. Ad occhi anche più ingenui dei miei sembra che ci sia qualcosa che non quadra se nelle città dove si vive meglio ci si si toglie la vita molto di più rispetto a quelle dove apparentemente si vive peggio. Evidentemente la validazione statistica, pseudoscientifica, deve avere qualche palese lacuna nella valutazione del benessere della comunità, a meno che suicidarsi non sia considerato un indicatore di benessere.

Mutatis mutandis, la validazione psichiatrica non tiene conto dei criteri psicoanalitici per noi fondamentali del benessere individuale, della relazionalità affettiva, erotica, e mentale e non considera, viceversa, nociva la siderazione degli affetti in una società in cui sono estremamente danneggiati i legami solidali e la convivialità umana.

I singoli soci che si occupano di validazione dei criteri scientifici, a titolo diverso nelle istituzioni, dovrebbero poter dire la loro sui temi del benessere e della salute mentale e partecipare le proprie convinzioni alla comunità scientifica.

Secondo livello

Di metodo, esso affronta il modo che pensiamo il più efficace per applicare il metodo psicoanalitico all'interno dei contesti istituzionali, i quali sono necessariamente diversi da quelli per il quale il metodo è stato originariamente pensato. Il metodo 'modificato' va riflettuto ad un alto livello di ricerca e riguarda quello che riteniamo il modo più efficace di proporre il nostro intervento.

Il II° livello dovrebbe coinvolgere un gruppo ristretto di ricercatori che studiano, appunto, i modi più efficaci di applicare il nostro metodo all'interno dei contesti istituzionali, quali ad esempio quelli proposti dal Gruppo di Studio Intercentri di Roma "Psicoanalisi e Istituzioni", i quali prediligono i Seminari Analitici di Gruppo e i gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare. Ovviamente, accanto a questi, possono essere proposti nuovi e diversi metodi da confrontare all'interno di riflessioni collegiali come quella odierna e mi aspetto che oggi avvenga, perché il metodo da noi proposto deve avere le caratteristiche di chiarezza ed efficacia di trasmissione della altissima qualità della nostra disciplina.

Terzo livello

È quello del confronto interno, attraverso il coordinamento di tutti i soci coinvolti che, come oggi, si confrontano sul tema psicoanalisi e istituzioni

Il coordinamento e il confronto devono riguardare le conoscenze scientifiche e di metodo acquisite, da condividere all'interno di campi istituzionali quali gruppi di lavoro, seminari, convegni, riunioni locali ecc.

Su questo punto mi sembra siano stati fatti molti progressi. I confronti cominciano ad essere frequenti, come il confronto

avuto nell'ambito del 34° Congresso nazionale della SPI e questo appuntamento annuale odierno che proporrei diventasse una tradizione nazionale. La condivisiva collegiale sincera, critica e produttiva in gruppo, come ci apprestiamo a fare oggi, è il modo migliore per elaborare nuove e migliori strategie da condividere tra noi. Da una parte confrontando i nostri dati scientifici e dall'altra decidendo come muoverci all'interno delle istituzioni. Il confronto sul tema, che ripeto sta a cuore alla SPI, è bene che sia riportato pubblicamente per allargare ulteriormente l'attenzione intorno ad esso.

Nell'ambito della collegialità societaria qualcuno si è domandato delle differenze tra i gruppi nazionali psicoanalisi e istituzioni e ruolo pubblico.

Vorrei fugare una volta e per tutte ogni dubbio, perché la risposta è semplice: il coordinamento nazionale psicoanalisi e istituzioni non si occupa solo della salute mentale ma del rapporto con tutte le istituzioni: Ministeri, Università, scuola, tribunali, istituzioni culturali e ovviamente la salute mentale. Non ha scopi puramente scientifici e di metodo, ma anche progettuali. Deve proporre progetti e collaborazioni con le istituzioni che la SPI provvederà a trasformare in protocolli di intesa che saranno poi gestiti in collaborazione con i Centri.

Psicoanalisi e istituzioni collaborano, però, strettamente con i soci del ruolo pubblico nell'ambito della salute mentale, ad esempio:

- Creando insieme opportunità di intervento sul piano formativo degli operatori o degli specializzandi universitari tramite contratti tra la SPI e le strutture interessate;
- Esplorando la possibilità, in collaborazione con i CCTP, di convenzioni firmate dalla SPI tra strutture pubbliche e i CCTP stessi.

Quarto livello

Il quarto livello è quello politico, esso coinvolge i vertici della nostra istituzione nel proporre una politica di confronto con le istituzioni che riteniamo nostri interlocutori privilegiati. Senza il livello politico nessuna delle eventualità di cui abbiamo discusso può trovare uno spazio reale, se non in modo episodico e frammentario.

Tale livello chiama in causa l'esecutivo nazionale e gli accordi che la Società Psicoanalitica Italiana ha stabilito e sta stabilendo con le Istituzioni sanitarie di cura, con le università, con le altre scuole di psicoterapia di rilevanza nazionale, con enti pubblici quali musei, con le istituzioni culturali di riferimento ecc. Non possiamo prescindere dal vertice politico, altrimenti rischiamo che qualsiasi nostro discorso, anche il più nobile, elaborato ed efficace, resti del tutto disatteso. La qualità va coniugata con l'intraprendenza politica come mostrato con il Manifesto per la salute mentale.

Ripeto, in un mondo sempre più orientato al meccanicismo e alla negazione degli affetti, abbiamo il dovere politico di diffondere la nostra cultura nelle istituzioni competenti e portare il valore della dignità della persona e dei suoi affetti al centro del discorso sanitario, giuridico e formativo.

La psicoanalisi è isolata e noi ci battiamo perché lo sia sempre di meno. Le forze che occupano lo spazio della salute mentale sono i biomedici e i cognitivisti. La tendenza della cura biomedica e cognitiva, trascina con sé una logica esiziale per noi. Non possiamo fare finta di niente ed elaborare tra di noi idee belle che, stando allo stato attuale delle cose, nessuno mai ascolterà.

Per questo, è un'esigenza politica e culturale fondamentale che si cambi il clima nella salute mentale, attraverso un progetto politico plurale, multidisciplinare che crei uno spazio vitale, democratico in cui la psicoanalisi possa di nuovo respirare e dire la sua.

In questo panorama l'alleanza con le forze dell'intervento psicosociale e psicoculturale è essenziale. Se riusciremo a creare una nuova realtà nei servizi sociali (alleandoci anche con le forze politiche democratiche, come già stiamo facendo) il nostro discorso avrà terreno fertile.

Al momento gli accordi che abbiamo sottoscritto sono:

- Un rapporto consolidato e permanente con il collegio nazionale dei DSM;
- Un progetto di lavoro comune con la facoltà di filosofia di Verona e con il corso di Filosofia e Psicoanalisi dell'Università di Calabria;
- Collaborazioni con la fondazione AREL e la Scuola di politiche di area PD; con la Galleria di Arte Moderna e Contemporanea di Roma; con il Museo Nazionale di Reggio Calabria;
- Portiamo avanti un progetto di ricerca con il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Parma (prof. Gallese);
- Abbiamo un accordo quadro con l'Istituto Italiano per gli Studi Filosofici;
- Abbiamo un accordo di collaborazione con l'esarcato della Chiesa ucraina, il centro Alfredo Rampi e l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per dare aiuto ai rifugiati della guerra.

Infine, nel riconoscimento statale del nostro training formativo e nella diffusione del manifesto per la salute mentale, abbiamo stretto rapporti con il Ministero dell'Università e della Ricerca, con il Ministero della Salute e con la Presidenza della Camera dei Deputati.

Tuttora son in fase di costruzione:

1. la collaborazione con la Fondazione culturale svizzera Eranos;

2. la costituzione di un osservatorio nazionale sulla migrazione;

3. L'osservatorio nazionale sulla violenza nei confronti delle donne;

4. infine, uno dei nostri progetti è la costruzione di una scuola statale di alta formazione per la salute mentale riservata non solo ad analisti e candidati ma anche ad altri operatori.

Concludo con l'invito ad ogni singolo socio desideroso di collaborare nella politica societaria, come già avvenuto e come continua ad avvenire per la generosità e la passione di molti di voi, sapendo che in tale proposito è supportato dall'esecutivo nazionale e da questi invitato a lavorare insieme per il bene della nostra causa comune.

PROPOSTE PSICOANALITICHE DI FORMAZIONE PER I SERVIZI DI SALUTE MENTALE DELL'ETA' EVOLUTIVA

Fausta Calvosa, Giuseppe Riefole

Introduzione

Servizi e processi. Evoluzioni.

Nel film *Smoke* (1995) Auggie è il gestore di una tabaccheria a Brooklyn. Per quattro anni, dal 1987 al 1990, ogni mattina, alle 8:00 in punto, è presente sempre allo stesso posto - l'angolo fra la Terza Strada e la Settima Avenue - per scattare una fotografia, ognuna con la medesima inquadratura: *“Ecco perché non posso mai prendermi una vacanza. Devo essere là ogni mattina. Ogni mattina allo stesso posto, allo stesso momento”*. Mostra a Paul, uno scrittore suo cliente abituale ed amico, centinaia di fotografie tutte raccolte in un album. Prima che fotografie, Auggie presenta a Paul un *punto fermo e costante*, attraverso cui poter registrare la diversità e la mobilità di quanto accade, sottolineate soprattutto dalla stabilità estrema del vertice di osservazione. Paul è incredulo di tanto rigore, a fatica coglie il senso di quanto tale *organizzazione* sia sensibile, proprio attraverso la stabilità di fondo, nel rilevare i piccoli cambiamenti che si stagliano dalla fissità della cornice. *“Quello è il mio angolo, dopotutto. È una piccolissima parte del mondo, ma le cose succedono lì come dappertutto...”*. Paul è ancora preso dalla meraviglia; considera ancora solo concretamente l'*invenzione* di Auggie; non ne coglie l'*organizzazione* e le regole interne, la scansione del tempo che, nella ripetizione, disegna ogni storia, e ogni momento della stessa storia, diversa.

“Non capirai mai se non rallenti, mio caro.

Cosa vuoi dire?

Che vai troppo in fretta. Quasi non le guardi, le fotografie.

Ma sono tutte uguali.

Il posto è lo stesso, ma ogni foto è diversa dall'altra... La terra gira intorno al sole e ogni giorno la luce del sole colpisce la terra con un'inclinazione diversa".

Per uno psicoanalista i servizi territoriali non sono solo un "ambulatorio" o un "reparto" che debba fornire interventi medici o psicologici, ma sono soprattutto *postazioni* che devono mantenere una rigorosa continuità capace di comunicare stabilità a processi possibili¹ e cogliere i processi che accadono all'interno di quella cornice. La stabilità, ovviamente, non è solo la collocazione concreta del servizio, ma riguarda anche la presenza viva degli operatori che contribuiscono attivamente e inevitabilmente a quei processi. La stabilità, come suggerisce Auggie, deve permettere l'evidenza di scene discrete che, altrimenti, non potrebbero essere colte. Il dialogo fra Auggie e Paul è il dialogo fra una posizione tecnica e rigorosa verso una posizione che potremmo definire generica e di buon senso. Dal nostro punto di vista concerne la convinzione – a nostro parere squisitamente psicoanalitica – che al "buon operatore Paul" sia offerta una formazione che si realizza nella assunzione di vertici di osservazione di fenomeni altamente specifici altrimenti non rilevabili.

Negli scenari complessi dei servizi, soprattutto quelli dedicati all'accoglienza dei soggetti giovani, le relazioni significative si organizzano soprattutto secondo il codice dell'esperienza e degli agiti prima che nella produzione di significati di ordine simbolico. Prevale soprattutto il registro implicito del corpo prima che quello significante della parola. Prevale la funzione trasformativa degli affetti vitali di fondo come organizzatori della base sicura del Sé. Gli affetti vitali si orientano alla funzione positiva del 'me', ovvero del riconoscimento del possesso di determinati

¹ È nella linea del concetto di "sostanza" di Balint (1968).

processi mentali e del flusso di coscienza (Stern, 2004, 118). In questo, gli interventi possibili nei servizi si sintonizzano sui livelli più potenti e profondi dei dispositivi trasformativi specifici che si basano sulla ‘presenza costante’, sulla complessità della struttura degli interventi, sulla poliedricità delle figure che intervengono e sulla organizzazione di setting multipli. Viene esaltata la funzione trasformativa dell’implicito che, secondo alcuni autori (Boston Change Process Study Group, 2010) è la base degli interventi psicoterapeutici.

Un secondo punto che introduciamo riguarda una evidenza. Nei servizi territoriali accade un fenomeno a nostro parere interessante e che si evidenzia in modo sottile. Nonostante a vari livelli si segnali in molte occasioni la fatica del funzionamento dei servizi, questi evolvono – comunque secondo percorsi ciclici e magari faticosi – verso sempre maggiori *specializzazioni*. Il servizio, ora può tollerare di configurarsi come un insieme (potremmo dire: un frattale) di sottoservizi specialistici: servizi per attacchi di panico, per migranti, disturbi alimentari, adolescenti e giovani adulti, ecc. Un analista, ovviamente, è attento a leggere questi processi verso le specializzazioni come evoluzione, magari anche come difese dissociative degli operatori dell’ordine dell’evitamento dell’angoscia che i processi evolutivi (dei servizi) possono comportare. La nostra posizione è che queste due posizioni di lettura descrivano le oscillazioni di un processo evolutivo che può diventare una “struttura dissociativa difensiva” (Bromberg, 2006, 5) oppure rappresentare oscillazioni di una fertile evoluzione. Anche in questo caso, perché i processi siano mantenuti, riteniamo ci sia estremo bisogno di una posizione psicoanalitica a sostegno della inevitabile complessità di tali processi evolutivi. La “lamentazione” – una posizione difensiva molto diffusa nei servizi territoriali (...non solo) -rappresenterebbe, a nostro avviso, un grave sintomo di sospensione dei processi evolutivi a cui a nostro parere i servizi sono esposti. Un

analista, comunque, coglierà le posizioni di “lamentazione” come presentazione di sofferenza e di impotenza del sistema e si sentirà chiamato ad operazioni attive sintoniche con il mandato del servizio, evitando di assumere la “lamentazione” come un elemento concreto (Riefolo, 2017).

Da queste brevi premesse emerge come la formazione degli operatori nei servizi territoriali – sia pubblici che privati o del privato sociale – sia complessa e fondamentale per il mantenimento della funzione (il termine ora sarebbe: *mission*, ma è un termine che generalizza e diluisce troppo, a nostro parere, la funzione dei nostri servizi e, soprattutto, la nostra responsabilità verso i processi terapeutici...) e dell’identità delle istituzioni territoriali deputate alla salute mentale.

Per un intero anno, il gruppo intercentri di Roma “*Psicoanalisi e Istituzioni*” si è concentrato su possibili posizioni psicoanalitiche che potessero essere di sostegno alla formazione degli operatori dei servizi territoriali dedicati agli adolescenti e alla età evolutiva. La posizione teorica e la proposta clinica che si va sempre più delineando nel nostro gruppo è che la psicoanalisi non possa (potremmo dire: non debba) essere proposta come *tecnica* terapeutica per i servizi, ma che possa essere un *metodo* potente capace di organizzare interventi terapeutici adeguati e sintonici con le caratteristiche contingenti e reali degli utenti e le potenzialità dei servizi. La posizione del nostro gruppo è di aver individuato i dispositivi dei Seminari Analitici di Gruppo (SAdG) e i Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF) come potenti e specifici strumenti psicoanalitici di formazione degli operatori dei servizi territoriali. Entrambi i dispositivi sono rivolti a tutte le figure che compongono una istituzione, indipendentemente dal tipo di formazione, o anche assenza di formazione individuale. La posizione psicoanalitica specifica è assunta dall’analista che conduce e cura i SAdG o i GPMF. Gli

operatori coinvolti in questi interventi possono fare esperienza diretta e sentirsi soggettivamente coinvolti nei processi psicopatologici portati dai pazienti e nelle complesse relazioni – sia di ordine patologico che creativo – che lo scenario dei servizi permette.

Scenari e setting dei servizi per adolescenti ed età evolutiva

I servizi per adolescenti ed età evolutiva, potremmo dire sono servizi molto “giovani” nel panorama dei servizi territoriali poiché solo da poco tempo si configurano come servizi con una propria specificità che necessariamente richiede operatori, se non proprio specialisti, sicuramente competenti e che sappiano usare un particolare codice di lettura dei fenomeni psicopatologici che, in questi casi, hanno precise caratteristiche, differenti dalla comune utenza di un servizio territoriale. Ci riferiamo al felice processo che permette l’esistenza di sempre più servizi specialistici all’interno dei quali, però, gli operatori non sono chiamati ad essere specialisti, ma sicuramente competenti. Per noi questa specializzazione dei servizi rappresenta un arricchimento che, parallelamente, sollecita un particolare e costante processo di formazione “sul campo”². I servizi per adolescenti ed età evolutiva

² Ribadiamo la nostra convinzione di fondo che i servizi territoriali debbano accogliere e persino curare *competenze* specialistiche, cercando di evitare che tali competenze si configurino immediatamente come *servizi concreti alternativi*. Il processo che può portare dalle *competenze* specialistiche alla formazione di *servizi* specialistici richiede, a nostro avviso, tempi lunghi compatibili con cambiamenti più generali dei sistemi (sociale, sanitario...) all’interno dei quali i servizi si collocano. La eccessiva velocità di tali evoluzioni si connoterebbe come evitamento piuttosto che come evoluzione questi processi che comportano una complessità del sistema dei servizi territoriali. Sia chiaro: non vogliamo esaltare la lentezza, ma sottolineare la specificità dei tempi delle evoluzioni.

sono particolari e richiedono un'alta capacità di elasticità e rigore da parte degli operatori. Richiedono anche un'alta tolleranza alle frustrazioni e alla capacità di usare analiticamente la concretezza e l'azione come elementi della relazione terapeutica.

In quanto tale, il servizio territoriale, nella complessità che lo caratterizza concretamente, disegna una specularità con le caratteristiche strutturali dell'adolescente che per definizione vive come disagio la propria instabilità, l'inadeguatezza a confrontarsi con percorsi lunghi, impegnativi e troppo definiti.

In questa rappresentazione il servizio territoriale si descrive come una particolare *istituzione*: è un *luogo* fisico, che propone al paziente la importante funzione della disponibilità e della presenza continua: il paziente può sentire che il suo bisogno di essere accolto non incide negativamente nella disponibilità e nella libertà dell'altro, ma può sentirsi autorizzato a poter essere accolto *indipendentemente* dai limiti specifici e personali del terapeuta in una cornice a cui il terapeuta appartiene, ma che *non è* il terapeuta. Questa funzione di *presenza* del servizio è in continuità con la funzione di disponibilità ampia del singolo terapeuta, essendo una cornice rispetto a cui il terapeuta sottolinea di fondo la propria appartenenza e potremmo rappresentarla come un ampliamento esponenziale delle sue capacità di disponibilità. In questo senso si rendono possibili alcune soluzioni che, se rappresentate solo relative al singolo operatore, risulterebbero incongrue e persino maniacali. Ad esempio la disponibilità concreta del terapeuta, in una relazione che avvenga in un contesto escluso dalla cornice del servizio territoriale, si connoterebbe come una relazione molto frustrante per l'adolescente in quanto le capacità di *presenza* del singolo terapeuta risulterebbe molto esigua e collocherebbe il paziente in una posizione particolarmente frustrante. Il terapeuta si presenterebbe immediatamente nella posizione di un genitore molto potente, e,

in quanto tale, castrante.

L'appartenenza del terapeuta ad un quadro di fondo più ampio e dalle maggiori capacità concrete, permette l'accesso di un *terzo*, dalla funzione materna ed intermedia, fra paziente e terapeuta: permette che il terapeuta possa presentarsi appartenente ad un'area potentemente accogliente e potendo presentare, al tempo stesso, la propria identità limitata e, non per questo, castrante per l'adolescente. In senso più concreto, potremmo pensare a quanto, l'appartenenza del terapeuta ad una istituzione territoriale, permetta di poter mantenere un legame di fondo col paziente anche nei periodi di assenza, di interruzione per motivi concreti, persino nelle situazioni in cui il percorso terapeutico avviato debba necessariamente sospendersi per eventuali trasferimenti: la distruttività insita in questi eventi concreti della realtà, attraverso l'area intermedia rappresentata dal servizio territoriale³, riesce a ricomporsi e, persino, può essere presentata come disponibilità ad accogliere la frustrazione (ottimale?) degli inevitabili eventi della realtà che, per l'adolescente, ha il senso molto importante di poter essere ammesso al percorso di realtà e di ricomposizione delle fantasie onnipotenti.

Cerchiamo di sostenere come i servizi dedicati all'accoglienza dei disturbi dell'adolescenza ed età evolutiva propongano continuamente – e spesso in modo drammatico – scenari relazionali in cui gli operatori sono chiamati ad accogliere posizioni cliniche dei pazienti che chiedono di conoscere soggettivamente ed autenticamente la capacità dei propri interlocutori a saper governare e magari persino sopravvivere alla ricchezza – portata in modo violento – del proprio funzionamento mentale.

³ Qui, “servizio territoriale” sta per “istituzione” più in generale. Tale area intermedia occupata da un servizio, pensiamo possa essere collegata alla funzione della istituzione come “difesa dai meccanismi psicotici” (cfr. Jaques, 1970,) e di “...depositaria della parte psicotica della personalità, cioè la parte indifferenziata e non risolta dei primitivi vincoli simbiotici” (Bleger, 1967).

All'operatore viene chiesta la competenza di evitare simmetriche posizioni eroiche, buoniste o ideologiche, ma la competenza, potremmo dire "psicoanaliticamente specialistica" di saper sopravvivere alle violente *identificazioni proiettive* (Ogden, 1991), di saper fare un buon uso della *resa* (Ghent, 1990), di saper farsi carico della *vergogna* (Hill, 2015) che i pazienti sollecitano e di cogliere i numerosi agiti e controagiti non solo nella dimensione degli *enactment*, ma degli *enactment* generativi (Atlas, Aron, 2017). La nostra posizione è che, particolarmente in questo tipo di servizi, bisogna avere interesse e costante manutenzione verso la formazione di tutte le figure di operatori che compongono lo scenario dei servizi e non solo le classiche figure dei terapeuti. In questa prospettiva i SAdG e GPMF offrono la particolare e singolare opportunità di permettere a tutti gli operatori coinvolti nel servizio di partecipare alle discussioni cliniche in cui è possibile analizzare non solo il quadro clinico del paziente, ma le complesse dinamiche che coinvolgono non solo transferalmente, ma soprattutto soggettivamente i vari operatori oppure, come accade nei GPMF, di poter partecipare "in diretta" alla presentazione delle violente dinamiche relazionali di pazienti psicotici rispetto al proprio contesto familiare. Il nostro gruppo ha individuato da tempo e coltiva la convinzione che entrambi i dispositivi dei SAdG e dei GPMF permettano finalmente che la formazione degli operatori dei servizi territoriali sia possibile attraverso operazioni cliniche partecipate piuttosto che limitarsi a metodi di ordine semplicemente didattico. L'esperienza di questi anni, che vede da parte del nostro gruppo un progressivo incremento della proposta ai servizi dei SAdG e dei GPMF, è molto confortante e ci suggerisce che la formazione degli operatori debba essere il goal degli interventi psicoanalitici verso le istituzioni piuttosto che inseguire sterili proposte di adozione di terapie psicoanalitiche che, a nostro parere possono essere possibili solo se filtrate e costruite attraverso una precisa conoscenza delle caratteristiche reali che i servizi propongono.

Si tratta di costruire possibili setting originali, piuttosto che imporre modelli precostituiti, nella posizione squisitamente psicoanalitica di differenziare il non-processo del setting dal processo terapeutico (Bleger, 1967). Nella costruzione di setting originali accade l'accoglienza della sofferenza, mentre nella proposizione di setting necessari perché si sviluppi una "terapia psicoanalitica" può accadere la colpevolizzazione della sofferenza con la "costruzione di soluzioni feticistiche (-K). Quando diventano delle protesi, le teorie opacizzano l'esperienza e dotano alcuni suoi aspetti di una sorta di pseudo-sacralità" (Gaburri, Ambrosiano, 2003, 101).

Servizi e funzioni di accoglienza

Il percorso della domanda di un adolescente o di un soggetto in età evolutiva – insieme al suo intero sistema di appartenenza - ad un servizio territoriale è sempre particolare, Il servizio e l'operatore vengono investiti secondo modalità tumultuose o, al contrario, evasive. L'adolescente lascia solo intuire il suo enorme bisogno di dipendenza presentando la sua formale ed esagerata (maniacale) autonomia, la sua sufficienza. L'accoglienza del suo bisogno di aiuto può accadere attraverso la semplice sintonia con le sue modalità di *gioco* in cui tenta faticosamente di impersonare *l'adulto che diventerà*, e attraverso il rispetto, da parte dell'operatore e del servizio delle sue modalità impulsive, frammentarie e concrete di espressione del suo bisogno e delle sue capacità⁴.

⁴ "... il rapporto con l'adolescente, per potersi stabilire e sviluppare in tutte le sue potenzialità deve poter conservare, nel suo corso, tutta l'ambiguità che l'adolescente sente come necessaria... Quello che è fondamentale è che l'operatore rimanga lo stesso in tutto il corso del rapporto, che sia in grado di riconoscere e valutare le manifestazioni di transfert dell'adolescente nei suoi confronti, e che sia preparato a gestire gli eventuali sviluppi terapeutici del rapporto" (Novelletto, 1991, p. 110).

L'accoglienza deve essere *depositaria* e custodire attivamente soprattutto il bisogno di dipendenza che, non appena si annuncia nella scena affettiva della relazione terapeutica (di accoglienza), propone tumultuosi conflitti con l'interlocutore investito dell'ambivalente potenza genitoriale. Per questo motivo la fase di accoglienza deve permettere l'ingresso nel campo affettivo della relazione con un interlocutore adulto, autorizzare una sufficiente "ambiguità transizionale" (Novelletto, 1991), ma al tempo stesso garantirne sempre la consapevolezza di *governarne* il percorso senza il timore di poterne essere schiacciati (vincolati).

Attraverso gli interventi dei SAdG e dei GPMF è possibile si possano evidenziare le risorse e permettere il riconoscimento empatico del disagio psicologico del paziente e del suo intero sistema di appartenenza, cogliendo il disagio soprattutto come sforzo e fatica, piuttosto che come attacco o persino deficit. È nostra convinzione che gli operatori dei servizi debbano essere aiutati a riconoscere e a partecipare a queste dinamiche in modo diretto, prima che attraverso posizioni solo didattiche. Se la relazione di accoglienza è stata significativa, l'adolescente incarica (proietta su) l'operatore, la difficile *responsabilità* della sospensione della relazione che si è appena inaugurata. In questo senso la *solidità* dell'operatore e dell'istituzione, in modo speculare, promettono al giovane paziente la possibilità di relazioni affettive solide e non invasive. La fase dell'accoglienza è molto delicata e preziosa: è l'*incontro* in cui paziente, operatore e servizio propongono ciascuno il proprio registro comunicativo, la fragilità e la potenzialità di contenimento di cui sono capaci. È il *campo* in cui, attraverso varie *mosse*, si cerca la sintonizzazione del linguaggio e il giovane paziente, nella stabilità del servizio e nell'autenticità dell'operatore, cerca faticosamente di depositare la propria fragilità, ma, al tempo stesso, la propria enorme, densa, vitalità: "Per l'adolescente è essenziale avere l'impressione che le sue angosce e i suoi timori hanno ricevuto

riconoscimento e comprensione, e che le sue preoccupazioni relative a se stesso non sono state liquidate o equivocate” (M. e M. E. Laufer, 1984, 215).

I servizi territoriali risultano – volenti o nolenti –, il primo approdo inevitabile delle fasi di breakdown adolescenziale. La posizione psicoanalitica conosce bene quanto lo stato di breakdown sia uno stato del Sé particolarmente pervaso da configurazioni disfunzionali, ma in cui, comunque, a vario livello, sono presenti anche configurazioni del Sé funzionali e narcisisticamente organizzate (Boccaro, Faccenda, Gaddini, Riefolo, 2012).

Sono le configurazioni che tentano di organizzare lo stato di breakdown secondo modalità dissociative patologiche deliranti o allucinatorie, oppure sono configurazioni che negano con ogni mezzo il riconoscimento di aiuto. Non solo il terapeuta, ma l'intero sistema degli operatori del servizio, rispetteranno e non attaccheranno queste configurazioni egosintoniche, mentre si concentreranno sulle configurazioni che sebbene negate dal paziente risultano particolarmente attive ed evidenti. Nella fase di breakdown le configurazioni che hanno una dimensione concreta spingono il paziente alla effettiva richiesta di aiuto. Ovvero: in qualche modo il giovane paziente (spesso insieme all'intero contesto di appartenenza...) accetta di essere presente all'incontro con noi; in qualche modo accetta di parlarci; in qualche modo fa operazioni concrete in cui, nonostante il suo progetto dichiarato, sta in sostanza chiedendo la presenza di un altro (ad es. tentativi autolesivi; situazioni di comportamenti irregolari in cui si fa scoprire...). Gli operatori dei servizi debbono essere aiutati a concentrarsi soprattutto verso le configurazioni più critiche e sospese che il paziente fa emergere. L'accesso, e la stessa richiesta di cura, è dovuta alla vaga sensazione da parte del paziente dell'emergere sempre più prepotente di configurazioni di Sé che l'Io segnala sempre più distoniche e disfunzionali. Sono configurazioni distoniche che il paziente presenterà

in una dinamica continuamente alternata e confusa con le configurazioni più funzionali. La situazione analitica utilizza lo stato di frustrazione ottimale del setting e la regressione del transfert per mettere in evidenza le configurazioni del Sé più disfunzionali che, durante la vita corrente, il paziente riesce a tenere meglio nascoste e marginali.

La psicoanalisi, oltre che essere un dispositivo terapeutico specifico, può sostenere, a nostro parere, una formazione continua degli operatori dei servizi perché possano cogliere le configurazioni del Sé del paziente sentite più disfunzionali, ovvero quelle che spingono il paziente, in un modo a lui poco chiaro, ma attivo, a chiedere l'aiuto di un servizio prima ancora che di un terapeuta. La posizione analitica può aiutare l'operatore a *modificare* continuamente il proprio setting al fine di trovare livelli di regressione comunicativa tali che possano permettere una comunicazione sintonica col paziente.

In questo i servizi territoriali sono un'importante occasione di setting perché un paziente, particolarmente i pazienti giovani magari nella fase di breakdown, possa trovare un'accoglienza laddove, altri tipi di setting più evoluti e discriminati sarebbero incapaci di offrire. Il progetto, in questi casi, è la posizione squisitamente psicoanalitica, di accettare di *modificare* il setting ad oltranza senza *alterarlo*, ovvero senza mai perdere la funzione analitica accettando di buon grado di “restare psicoanalista in ogni circostanza, comprese quelle situazioni dove è apparentemente impossibile restarlo se non nell'arte sottile di cessare psicoanaliticamente di esserlo...” (Cahn, 2002, p. 8).

Percorsi di terapie possibili

I servizi che accolgono giovani pazienti devono essere organizzati non solo a tollerare, ma persino a dare significato alla

discontinuità e frammentarietà attraverso cui viene portata la domanda di aiuto. Dopo una iniziale e magari frammentaria fase di accoglienza, in qualche modo il paziente ha modo di “ripresentarsi”. La formazione degli operatori deve sostenere proprio queste capacità di lettura trasversale agli eventi di ordine concreto. Quando si configura, quindi, un ritorno è importante che proceda alla condivisione di un percorso terapeutico che, ora, può costruirsi sul riconoscimento più esplicito da parte del giovane paziente e del suo contesto di appartenenza di bisogno di aiuto. Il terapeuta si sente autorizzato - proprio dal ritorno del paziente - a proporgli la propria rappresentazione della sofferenza. Può sospendere per un attimo la relazione di *gioco*, e proporre un progetto impegnativo ad un paziente che ha diritto di emanciparsi dalla propria sofferenza e di diventare adulto: “L’individuazione⁵ implica che la persona che cresce prenda crescenti responsabilità per ciò che fa e ciò che è, invece di lasciare questa stessa responsabilità sulle spalle di coloro sotto la cui influenza e tutela è cresciuto” (Blos, 1962).

Il setting si organizza su elementi di verità e le *regole* possono gradualmente essere introdotte come strutture di contenimento e non come attacco alla necessaria *dipendenza*. Nella costruzione dei setting possibili diventa centrale la condivisione con gli altri operatori del servizio della suddivisione dei ruoli che ciascuno sarà chiamato a giocare sulla scena del servizio ed è anche necessario che, insieme al giovane paziente si conoscano anche gli altri personaggi del contesto di appartenenza e, soprattutto, le dinamiche che le legano in modo violento e coatto. La storia del paziente nello scenario del servizio si arricchirà gradualmente di

⁵ Blos (1962) allude a ciò che definisce “secondo processo di individuazione, in quanto il primo è stato completato verso la fine del terzo anno di vita con il raggiungimento della coscienza del Sé e la costanza dell’oggetto. Entrambi i periodi condividono la necessità urgente di modificazioni della struttura psichica in assonanza con la spinta in avanti della crescita”.

personaggi dell'ordine familiare che fino a quel momento il paziente esclude in modo onnipotente dalla propria vita rinunciando violentemente a pezzi significativi della propria storia. Soprattutto gli interventi di GPMF a cui possano accedere tutte le figure di operatori appartenenti al servizio, permettono in questi casi la conoscenza diretta delle violente dinamiche familiari di cui il giovane paziente si elegge portatore. Nel film *Smoke* (1995), attraverso l'incontro fortuito con la zia di Rashid, Paul può finalmente conoscere un'altra versione della storia (quella vera?) che confronta con quella che conosce attraverso la sua relazione con Rashid: lo scarto ha il senso della *diagnosi*⁶.

Il terapeuta, come ogni altro operatore del servizio, a sua volta, non può necessariamente evitare il coinvolgimento massivo che si attua sia sul piano affettivo che sul piano concreto, chiamato, comunque al difficile compito della non collusione invasiva e passivizzante col paziente. La relazione terapeutica significativa permette al paziente di ritrovare, poi, e riconoscere i propri *interlocutori genitoriali* non più idealizzati e distanti, ma riconosciuti nella loro autentica realtà. Si possono allora riscoprire legami ed insostituibili affetti discreti.

I SADG e i GPMF permettono che ciascun operatore possa fare esperienza diretta di queste dinamiche che tra Rashid, Paul, la zia e “quel figlio di puttana di mio padre” si svelano direttamente sulla scena del servizio. La formazione viva degli operatori del servizio permette che queste dinamiche si inscrivano nel campo relazionale terapeutico di cui i pazienti (e, per parte loro, gli operatori...) necessitano.

The end.

In tutte le terapie il miglioramento si misura nella capacità di

⁶ Nel percorso dell'accoglienza si tratta piuttosto di una “*diagnosi prolungata*” (Senise, 1983).

tollerare la separazione *reale* da oggetti di transfert, da figure di attaccamento, riportando fuori della terapia la ricerca di sempre nuovi Oggetti-Sé. Nella nostra esperienza, prima che di separazione, si tratta di una diversa modalità di mantenere una dipendenza (Kohut) che durante la terapia è concreta e reale, attivata dal transfert e contenuta e limitata dal setting. Nel miglioramento del paziente tale relazione può essere mantenuta in modalità interna dove il paziente si sente autorizzato ad organizzare un dialogo continuo con un analista interno. L'analista interno è al tempo stesso una base sicura; un oggetto che ti restituisce vitalità ed identità. Si tratta della possibilità di mantenere il dialogo ben oltre il setting. Gli analisti- soprattutto quelli che si occupano di adolescenza - sanno bene che *base sicura* è diverso da *processo terapeutico*.

È la condizione di fondo che deve essere interiorizzata ben oltre la dimensione concreta e reale. Nella nostra esperienza con pazienti molto gravi, psicotici e border nei servizi, è indipendente dalle condizioni concrete che si offrono ai pazienti per le cure, anzi spesso condizioni difficili del contesto concreto esaltano la dimensione di possibile "attaccamento sicuro", poiché condizioni precarie del setting esaltano la condivisione di sintonia che il terapeuta riesce ad offrire al paziente per le sue difficoltà. Nei processi più specificatamente a carattere analitico questa sintonizzazione passa attraverso la condivisione della fatica, impotenza e dolore che l'analista comunica al paziente attraverso espliciti, ma soprattutto implicite comunicazioni di *Self Revelation* (Levenson, 1996).

L'analista lavora perché il paziente lo usi non tanto come Oggetto-Sé, ma come esperienza di poter trovare e costruire continuamente Oggetti-Sé. È la differenza che Winnicott proporrrebbe tra madre ambiente e oggetto; o Bowlby tra base sicura e madre compagna.

Dal nostro punto di vista un buon esito della terapia è il man-

tenimento di un dialogo intimo, implicito, con l'analista ben oltre la fine (ma già durante) del trattamento analitico.

... e oltre.

Il giovane paziente può trovarsi incredibilmente cresciuto e capace di prendersi cura delle figure genitoriali che nel suo percorso di crescita e di emancipazione sentiva di poter ferire irrimediabilmente. Questo deve poter accadere puntualmente anche negli scenari dei servizi: pazienti che, nel transfert, devono poter avere la possibilità di “prendersi cura” di noi garantiti dalla nostra stabilità ad impedire che tale ribaltamento di ruoli possa configurare confusione e perdita dei riferimenti di ordine genitoriale: “altrimenti il paziente sentirà che a causa di ciò che l'analista gli ha dato, l'analista lo possiede (...). Mancando il senso di un Terzo differenziante condiviso, il paziente non ha nulla da restituire, nessun impatto o intuizione che cambierà l'analista” (Benjamin, 2017, 40).

Paul racconta a Rashid una storia che rappresenta il percorso difficile e denso dell'adolescenza verso l'identità adulta e, sullo sfondo, il possibile percorso della relazione terapeutica. La storia che Paul racconta a Rashid è di un esploratore che, dopo lo scioglimento del ghiaccio invernale, scopre casualmente il corpo ibernato di suo padre morto violentemente molti anni prima seppellito da una valanga: *“La cosa strana è che il padre è più giovane di quanto non sia ora il figlio. Il ragazzo che è diventato adulto, si vede più vecchio del padre”*.

Rashid, solo ora può confessare che sta compiendo 17 anni e, al commosso Paul che gli chiede come mai non lo avesse detto prima, ribadisce il proprio statuto di adolescente: *“Non mi piace pianificare le cose in anticipo, preferisco prenderle come vengono”*.

Riferimenti bibliografici.

- Aron L., Atlas G. (2017), *Dramatic Dialogue: Contemporary Clinical Practice*, Routledge, New York.
- Balint M. (1968), *La regressione*, Cortina, Milano, 1983.
- Benjamin J. (2017), *Il riconoscimento reciproco*, Cortina, Milano 2019.
- Bleger J. (1967), Psicoanalisi del setting psicoanalitico, in C. Genovese, a cura di, *Setting e processo psicanalitico*, 243-256. Cortina, Milano (1988).
- Blos P. (1962), *L'adolescenza: una interpretazione psicoanalitica*, F. Angeli, Milano, 1971 (cfr. soprattutto il II cap.)
- Boccara P., Faccenda N., Gaddini A., Riefolo G. (2012). Il breakdown psicotico come particolare stato del Sé, *Rivista di Psicoanalisi*, LVIII, 1, 7-28.
- Boston Change Process Study Group (2010), *Il cambiamento in psicoterapia*, Cortina, Milano, 2012.
- Bromberg Ph. M. (2006), *Destare il sognatore*, Cortina, Milano, 2009.
- Cahn R. (2002), *La fine del divano?*, Borla, Roma, 2004.
- Gaburri E., Ambrosiano L. (2003), *Ululare con i lupi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Ghent E. (1990), Masochism, submission, surrender. *Contemp. Psychoanal.*, 26: 108-136
- Hill D. (2015), *Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico*, Cortina, Milano, 2017.
- Jaques E. (1970), *Lavoro, Creatività e Giustizia sociale*, Boringhieri. Torino (1978).
- Laufer M., Laufer M. E. (1984), *Adolescenza e breakdown evolutivo*, Bollati-Boringhieri, Torino, 1986.
- Levenson E.A. (1996), Aspects Of Self-revelation and Self-disclosure. *Contemp. Psychoanal.*, 32:237-247.
- Nissim Momigliano L. (1988), Il setting: tema con variazioni, *Riv. Psicoanal.* 34, 605-683.

Novelletto A. (1991), *Psichiatria psicoanalitica dell'adolescenza*, Borla, Roma.

Ogden Th. (1991), *L'identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*, Astrolabio, 1994, Roma.

Riefolo G. (2017), Dinamiche di lamentazione nei servizi territoriali, *Riv. Sperimentale di Freniatria*, CLI, 1, 75-94.

Senise T. (1983), Per l'adolescenza: psicoanalisi o analisi del Sé?, in G. Lanzi, a cura di, *L'adolescenza*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Stern D. (2004), *Il momento presente*, Cortina, Milano, 2005.

Stern D. (2010), *Le forme vitali*, Cortina, Milano, 2011.

Film citato:

Smoke (1995), di Wayne Wang.

Introduzione all'uso del Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF) all'interno dei Servizi per adolescenti

Il GPMF viene usato da molti anni in parecchi Servizi Psichiatri italiani e stranieri, sia in Servizi Psichiatri di ricovero, sia in Servizi Psichiatri ambulatoriali, che si occupano di pazienti adulti e delle loro famiglie.

Da molto tempo si sentiva l'esigenza di proporre il suo utilizzo anche nei Servizi che si occupano di minori, in particolare in quelli per gli (che si occupano di) adolescenti.

Come sentiremo tra breve, due esperienze, iniziate da pochi mesi, si svolgono in modi diversi: la prima viene gestita da operatori del TSRMEE di Novara, la seconda, insieme, da operatori del TSMREE e del CSM per adulti dell'8° Municipio di Roma.

Una terza esperienza, infine, è nata a Roma, in una borgata difficile della periferia romana, tristemente famosa perché, in alcune occasioni, mezzi della pubblica assistenza sono stati addirittura "attaccati" dagli abitanti del quartiere, così come è accaduto ad auto della Polizia di Stato.

L'idea di fondo degli amministratori è di intercettare il disagio prima ancora che si manifesti attraverso l'emersione di sintomi conclamati.

Ma torniamo alle prime due.

La prima si svolge, come detto, a Novara, su iniziativa di una collega neuropsichiatra infantile, Michela Melillo e della équipe territoriale che lavora con lei. Era partita già prima del Covid, salvo poi doversi fermare e riprendere, successivamente, alla progressiva riduzione del pericolo costituito dal Covid stesso.

L'esperienza è apparsa, da subito, particolarmente ricca, sia

per quanto riguarda la presa in considerazione di nuclei familiari in cui siano presenti adolescenti, sia di quelli in cui siano presenti anche bambini più piccoli, magari i fratelli degli adolescenti in questione.

La presenza di giovani e giovanissimi ha vivacizzato il gruppo e ha condotto alla formazione di una situazione in cui, finalmente, tutte le persone facenti parte del nucleo potessero sentirsi accolte con le loro difficoltà, ma anche con le loro potenzialità di cambiamento.

Il secondo gruppo è nato con un taglio leggermente diverso: la sua nascita è legata alla difficoltà incontrata dai due Servizi, il TSMREE e il CSM dell'8° Municipio di Roma, a proposito del passaggio da un Servizio all'altro dei pazienti e delle loro famiglie al momento del compimento del 18° anno di età. Il GPMF è nato su iniziativa di Fausta Calvosa.

Poiché tale passaggio si è sempre rivelato problematico, in primo luogo dal punto di vista della necessità di garantire l'adeguata continuità dell'intervento stesso, agli operatori dei due Servizi in questione è venuto in mente di strutturare un GPMF insieme. In modo di omogenizzare lo stile complessivo di intervento fornito, a quel punto, da entrambi i Servizi.

Il risultato è stato costituito dal venirsi a determinare di un unico stile di intervento che accomuna gli operatori di due Servizi diversi. Che possono così passarsi più tranquillamente il testimone ad intervenire nei casi di adolescenti che, come sappiamo, sono particolarmente difficili, senza che si determini una discontinuità tra l'intervento dell'uno e quello dell'altro Servizio, al momento del compimento del 18° anno di età, da parte del paziente.

Evidentemente, così facendo, può divenire più semplice l'entrata e l'assimilazione del TSMREE all'interno del Dipartimento di Salute mentale (DSM), altrimenti di non facile attuazione proprio per le differenti eredità culturali presenti nei due Servizi, per bambini e per adulti.

La terza esperienza si situa nella difficile posizione di un Servizio volto a intercettare i bisogni emergenti di una popolazione in cui il mestiere di crescere una famiglia, alla luce dei sommovimenti in corso nella popolazione nel suo complesso, appare sempre più complicato e difficile.

Come intraprendere il difficile cammino per evitare di giungere alla definizione del paziente e al suo riconoscimento in quanto tale, con il rischio della precoce formulazione di una diagnosi, che tanto può pesare, in senso negativo, sui destini dell'evoluzione di quel bambino nel tempo?

Il metodo tentato è quello del Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare: chiedendo alle persone di mettere a confronto, come se si trattasse delle famiglie di un villaggio, le proprie esperienze di vita, con lo scopo dichiarato che nessuno è portatore di una verità assoluta, che a tutti viene offerta la possibilità di prendere la parola ed esprimere quello che ritiene opportuno, senza pretendere di avere ragione, ma con l'obiettivo dichiarato di imparare gli uni dagli altri.

Io ritengo che ci troviamo di fronte ad una “nuova frontiera”: uscire dal campo del patologico già individuato, e rientrare nella società, per parlare di una sofferenza che fluttua tra le persone, prima ancora e, per certi versi, proprio per evitare che si stabilizzi in uno dei componenti del nucleo familiare.

Non è un compito facile e proprio per questo uso il termine “nuova frontiera”.

Possiamo pensare, d'altronde, che la nostra vita si trasformi sempre più in qualcosa che viviamo nello scenario virtuale, oppure proviamo a rientrare nella realtà, a riacquistare connotati umani e riprendiamo a confrontarci tra di noi proprio per imparare gli uni dagli altri?

Mi sono venuti in mente una serie di episodi che mi sono accaduti quando avevo i figli piccoli: ad un certo punto, iniziammo ad andare alla ricerca, nel Lazio, di luoghi in cui camminare insieme ad altre famiglie, anch'esse con figli coetanei dei nostri.

Ben presto, quella che era iniziata come una gita fuori porta del tutto occasionale si trasformò nella consuetudine di fare passeggiate in gruppo, durante le quali chi aveva problemi nella sua famiglia, in quel momento, finiva per confidarsi e chiedere aiuto a chi ne aveva un po' di meno, in quello stesso momento.

Allora non avevamo idea di quello che stavamo facendo, oggi sì.

Forse è una funzione naturale che va riscoperta: ritrovare la fiducia nel dialogo con gli altri non per far prevalere la propria opinione su quella degli altri, ma per confrontarsi ed imparare umilmente dalle differenze.

Magari questo potrebbe pure essere utile alla società di domani...

*UN GRUPPO DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE PER
FAMIGLIE CON ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI OR-
GANIZZATO IN COLLABORAZIONE TRA CSM E TSMREE*

Fausta Calvosa

Descriviamo una seduta di gruppo

Paolo comincia a parlare per primo, è il papà di un figlio adottivo che ha manifestato episodi critici in adolescenza con disturbi comportamentali gravi, per cui ora è costretto a casa con misure di sicurezza che ne limitano fortemente la possibilità di movimento; la moglie e il figlio, che abitualmente frequentano il gruppo, non sono ancora arrivati, sono in ritardo. Con voce accorata Paolo dice che desidererebbe che il figlio parlasse di più del suo passato, perché pensa che potrebbe fargli bene. Poi racconta che a volte lo punzecchia, ad esempio la sera prima, parlando del suo compleanno, che sarebbe stato il giorno seguente, aveva chiesto al figlio se gli dispiacesse avere un genitore così grande d'età. Partendo dalle età dei genitori era riuscito a parlare della madre naturale del figlio, che sapeva essere molto più giovane di lui. Quindi gli aveva chiesto se avesse mai avuto il desiderio di incontrarla e Dimitri si era arrabbiato. La moglie, che nel frattempo è arrivata, interviene nello stesso momento in cui entra dalla porta Dimitri, dicendo "Ha fatto bene!".

Durante questa esclamazione Dimitri, appena arrivato, si siede, si guarda intorno, sembra si senta un po' osservato e il gruppo rimane in silenzio.

Un operatore allora gli racconta in breve ciò che è stato detto in sua assenza e Dimitri dice chiaramente che lui trova molto faticoso parlare del suo passato.

Paolo interviene dicendo invece che sarebbe importante lo facesse, pensa infatti che con i suoi racconti potrebbe aiutare anche altri ragazzi del gruppo. Un operatore si inserisce sottolineando

come Paolo stesse parlando al posto di Dimitri, supponendo di sapere ciò che, a suo parere, sarebbe stato utile al figlio. Invita quindi Paolo a provare a parlare di sé e del suo passato, lasciando poi il tempo a Dimitri di parlare di sé stesso, quando se la fosse sentita.

Così Paolo racconta la sua storia partendo dal principio, dal suo concepimento: “mi hanno concepito mentre mio padre coltivava il grano”, di come lui fosse un bambino molto viziato “ero il più piccolo e tutti dovevano fare quello che dicevo io”. Tutta via con la morte del padre, quando aveva sei anni, la sua vita era cambiata molto. Il padre era morto all'improvviso, annegato in un lago per accendere i fuochi d'artificio il giorno della festa del patrono: “io l'ho salutato e poi non l'ho più visto”. Il dolore della sua morte è presente ancora oggi: “è rimasto in acqua per quattro giorni, ricordo ancora che cosa sognavo mentre lo cercavano, sogni rossi e neri. Ricordo il funerale come se fosse un film: noi che saliamo nella piazza illuminata dal sole dalla via principale. Però siamo rimasti soli, il lutto non ci ha uniti, anzi ci ha allontanati. Mi ricordo che mi ero chiuso in casa e piangevo prima del funerale, una persona mi aveva chiesto perché piangessi e io gli avevo risposto che ero l'unico a non avere fiori. Allora mi aveva dato un enorme mazzo di fiori, era alto come me, non li ho mai più visti fiori così belli, e mi ricordo che mentre camminavo per andare in chiesa inciampavo su questi fiori. Poi, arrivato in chiesa, mi sono seduto, dopo un po' di anni mi sono reso conto che mi siedo sempre allo stesso posto in chiesa, dove stavo il giorno del funerale di papà. Non mi accorgo di farlo, però mi siedo sempre nello stesso posto”.

Racconta che dopo la morte del padre ha sentito di non essere più bambino e di essersi sentito sempre molto solo. In particolare quando era stato mandato in collegio, era ancora molto piccolo, non riusciva a farsi degli amici, anche lui si era sentito orfano molto presto. Dopo il collegio si era trasferito a Roma nella casa per gli studenti e si era impegnato molto nello studio, per non

dover tornare al paese. Dopo il liceo aveva iniziato l'università pagandosi gli studi con mille lavori diversi, per non dover chiedere soldi alla madre, con la quale, dopo la morte del padre e il trasferimento in collegio, non aveva più avuto molti rapporti.

Il racconto è molto lungo e coinvolgente. Alla fine, dopo qualche istante di silenzio, Dimitri interviene: "Non avevo mai sentito questa storia: qualcosa sapevo però non tutto". Sembra molto colpito e partecipe dell'emozione del padre.

Tutto il gruppo è coinvolto, il racconto di Paolo sembra aver mosso le emozioni di tutti.

Dopo un breve silenzio, prende la parola la mamma di un giovane 17enne, che sta vivendo un periodo molto difficile con violenti scontri intrafamiliari, comincia a raccontare di episodi critici, a cui in passato aveva solo accennato, che riguardano la sua famiglia d'origine.

Ho riportato un frammento di una seduta del Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF) dedicato alla fascia d'età 16-24, che, con frequenza settimanale, teniamo presso un centro diurno della ASL Roma 2; si tratta di un progetto, avviato dopo la pandemia, di collaborazione tra CSM, TSRMEE (servizio per l'età evolutiva) e Centro Diurno dello stesso distretto, nell'ambito dei progetti d'intervento integrato per i giovani che manifestano episodi di breakdown psicotico.

Da quando il servizio per l'età evolutiva, circa due anni fa, è stato annesso al Dipartimento di Salute Mentale, è stata rilevata l'esigenza di riflettere circa le modalità di passaggio, dal TSRMEE al CSM, dei casi complessi, e sull'opportunità d'immaginare un intervento integrato e specifico per gli adolescenti e giovani adulti.

La sfida che abbiamo pensato di affrontare, nasce dall'ipotesi che introdurre un GPMF, associato a percorsi terapeutici classici, individuali e familiari, nel trattamento di giovani con breakdown evolutivo, permetta di allargare il contesto terapeutico e

di considerare la complessità in cui tali situazioni si sviluppano, evitando ogni logica riduzionistica. Coinvolgere le famiglie, in cui tali crisi si sviluppano, con altri nuclei familiari che vivono situazioni analoghe, e, nello stesso tempo, mettere a lavoro insieme più operatori, ognuno con il suo bagaglio di formazione ed esperienza, in un gruppo in cui si è tutti “alla pari”, e dove ciascuno può esprimere la propria opinione, senza il timore di essere giudicato, permette di creare: “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” (Balsamo, 2018, 401).

Speranza che ci spinge a ipotizzare che alcune situazioni critiche, affrontate con questo intervento terapeutico integrato, possano riprendere il percorso evolutivo interrotto e non evolvere in franchi disturbi psichiatrici.

Come sostiene Garcia Badaracco, una crisi psicotica è sempre una condizione complessa che “si situa nel cuore della patologia della rete familiare”, all’interno della quale una persona è rimasta “intrappolata” (Garcia Badaracco, 2000). Non tener conto di questa complessità e limitare l’intervento terapeutico esclusivamente al soggetto portatore del sintomo psicotico, espone inesorabilmente al rischio di fallimento. Secondo lo psicoanalista argentino, infatti, la malattia mentale riguarda sempre almeno due persone (Garcia Badaracco parla di “folie a deux” riprendendo la teoria di Lasegue e Farlet del 1877), ed è legata alla necessità di un genitore che non riesce a vivere la separazione dal proprio figlio e viceversa. Entrambi rimangono incastrati in una relazione narcisistica, che non permette a nessuno dei due membri della coppia di separarsi e in cui i ruoli di vittima e carceriere sono interscambiabili (Garcia Badaracco, 1986).

Inoltre, molto spesso, nei pazienti che sviluppano crisi psico-

tiche, troviamo una storia di situazioni traumatiche che impattano sul processo di soggettivazione dell'Io immaturo dell'adolescente. Il genitore, infatti, appare a sua volta ingaggiato nell'impossibilità di vivere la separazione da quel figlio, in quel momento della sua vita, poiché il figlio diventa il contenitore degli aspetti dissociati e traumatici del genitore stesso.

Così, perché il soggetto possa abbandonare quelle posizioni identificatorie da cui è stato massicciamente investito, e avviare un processo di soggettivazione, può essere essenziale la co-presenza dell'oggetto, talvolta unico depositario di quella storia altrimenti cancellata, per le sue irruzioni violente nelle vicende psichiche dell'individuo in formazione. Queste vicende, che rischiano di divenire evento inconoscibile e indicibile, nella realtà delle interazioni di un gruppo di psicoanalisi multifamiliare, sono riattivate e, spesso, si presentano sia dispiegandosi nelle dinamiche delle famiglie partecipanti, che nei transfert multipli, permessi dal rispecchiamento. Le vicende familiari tornano anche nel ricordo, difficilmente accessibile e troppo doloroso per essere sostenuto, portato dal testimone stesso, che si sente accolto nell'atmosfera tollerante del gruppo multifamiliare.

Come abbiamo già affermato in un recente lavoro pubblicato sulla Rivista di Psicoanalisi: "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 suscitare nel paziente il timore di distruggere l'altro della relazione diadica.

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 di espressione inedita, anche attraverso i transfert multipli tra le diverse famiglie partecipanti. Così l'immagine

dell’“oggetto che ha fatto impazzire” un figlio, che è strettamente in relazione all’esperienza del genitore con i suoi oggetti primari, può essere evocata dal racconto di un altro genitore o dalla interazione 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” (Buonanno, Calvosa, Narracci, 2022).

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, come avviene nel GPMF (Narracci e Garcia Badaracco, 2011).

Durante l’Ateneo, che segue il GPMF, gli operatori provano ad analizzare quello che è successo nel gruppo: Paolo raccontando la sua storia di orfano, riattraversando il suo dolore per il lutto così precoce del padre e il successivo sradicamento in un ambiente completamente nuovo, “il collegio”, ha cominciato a riappropriarsi della sua parte fragile e sofferente permettendo forse al figlio di avviare un percorso di disidentificazione e soggettivazione. Ovviamente le vicende traumatiche di Dimitri vanno ben oltre le vicende di Paolo, in una situazione di estrema complessità in cui ogni tentativo semplificatorio sarebbe riduzionista, ma a tutti sembra un buon punto di partenza per Dimitri e per il gruppo per avviare un processo di differenziazione. Lo dimostra il movimento che genera il racconto di Paolo in un altro nucleo familiare presente nel gruppo, in cui una madre comincia finalmente a riflettere sulla propria storia, carica di “violenze”, che sembra ripetersi “identica” nella sua famiglia attuale.

Riferimenti Bibliografici

Balsamo M. (2018), Costellazioni psicoanalitiche. Una rilettura di costruzioni in analisi. *Psiche*, vol. 2, 397-420.

Buonanno A, Calvosa F, Narracci A (2022), La teoria dell’“oggetto che fa impazzire” di Badaracco: i Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare nella clinica della psicosi. *Rivista Italiana di Psicoanalisi*, 2, 375-391.

Garcia Badaracco J.E. (1986), Identification and its Vicissitudes in the Psychoses. The Importance of the Concept of the “Maddening Object”. *Int Journal Psychoanal.*, 63, 133-146.

Garcia Badaracco J.E. (2000), *Psicoanalisi multifamiliare*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

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

IL LAVORO TERAPEUTICO CON I GIOVANI ALL'INTERNO DI UNA COMUNITÀ TERAPEUTICA

Alessandro Antonucci, Anna Correale

Il lavoro terapeutico residenziale con ragazzi tra i 17 e i 25 anni al massimo, richiede che si tengano in considerazione alcuni punti concettuali molto importanti.

Questi ragazzi devono costruire l'intera loro vita e non aggiustarla o riportarla ad un equilibrio accettabile, c'è da costruire un'intera esistenza senza che vi siano stati, nella maggior parte dei casi, vissuti o esperienze a cui far riferimento. Ciò apre le porte a sentimenti di vuoto, di indefinitezza e fragilità, ad esperienze depressive e di paura, a interrogativi esistenziali a cui è difficile rispondere.

Spesso bisogna dare un significato ad esperienze che per brevità definiamo psicotiche o a comportamenti disregolati di tipo impulsivo o schizoide. Anche i genitori di questi ragazzi, nella maggior parte dei casi, sono persone giovani che, per varie ragioni, non sono riuscite nel loro intento di aiutare i figli a crescere in equilibrio, sia da un punto di vista affettivo che emotivo e psicologico. Ci teniamo a sottolineare che ciò non rappresenta una colpa, né tantomeno un'accusa nei loro confronti, bensì deve essere letto come una concausa importante rispetto all'emergere della patologia proprio in quel figlio.

Questi ragazzi non richiedono di essere "aggiustati", tranquillizzati, calmati e di essere restituiti alla società "funzionanti", bensì hanno bisogno di essere aiutati a tornare <soggetti> attivi del proprio esistere. Essere soggetti di una esistenza implica restituire loro la responsabilità delle decisioni e delle scelte attraverso cui interpretare i propri desideri e necessità. Con questo bagaglio possono rientrare in società più sicuri di sé e della strada che prenderanno.

Si potrebbe osservare che questo tipo di richiesta in realtà proviene da ogni utente in difficoltà, a qualsiasi età, e questo

penso sia in gran parte vero, tuttavia riteniamo che questa richiesta sia tanto più forte quanto più si è giovani e non si hanno parametri di riferimento. Persone che hanno 30 o 40 anni hanno già avuto diversi momenti di crisi, hanno una vita familiare segnata da un numero maggiore di eventi, magari hanno già tentato con maggiore o minore successo un'esperienza lavorativa; si tratta cioè di esperienze che offrono parametri di riferimento rispetto ad un percorso riabilitativo, mentre nel caso di ragazzi molto giovani si tratta di aiutarli a strutturare una narrazione della loro vita.

La comunità terapeutica che ospita questi ragazzi giovani ha il compito di entrare in un rapporto reciproco ed intenso con loro, cercando di costruire un clima confidenziale, autentico ed onesto tale da poter permettere il costruirsi di dinamiche di transfert e controtransfert tra ragazzi ed operatori. Il poter leggere queste dinamiche rispetto agli oggetti interni dei ragazzi è fondamentale per capire il loro crescere, il loro andare avanti in merito a richieste di ascolto o bisogni di tenerezza, di assicurazioni o necessità di conflitto.

La dimensione dell'onestà è imprescindibile per l'operatore e per onestà intendiamo la capacità di essere veri, senza retropensieri, autentici nel proprio rapportarsi. Questi giovani devono avvertire che non si può giocare o scherzare sulla loro vita, nessuno, neanche loro. Si può essere ironici, anzi, sarebbe auspicabile esserlo, assumendolo come tratto che esprime in una maniera sdrammatizzante un prendersi cura, un sorridere insieme, un comprendere anche i non detti o gli aspetti a cui è difficile accedere.

Questi concetti che possono apparire ovvii, o condivisibili, in tanti anni di lavoro raramente li abbiamo visti realizzarsi in comunità per giovani.

Per lo più abbiamo verificato la presenza di interventi di natura cognitivista e comportamentale, che insegnava ai ragazzi

come riconoscere e prevenire sintomi psicopatologici e di disregolazione, che svolgeva incontri con i familiari per educarli su come comportarsi a casa con i loro figli disequilibrati.

Si tratta di un metodo di lavoro che può funzionare ed è consigliabile con i disturbi dell'umore, ma che non ha alcuna efficacia nel nell'aiutare il ragazzo a capire da dove proviene il disagio che menzionavamo poco sopra. Questo metodo di lavorare che tiene sostanzialmente separati i ragazzi dai genitori, definisce la situazione familiare come se genitori e figli fossero indipendenti invece che interdipendenti, come se l'essere stati figli da parte dei genitori non c'entri nulla rispetto alla fase di crescita del loro figlio in famiglia. Tutto ciò ci suggerisce l'immagine di un ragazzo che rientra a casa dopo il riformatorio, con la speranza che l'istituzione l'abbia guarito o raddrizzato.

L'esperienza che proponiamo in questo scritto descrive la CT di un'importante asl romana, in cui è stato introdotto il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare.

Si tratta di uno strumento psicoterapico che permette di lavorare con le famiglie e i ragazzi contemporaneamente. Questo approccio osserva tre regole fondamentali per il procedere del gruppo: si parla una persona per volta, ci si prenota per poter parlare e non si pretende di avere ragione. Questo significa che si sta ad ascoltare l'altro in una dimensione di massimo rispetto, che gli interventi non avvengono solo sull'impeto di dover dare una risposta all'interno del dibattito, ma che quello che si ha da dire è filtrato da un tempo di attesa, perché possono esserci altre persone che devono parlare prima, permettendo così che nel frattempo si aggiungano altre associazioni. Infine in questo tipo di gruppo ognuno riesce a vivere la responsabilità di ciò che afferma, in un clima di ascolto, senza il timore che un genitore o qualcun altro abbia un atteggiamento di *overpower* sull'altro.

Questo approccio ha consentito ai ragazzi della comunità di conoscere meglio i propri genitori, ascoltando storie ed aneddoti mai uditi prima circa la loro vita. Ci siamo resi conto che anche

i genitori erano portatori di sofferenza, se non di disagio psichico, di rigidità caratteriali o di personalità disturbate e di quanto i ragazzi, e di come si fossero preoccupati e legati a loro con una modalità così intensa da lasciar da parte il proprio vivere.

Nel gruppo questo tipo di conoscenza reciproca ha permesso di aiutare genitori e figli a comprendersi meglio, ad avere una maggiore empatia reciproca. I ragazzi hanno potuto comprendere che aver lasciato da parte la propria esistenza, per vivere quella del genitore, aveva, alla lunga, prodotto livelli di sofferenza e di crisi, sfociate spesso in necessità di ricovero in psichiatria. E ai genitori di recuperare un baricentro su sé stessi, e di potersi occupare delle proprie sofferenze, senza passare attraverso i figli.

Tutto ciò sfatava aree tabù di cui non si poteva dire, aree talmente dense di sofferenza che lasciavano una comunicazione superficiale, non si poteva parlare di niente, se non in modo poco autentico e dissociato da questo nucleo problematico, che rimaneva per sempre un elemento persecutorio nella vita dei ragazzi.

Ricordo una storia in cui un ragazzo ascoltava per la prima volta il fatto che suo padre avesse comprato in un villaggio sua madre, appena ragazza, e che l'avesse pagata alla stregua di un animale.

Questa ragazza madre aveva iniziato a stare male psichicamente, e, con il parto di questo ragazzo, si era aggravata, e poco dopo se ne era andata di casa. Questa storia raccontata coraggiosamente dal padre sfatava aloni di falso romanticismo e restituiva alla storia la sua onestà e verità, per quanto drammatica. Inoltre parlava anche di come era lui, un uomo molto solo, di fatto isolato, che investiva tutta la sua vita su questo figlio < malato >. Quando emerse con evidenza questo aspetto di sé, non era assolutamente pronto ad occuparsi della propria vita in maniera differente.

Ebbene questo ragazzo da quel giorno ha iniziato a parlare e

a relazionarsi con gli altri ospiti e con gli operatori, a sorridere e a muoversi in modo sciolto e naturale. Quando l'ho incontrato quindici giorni dopo, in occasione della nuova seduta di Gruppo Multifamiliare (GPMF) non credevo a ciò che osservavo. Era cambiato molto, lui stesso mi disse che la seduta caratterizzata dal racconto del padre gli aveva permesso di capire tante cose e di sentirsi meglio, mi disse <adesso posso essere più padrone della mia vita>.

Per quanto riteniamo che questo strumento sia molto potente ed efficace sul piano della cura, non lo si deve intendere come "l'uovo di Colombo". Piuttosto si tratta di uno strumento che riavvia narrazioni, laddove queste erano divenute inesistenti, frantumate, interrotte. Il gruppo crea una temperatura emotiva tale da far accadere una reazione enzimatica che ad altre temperature sarebbe impossibile. A quella giusta temperatura le persone riescono a raccontare di sé, a fare collegamenti, a chiedere scusa, a dire che vivono dei dispiaceri, ad essere autentiche nel percepire dei miglioramenti di cui si sentono a qualche livello parte integrante.

Il gruppo diviene molto importante anche per quelle situazioni in cui i genitori sono adottivi. Molto spesso queste situazioni di crisi dei ragazzi lasciano smarriti i genitori adottivi che rimettono in discussione non tanto la genitorialità in quanto tale, bensì la autenticità dell'affetto che li lega. Si muovono in ambito familiare come se avessero fallito, come se fosse stato troppo difficile capire e accettare il ragazzo e non ce l'avessero fatta a conquistare il cuore.

È possibile che questi genitori avessero aspettative eccessive o non paramtrate alla realtà, ma soprattutto mancava la narrazione della loro storia e della adozione.

Via via che le storie adottive e personali prendevano piede all'interno del GPMF, un ragazzo riuscì a raccontare del suo dolore per la separazione dei genitori adottivi ed in seguito, per l'estate che sarebbe giunta da lì a poco, riuscì ad organizzare,

dopo anni, una vacanza tutti assieme che andò sufficientemente bene.

Un altro ragazzo invece chiese che partecipasse al gruppo suo fratello, anche lui adottivo, con pochissimi anni di differenza. La sua partecipazione era necessaria per il ragazzo della comunità per ripercorrere assieme quello che avevano vissuto durante l'adozione e gli anni successivi.

Le narrazioni sono indispensabili per costruire un terreno su cui edificare un'esistenza, narrazioni vere, autentiche, vissute, che possano sostituire dimensioni di vuoto interno che divengono poi mutismo e atteggiamenti di perplessità, e che si possano poi ricordare, raccontare e criticare. Così come quando De Gregori cantava: 'la storia siamo noi, nessuno si senta escluso'.

Gli operatori entrano in questo "fluire" accompagnando i ragazzi a rielaborare notizie ed informazioni, pronti ad essere interpreti di un gioco transferale che riattualizza conflitti come con i genitori. Così durante un GPMF i ragazzi in modo spontaneo avanzarono critiche nei confronti degli operatori che sentivano freddi osservatori del loro stare in CT, a volte poco sensibili alle loro richieste di parlare assieme e a volte severi guardiani. In quell'occasione gli operatori non reagirono con futili giustificazioni, futili in quanto non si trattava di dimostrare nulla in contrario, quanto di accogliere quella dimensione di sofferenza e di richiesta di maggior presenza.

Dissero che avevano via via conosciuto meglio le storie di quei ragazzi, all'inizio così strani e silenziosi, quasi pericolosi nella loro imprevedibilità. E che si erano ritrovati a svolgere un lavoro nuovo, per il quale non erano così preparati, e che, forse per questo o per stanchezza, avevano a volte fatto ritorno ad un precedente modo di lavorare.

Più complesso il lavoro in GPMF con i ragazzi che non hanno genitori, con i quali bisogna lavorare sui loro genitori interni. Si tratta di ragazzi veramente soli, abbandonati, che hanno genitori deceduti (durante viaggi migratori) o viventi ma in altri paesi.

Sono mutacici, non solo non parlano, ma non hanno espressioni del volto, amimici.

A volte è difficile anche coinvolgerli a partecipare al gruppo per quanto sono sfuggenti.

Tuttavia un ragazzo del Marocco, all'interno di una seduta del gruppo, raccontò di quanto il calcio fosse stato una dimensione che aveva unito lui a suo padre e ai suoi fratelli, per cui ad un certo punto si era commosso, lasciando dentro tutti una dimensione di vero dispiacere e cum-patire, nel senso di compassione. Ebbene la volta successiva lo avevo trovato a palleggiare e a giocare con altri ragazzi con un bel sorriso sul viso. Un segno importante di possibile ripartenza, e mi ero fermato anche io a scambiare due tiri con vero piacere. Mi aveva rimesso in contatto con il rapporto con i miei figli, cui da tempo non giocavo più a pallone riscoprendo in un momento l'importanza di un gesto che avevo perso.

Quella volta parlai di questo durante l'incontro del GPMF accorgendomi che la *self disclosure* con questi ragazzi è importante. Non bisogna eccedere per non ingombrare il campo di storie proprie, ma mentre con persone più adulte penso che non sia proprio il caso, a meno di situazioni particolari, i pazienti adulti hanno bisogno di una guida, con gli adolescenti invece la *self disclosure* permette di farti sentire membro del gruppo anche se allo stesso tempo sei un operatore importante. Permette di farti accogliere come un membro che non parla per frasi fatte o per esperienza sanitaria acquisita, ma per vita vissuta, per sofferenze esperite e questo ti rende vero, onesto nel tuo ruolo. Rimasero molto colpiti quando raccontai che mio figlio era disposto a rompermi il tavolo di legno della pizzeria dove stavamo sulla testa, perché avevo espresso remore e contrarietà alla sua scelta di filosofia all'università. Mi fecero molte domande a riguardo che capii fossero rivolte a comprendere la dimensione del conflitto tra genitore e figlio, la dimensione del dubbio e dell'incertezza come quella della fiducia verso le scelte autonome di un figlio.

La fine del gruppo fu salutata con un momento in cui ci si fumò una sigaretta tutti assieme, in un clima di intensa condivisione.

Vorremmo infine toccare un ultimo tema. Questo tipo di intervento psicoterapico che apre la strada a quello che diceva Bion riguardo la possibilità di potersi sentire sufficientemente sicuri da poter tornare ad essere insicuri e ripartire da lì per ripensare la propria esistenza, non può accogliere un tipo di riabilitazione così come la conosciamo oggi. Troppo spesso nei Centri Diurni sia pubblici che privati ci sono una serie di attività pre-stabilite e preconfezionate a cui i pazienti possono aderire.

Computer, arti creative, cucina, costruzione di gioielli a partire da elementi poveri, vetro, scrittura ed alcune attività creative. I giovani fanno molta difficoltà ad inserirsi in queste attività, spesso non riconosciute rispondenti al desiderio di costruire un'esistenza. Penso che la vera attività riabilitativa dovrebbe svolgersi a partire dall'interno della CT con iniziative che possano stimolare e promuovere la socialità, l'amicizia, la narrazione, il tempo per stare assieme e progettare lì delle attività che sono maggiormente desiderate.

IL GRUPPO DI PSICONALISI MULTIFAMILIARE AL CENTRO PER LE FAMIGLIE E I MINORI “LA GINESTRA”

*Bartolucci S., Dalba A.M., Pisano A.
LIPsiM e Cooperativa Rifornimento in volo*



Figura 1: Entrata del Centro per la Famiglia "La Ginestra"

Il Centro per la Famiglia “La Ginestra”, situato all’estrema periferia di Roma (tra il quartiere San Basilio e via Nomentana), è un progetto gestito dalla Cooperativa Rifornimento in Volo in partenariato con altri enti del privato sociale, finanziato dal IV Municipio di Roma, tramite i fondi della Legge 285/1997. Al fine di prevenire forme conclamate di grave disagio psichico e sociale, viene offerto gratuitamente aiuto psicologico, educativo e sociale a famiglie con figli minori ivi residenti. Si può accedere spontaneamente o su invio dei Servizi, della Scuola, talvolta anche su segnalazione delle Autorità Giudiziarie. Il luogo in cui si

svolge il progetto è una ex scuola con ampi spazi interni ed esterni, per ospitare molti tipi di attività, compresi seminari di formazione e tavoli interistituzionali.



Figura 2: Sala conferenze del Centro per la Famiglia

L'idea di Rifornimento in volo di introdurre il gruppo di psicoanalisi multifamiliare presso il Centro "La Ginestra" arriva a concretizzarsi, dopo una lunga gestazione, a luglio di quest'anno in occasione del seminario organizzato dal Laboratorio di Psicoanalisi Multifamiliare "La PMF nell'infanzia e nell'adolescenza". La sua preparazione è divenuta un dialogo Multifamiliare, che ci ha dato la possibilità di aprire uno spazio altro, nuovo, di incontro tra diverse esperienze istituzionali e differenti vissuti professionali. A novembre riesce a partire il primo incontro di Gruppo Multifamiliare con adolescenti. Questa scelta rappresenta per noi un "sogno sociale" e al contempo una sfida teorico-tecnica. Chi lavora con adolescenti e genitori conosce bene

le difficoltà per entrambi di poter stare nella stessa stanza di analisi. Gli adolescenti, intensamente impegnati nel *processo pubertario* (Gutton, 2000), propedeutico al *processo di soggettivazione* (Cahn, 1998), generalmente ricercano uno spazio privato per proteggere il proprio Sé nascente (*bisogno di segretezza*, Novelletto, 1986). L'eccessiva prossimità fisica presente nella stessa stanza tra genitori e figli può essere vissuta dall'adolescente come un pericoloso corpo a corpo, quando egli, fisiologicamente immaturo, sta mutando pelle (confine) in un delicato *processo di metamorfosi psicosomatico* (Carbone, 2010).

Essendo coinvolto l'intero *corpo familiare*, il confronto troppo diretto con i propri genitori può essere avvertito, infatti, come un'insostenibile effrazione (Dalba e Montinari, 2020). Al contrario, i genitori hanno ancora bisogno di entrare nella stanza del figlio, mal tollerando, talvolta, di procedere separatamente ad una diversa distanza. Per queste ragioni, ci siamo chiesti, se il gruppo multifamiliare, in sinergia con altri interventi di aiuto previsti dal Progetto, possa contribuire a mitigare l'impatto traumatico del *pubertario*, potendo fungere da spazio potenziale terzo: uno *spazio psichico allargato* in cui diffrangere contemporaneamente il transfert su più oggetti (Jeammet, 1992) e in cui ciascuno possa riconoscersi attraverso l'ascolto metaforico della propria storia raccontata da un altro rappresentante della propria generazione. Queste riflessioni aprono alla domanda su come si possa reinterpretare la tecnica del multifamiliare alla luce della presenza adolescente nel gruppo. Si tratta di una questione importante che ci proponiamo di affrontare attraverso l'esperienza clinica che faremo nel corso del tempo. Infine, il gruppo multifamiliare potrebbe rappresentare un "sogno sociale", perché un progetto come questo si rivolge a nuclei familiari sofferenti, anche per esperienze di esclusione sociale che giungono a valle di traumi importanti quali migrazione, precarietà lavorativa ecc., e che molto difficilmente accederebbero diversamente ad altre forme di aiuto psicologico e psicoanalitico.

La psicoanalisi multifamiliare in questo contesto può diventare così una risorsa di prevenzione rispetto alle interdipendenze patogene e patologiche che nel processo evolutivo della famiglia si fanno via via sempre più strette e, dunque, anche una risorsa trasformativa di ogni suo membro nella capacità di fare legami. Jorge Garcia Badaracco (1968) parlava dell'importanza di pensare che ci possano essere *interdipendenze sane o patogene* e che i genitori possano non avere le risorse egoiche per svolgere la loro difficile funzione. Nel corso del processo terapeutico, invece, essi hanno la possibilità di costruire risorse egoiche che consentano loro di affrontare anche ciò che era stato mantenuto segreto. Parallelamente anche i figli possono sviluppare le proprie risorse, iniziando a sentire fiducia negli adulti che mostrano dei cambiamenti interni e, dunque, dare voce o disegnare vissuti (nel caso dei più piccoli) prima non mentalizzati e dunque non verbalizzabili.

Succede molto spesso che i genitori sottolineino l'importanza di preservare i figli dal dolore nascondendo i propri sentimenti, mentre, in verità, i figli attraverso meccanismi di *identificazione alienante* (Faimberg, 2006) fanno propria la loro sofferenza senza poi sapere riconoscerla ed esprimerla. Chiunque si accosti al multifamiliare per la prima volta può sentire un disagio, uno stupore iniziale a pensare di accostare diversi genitori e figli in una stessa stanza, soprattutto se si tratta di bambini o ragazzi. La paura in questo caso è spesso quella di non tutelare i minori, di esporli a storie ed emozioni angosciose o violente e non poterle gestire con la dovuta specificità e delicatezza. Badaracco, a proposito della violenza espressa nei gruppi, scrive: *“Il contesto permette a ciascuno di esprimersi con più autenticità, percepire di più la violenza e fare esperienza attraverso gli altri, riducendo così il timore di fare male all'altro. In questo modo molte situazioni di compromesso e atteggiamenti non autentici, che mantengono il “Falso Sé”, possono essere smantellati favorendo l'apparire della verità che si presenta in genere con una*

crudeltà insolita. Vedere che la verità è crudele non fa ammalare. Ciò che fa ammalare è lo sforzo della negazione.”

Egli si occupava di gruppi con adulti ma conosciamo l'esperienza di Eva Rotenberg a Buenos Aires nel reparto di Dermatologia Pediatrica dell'Hospital de Niños e quella di Silvia de Roman in un servizio pubblico di protezione all'infanzia di Madrid. Inoltre, la capacità del gruppo di auto-eco organizzarsi lo rende un posto sicuro per ogni suo membro, a maggior ragione per i più piccoli, mentre gli operatori mantengono un ruolo di conduzione vigile ed attenta, sia in base alla fase del gruppo che ai membri che vi partecipano.

Riporteremo di seguito il racconto del processo del secondo incontro di PMF per analizzarne alcuni passaggi.

Secondo incontro

Ci predisponiamo al secondo incontro con molta curiosità e preoccupazione. Verranno i partecipanti del primo, inaspettatamente frequentato da molti nuclei con bambini? Fuori c'è il diluvio.

Una delle conduttrici è imbottigliata nel traffico. Lei come gli altri ce la faranno? E se non arrivasse nessuno? I conduttori contattano un senso di precarietà e di perdita che sarà il tema portante di tutto l'incontro che sta per iniziare con un po' di ritardo. Finalmente qualcuno arriva. Questa volta una coppia mista di genitori (lei italiana, lui africano) si presenterà in continuità con il primo incontro, portando con sé per la prima volta la figlia adolescente di 16 anni, Francesca (nucleo A). Il secondo nucleo (B), sempre in continuità è costituito da padre, madre e due figli minori (di cui uno di un anno e uno di dieci anni (Stefano). In ritardo arrivano per la prima volta Antonio (16 anni) e suo padre (Nucleo C).

Stefano (10 anni) è molto deluso di non trovare i bambini

dell'altra volta e piange rannicchiandosi nel corpo della madre, fino a quando il padre, non riuscendo a sostenere il dolore del figlio, lo porta via. Durante l'incontro scopriremo che nei giorni scorsi è morta la nonna paterna, informazione che getta luce sul pianto inconsolabile di Stefano e soprattutto sulla difficoltà del padre a tollerarlo.

Seduti in cerchio segue un lunghissimo silenzio, interrotto dal conduttore 1: *“Non è facile talvolta accettare di non trovare quello che ci si aspetta. Ci si può sentire come di fronte a un vuoto, una perdita. Oggi ci si aspettava un gruppo e ne abbiamo trovato un altro. Ognuno di noi ha un proprio modo di reagire a queste sensazioni”*.

La madre di Francesca (nucleo A) interviene: *“Non è facile essere qui, dopo il primo incontro ci aspettavamo di vedere le stesse persone.... Comunque, oggi siamo riusciti a portare Francesca, ci teniamo molto a migliorare come genitori perché lei si possa sentire sicura di poterci parlare di come si sente”*. Segue un lungo silenzio.

Conduttore 2: *“Prendendo spunto dalla situazione di oggi, pensavo che in fondo qui nel gruppo siamo chiamati a improvvisare, un po' come accade ai genitori in famiglia. L'evoluzione e la crescita dei figli richiede un continuo adattarsi, un continuo improvvisare. Non c'è luogo migliore per l'improvvisazione di quello della famiglia ed è dall'improvvisazione che nascono le cose creative.”*

Entra in ritardo il terzo nucleo familiare (nucleo C), composto da Antonio e suo padre. I conduttori li invitano a presentarsi e a raccontare, se vogliono, qualcosa di sé. Il padre di A. prende subito la parola. Gli è stato consigliato di venire qui dal Consultorio di zona. Racconta il lutto della moglie e madre di Antonio quando aveva cinque anni: *“Improvvisamente mi sono ritrovato solo con un bambino piccolo e tutto da imparare. Nel tempo ho poi desiderato ricostruirmi una famiglia, ma non ci sono riuscito. Ho avuto delle compagne, ma nessuna ha potuto sostituire*

la madre di A.”.

Sottolinea più volte quanto sia stato importante in tutti questi anni per lui non fermarsi a sentire il vuoto, la mancanza: *“non si può camminare sulle macerie. Bisogna andare avanti senza fermarsi”*.

Inoltre, si chiede se stia facendo bene il suo mestiere di genitore. È preoccupato perché Antonio è molto chiuso e ha poche relazioni. Antonio ascolta silenziosamente per tutto il tempo. Il gruppo ascolta con un silenzio profondo e molto accogliente.

Di fronte al lutto, le uniche due mamme presenti si commuovono. Un’operatrice sottolinea quanto, poter condividere tutto questo con il gruppo in maniera autentica, potrebbe aiutare ad andare oltre il proprio punto di vista. Per esempio, chissà quale potrebbe essere l’esperienza della perdita dal punto di vista di un figlio (pensando al silenzio di Antonio), perché poi ognuno vive le stesse esperienze in base all’età e al ruolo. Il gruppo (compresi gli operatori) risponde a questa sollecitazione, rievocando ricordi personali riguardo ai modi diversi di vivere una perdita e il ricordo della persona che non c’è più. Quanto poi questi diversi ricordi di una stessa persona e la sua perdita possono influenzare la vita di chi resta? Il gruppo si interroga su quanto queste perdite, definite “macerie”, possano disturbare il presente. Quanto si possa realmente guardare oltre.

La madre di Stefano (10 anni) è commossa e per la prima volta si sente di condividere la sua storia. È stata un’adolescente molto irrequieta. Era molto giovane quando rimane incinta di un figlio che ora ha 17 anni e del quale non è riuscita ad occuparsi affidandolo al padre. Lo vede solo qualche week end e il suo desiderio è recuperare il rapporto con lui.

Il padre di Francesca dice che c’è un unico modo per affrontare il dolore: non guardare indietro e non guardare al futuro. Esiste solo il presente. Racconta di aver dovuto lasciare il suo Paese natio (Africa) per via della Guerra civile. Aveva 16 anni e ha perso tutto ciò che aveva, dovendo ricominciare tutto da capo.

“Grazie a Dio mi sono fatto una famiglia!”

Uno dei conduttori, nel tentativo di dare spazio all'adolescenza nel gruppo, si domanda chissà come cambia la prospettiva del tempo in adolescenza. Per il padre di Francesca esiste solo il presente. Forse in adolescenza il presente può rappresentare una prospettiva troppo stretta, il desiderio di crescere spinge a guardare al futuro, a ciò che si potrà o vorrà diventare. Può essere difficile talvolta il confronto tra generazioni diverse, anche per queste diverse prospettive.

Francesca (16 anni) prende coraggio e interviene: *“È vero, non è facile parlare del passato. Anche il futuro però è difficile come prospettiva, ma lo è ancora di più il presente. Volevo anche dire che sono molto colpita. Stando qui mi sono venuti in mente tutti gli altri gruppi in cui mi sono trovata. Per me è difficile stare in gruppo, Sono venuta qui proprio per questo. Inoltre, mi sono accorta di non essere sempre la stessa, cioè in base al gruppo possono cambiare non solo gli argomenti di discussione, ma anche le aspettative e il modo di porsi della persona”*.

La voce adolescente è molto potente, emoziona il gruppo e anche i genitori. La madre di Francesca si dice orgogliosa della figlia.

Sul finire del gruppo le altre due mamme tornano indietro nel tempo e ci riportano ai loro 16 anni e al rapporto con le proprie madri. Può esserci un'assenza nel lutto, ma anche l'assenza portata da “figure mute” verso le quali si prova rabbia. Quanto queste presenze-assenze hanno influenzato le scelte di vita successive? La madre di Francesca riflette sul paradosso di sentirsi talvolta sempre più simile a sua madre, sebbene abbia cercato di essere diversa anche andando lontano. Ci si accorge che la fuga non basta, per alcune cose non c'è distanza. *“Allora mi chiedo: si tratta di un destino?”*

Nell'Ateneo siamo tutti carichi di emozioni, forti e belle, per essere riusciti ad “improvvisare” con creatività, sopravvivendo all'assenza e alla fatica di reggere l'emotività che è circolata:

delusione, senso di vuoto, angoscia del silenzio che riattiva i traumi delle perdite di ciascuno. L'intervento sull'importanza della capacità di improvvisare, sembra aver ridato speranza nelle proprie capacità creative, individuali e gruppali e di poter emergere dalla sofferenza. Inoltre le parole "trasformativo" e "trasformazione" sono tornate più volte. L'intervento di Francesca sui diversi modi di essere del gruppo e di stare in gruppo, ci è sembrato un chiaro riferimento adolescente alle possibilità e potenzialità trasformative della vita di gruppo. Ci è sembrato molto prezioso anche l'emergere del concetto di vuoto-destino. La ripetizione o il destino sono un modo di riempire un vuoto che non si sa come affrontare diversamente? Infine, i vissuti di spaesamento ed assenza hanno caratterizzato l'incontro e grazie alla *mente ampliada* propria del gruppo multifamiliare, le *vivencias* dei partecipanti circa questi temi hanno trovato il luogo riparato in cui presentarsi.

Riferimenti Bibliografici

- Cahn R. (1998), *L'Adolescente nella psicoanalisi. L'avventura della soggettivazione*. Roma, Borla, 2000.
- Carbone P. (2010), *L'adolescenza tra mente e corpo*. in Carbone P., a cura di, *L'adolescente prende corpo*. Il Pensiero Scientifico (pp. 271-283).
- Dalba A.M. e Montinari G., (2020), Il corpo familiare alla prova dell'adolescenza. *Argo*, 6, 51-65.
- Faimberg H. (2006), *Ascoltando tre generazioni. Legami narcisistici e identificazioni alienanti*. Milano: Franco Angeli, 2019.
- Garcia Badaracco J. E. (1968), *Psicoanalisi Multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi*. Torino, Boringhieri, 2004.
- Gutton Ph. (2002), *Psicoterapia e adolescenza*. Roma, Borla.
- Jeammet Ph. (1992), *Psicopatologia dell'adolescenza*. Roma, Borla.

Novelletto A. (1986), *Psichiatria psicoanalitica dell'adolescenza*. Roma, Borla.

Novelletto A. (2004), Sé, Soggetto, Soggettivazione. In: Novelletto A. “*L’Adolescente. Una prospettiva psicoanalitica*”. Carbone P., Lucantoni C., Maltese A., Monniello G., Montinari G. (a cura di). Roma, Astrolabio, 2009.

Laboratori psicoeducativi





Figure 3 e 4: Attività psicoeducative

Laboratori socioeducativi



Figura 5: Attività socioeducative



Figura 6: Laboratorio musicale



Figura 7: Laboratorio apprendimento



Figura 8: Gruppi di parola

AVVIO DI UN GRUPPO DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE PER ADOLESCENTI NELL'AMBITO DI UN SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE⁷

*Michela Melillo, Francesca Galli,
Maria De Pascale, Martina Andrico*



Figura 9: L'ASL di Novara è collocata nella sede dell'ex manicomio, chiamato dai Novaresi la casa dell'orologio (foto di Simone Bartoli)

Il progetto di un Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare per adolescenti e per le loro famiglie era iniziato nel settembre del 2019, con lo scopo di affrontare in chiave terapeutica, secondo la prospettiva teorica individuata da Badaracco, l'emergere di

⁷ Il presente lavoro, in parte rivisto dalle autrici, è stato inviato per la pubblicazione in *Il Vaso di Pandora*. Si tratta di una parte del materiale clinico, in continua elaborazione ed aggiornamento, presentato, a novembre 2022 a Roma, al quarto Convegno del Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare.

tutte quelle manifestazioni sintomatiche (fobie scolari, DCA, dipendenze, attacchi di panico, gravi quadri depressivi, disturbi della condotta, breakdown, ecc.) con comparsa in adolescenza.

Era stato avviato un primo gruppo pochi mesi prima della pandemia che si è poi interrotto in seguito ad essa; il secondo, del dopo pandemia, si sta costituendo in questi mesi; in questa seconda edizione del gruppo partecipano, oltre alla figura del Neuropsichiatra infantile (NPI) e delle psicologhe che lavorano all'interno della Struttura Complessa (S.C. di NPI), anche un'educatrice del Centro di Salute Mentale (CSM) ed una tirocinante psicologa.

L'adolescenza rappresenta il momento in cui l'incontro con gli altri diventa più pressante ed è richiesto un movimento progressivo verso l'inserimento sociale, all'esterno della famiglia.

La pandemia ha determinato un'emergenza anche per i Servizi di Neuropsichiatria Infantile che hanno visto aumentare la sofferenza dei ragazzi, probabilmente sia a causa della coabitazione forzata, che ha impedito il fisiologico processo di individuazione-separazione, sia perché spesso gli adolescenti sono diventati "portavoce" di un malessere familiare, trovandosi ingabbiati in legami di interdipendenza patologica e patogena con uno o entrambi i genitori.

Trattandosi di esperienze iniziali di un Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare in un Servizio di NPI, ci si è interrogati anche su quelle che sono state e sono le criticità incontrate all'avvio.

È stato necessario individuare un luogo esterno al Servizio, in quanto non abbiamo uno spazio adeguato ad accogliere il gruppo all'interno della nostra struttura. Ci è stata concessa una sala all'interno del CSM. L'impossibilità di avere uno spazio proprio ha reso gli operatori poco liberi nella gestione, ma questo luogo potrebbe rappresentare anche la possibilità di iniziare a costruire un ponte, uno spazio di transizione dei casi complessi dalla NPI al CSM.

L'avvio di questo gruppo post-pandemia è stato ed è particolarmente complesso. Ci si è chiesti quanto abbia influito il COVID sulla possibilità di accettare di stare in un gruppo in presenza, sia per i pazienti che per gli operatori.

Ci si è interrogati sulla questione dell'orario, che deve tener conto delle esigenze delle famiglie (scuola, turni di lavoro ecc.), e del giorno e dell'orario in cui la stanza è disponibile.

Un'altra criticità pensiamo possa essere la difficoltà di partecipare, di esporsi all'interno del gruppo, sia per i ragazzi che per i genitori. La proposta di un trattamento che coinvolga la famiglia e la "lettura" del sintomo portato dal ragazzo, come il segnale di una sofferenza familiare, è difficile da accettare per alcuni genitori.

Inoltre in un gruppo all'interno di un Servizio di Neuropsichiatria Infantile c'è la possibilità che vi siano età molto differenti, anche per la presenza di fratelli più piccoli. Pertanto, per poter favorire l'espressione anche dei bambini, nel setting è presente una scatola con dei giochi e un operatore si siede in questo spazio al quale i bambini possono accedere. Nell'Ateneo si è poi cercato di capire se ci fosse una correlazione tra il gioco dei bambini ed il gruppo.

L'avvio del gruppo

Alice (una bambina di 6 anni) rappresenta nel gioco la costituzione del gruppo e come questo prende avvio. Alice dispone delle sedie/cassette (fig. 10) e la scena prende vita e si riempie di personaggi (fig.11).

Nel gruppo i genitori possono parlare delle loro sofferenze e rendersi conto di quanto i figli se ne siano fatti carico.

Alessia parla delle sue difficoltà a scuola, del suo essere stata vittima di bullismo, di non essere accettata.

La mamma di Alessia racconta la sua storia di solitudine e dice: “Alessia si è fatta carico della mia sofferenza, in quel periodo non riuscivo ad andare al lavoro e stavo male anche fisicamente, per cui lei si doveva occupare di tutto anche in casa; mi sono appoggiata tanto a lei e lei si è trovata a farsi carico di tutto nonostante fosse una ragazzina”.

Nelle identificazioni patologiche troviamo sempre una storia di situazioni traumatiche che impattano sull’Io immaturo e/o per il quale non vi è stata una funzione sufficientemente buona di un Io ausiliario da parte del genitore. Genitori che sperimentano l’impossibilità di vivere la separazione dal figlio, in quel momento della loro vita, per cui il figlio si trova a farsi carico della sofferenza del genitore, con un’inversione di contenitore-contenuto. Ma la rottura psicotica può diventare anche una rottura del legame simbiotico, e può rappresentare una possibilità di svincolo per far sì che genitore/i e figlio smettano di occuparsi ciascuno delle sofferenze dell’altro ed inizino ad occuparsi delle proprie.

In una seduta del gruppo una mamma racconta della propria infanzia e adolescenza vissute con una madre rigida, in una situazione economica precaria; i suoi desideri di danzare, di riuscire nello sport non erano stati accolti dalla sua mamma e questo l’ha portata a proiettarli sui figli: “volevo che avessero tutto quello che non ho avuto io, quello che non ho potuto fare io”. Jacopo, il primogenito, ha una diagnosi di psicosi; la sua giornata è scandita da rituali ossessivi legati al corpo, all’alimentazione e all’attività fisica, comportamenti che “fanno impazzire” il resto della famiglia.

Sente di essere schiavo degli esercizi fisici, di una presenza interna che lo costringe a questo. Jacopo non viene al gruppo,

mentre partecipano la madre e le due figlie: Nora di 15 anni e Alice di 6. La madre, parlando delle difficoltà del figlio, racconta che è stato necessario cambiare casa, in modo che Jacopo potesse avere i suoi spazi, senza interferire troppo sulla vita dei famigliari, ad esempio occupando il bagno per ore. Nora e Alice condividono la stanza ed anche il letto, che è un letto matrimoniale.

In questa famiglia è difficile separarsi. Nora, che è presente al gruppo, cerca timidamente di portare l'esigenza di uno spazio proprio che non può essere sostituito dalla proposta della mamma di usare la camera matrimoniale dei genitori.

Interviene una collega parlando della sua esperienza di secondogenita di tre sorelle, lei come Nora è la figlia di mezzo. Parla di quanto sia stato importante, nella sua adolescenza, che la camera condivisa con la sorella avesse confini chiari e definiti degli spazi di ciascuna.

Attraverso l'emergere di difficoltà analoghe, i partecipanti del Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare possono sperimentare una sorta di "rispecchiamento metaforico" negli altri e condividerne i punti di vista differenti. I componenti di un nucleo familiare patologico non hanno occasione, nel corso della loro vita, di distanziarsi dalla loro situazione e di mettersi ad osservare "dall'esterno" quello che accade loro.

La mamma di Nora racconta di come vorrebbe che la figlia facesse danza, ed è molto dispiaciuta che, nonostante le sue insistenze ed il fatto che la ragazza sia molto portata, questo non avvenga. Interviene Luca, un ragazzo che ha avuto ed ha grosse difficoltà relazionali: "Quando avevo 5-6 anni mio padre insisteva affinché facessi calcio, ma a me non interessava. Ora che sono grande ho scoperto che mi piace, ma è stato necessario che questo desiderio nascesse in me, non potevo farlo solo per lui". In un altro incontro Miriam dice che quella mattina ha avuto un attacco di panico a scuola, la mamma di Filippo racconta di

quando da giovane anche lei ne soffriva. Questo permette a Miriam, che è taciturna e fatica ad intervenire, di raccontare quanto per lei la scuola rappresenti un momento di criticità per la difficoltà ad interagire con gli altri. L'adolescente entra in contatto con parti di sé, grazie all'effetto terapeutico del Gruppo.

La correlazione tra i giochi dei bambini ed il gruppo

Alice chiede di giocare gli animali che divide in diversi gruppi/famiglie, ognuna dentro il proprio recinto di perline. Poi un pupazzetto ed un orso vestito da dottore, nel gioco, prendono gli animaletti dai diversi recinti per costituire un nuovo gruppo (fig.12).



Figura 12

Alice mostra un'interessante rappresentazione del gruppo, che diventa un luogo in cui si possono favorire gli scambi e costituire nuovi assetti familiari.

Filippo, di 9 anni, partecipa al gruppo insieme alla mamma e ai due fratelli Clara di 12 e Carlo di 2 anni.

Il bambino rappresenta, durante la prima seduta di gruppo a cui partecipa, la differenza tra la sua terapia individuale e quella di gruppo e come questa venga da lui vissuta.

Una giraffa/terapeuta parla ad un leone/bambino che è molto arrabbiato. Mentre gli altri componenti della famiglia sono sullo sfondo, dentro un recinto che rappresenta la "pelle" familiare (fig. 13).

Un dinosauro/terapeuta multifamiliare allarga il gruppo a componenti di altre famiglie (fig. 14) e si costituisce il "cerchio dell'aiuto, in cui gli altri animali inviano la propria energia al leone ferito per aiutarlo a stare meglio" (fig. 15).



Figura 13



Figura 14



Figura 15

La partecipazione al gruppo ha permesso a Filippo di modificarsi anche nelle sedute individuali potendo esprimere parti più creative, vitali di sé e di poter entrare più in contatto con l'altro.

La possibilità che nel gruppo ci si possa occupare anche della sofferenza dei genitori, può permettere al figlio di potersi svincolare dalle interdipendenze patologiche e patogene.

Anche Carlo che partecipa un po' girando tra le persone e un po' soffermandosi sui giochi, mostra una sua rappresentazione del gruppo chiedendo alla psicologa di disegnare la sagoma delle loro mani e inoltre mette in scena la possibilità degli scambi tra i partecipanti, correndo dalla mamma a una delle terapeute e viceversa come per promuovere una comunicazione.



Figura 16: Disegno di Carlo

La sofferenza istituzionale: il gruppo come cura per il Servizio

Lavorando nel Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare gli operatori sperimentano una situazione che permette l'emergere

della virtualità sana del paziente e dei genitori, ma questa rappresenta una capacità potenziale, presente in tutti gli esseri umani. Il processo terapeutico non è, quindi, solo quello dei pazienti, ma anche quello dell'équipe e dell'Istituzione. (Tardugno, Walter, Mitre, 2017, p. 105).

La speranza è che il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare possa essere una risorsa anche per gli operatori del nostro Servizio.

Riferimenti Bibliografici

AA.VV. (2002), La psicoanalisi multifamiliare: specificità e problemi, «Interazioni», 1/2002.

García Badaracco J.E., (1994), Identificazioni alienanti, patogene e/o che fanno impazzire, *Interazioni*, 2, 9-21

García Badaracco J.E., (1989), La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare, FrancoAngeli, Milano, 1997

García Badaracco J.E., (2000), *Psicoanalisi multifamiliare*, Bollati Boringhieri, Torino, 2004

Narracci A., García Badaracco J.E., (2011), *La psicoanalisi multifamiliare in Italia*, Antigone edizioni, Torino.

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

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

Tardugno C., Walter K., Mitre M.E., (2017), *La Psicoanalisi Multifamiliare per la salute mentale degli operatori e delle istituzioni*, *Interazioni*, 2. 96-108.

Introduzione

“Raccontare e ascoltare il caso clinico”, questo è stato il primo modo di chiamare i gruppi psicoanalitici promossi dalle riunioni fra colleghi interessati al lavoro nelle istituzioni. Nell’anno 2014-15, il progetto patrocinato dalla Società Psicoanalitica Italiana, è stato da sempre organizzato come Intercentri romani (CPdR-CdPR).

La finalità era quella di mantenere attivo il rapporto e l’incontro tra la psicoanalisi e l’esperienza dei servizi ed istituzioni. Nasce dunque da un impegno di colleghi che lavorano nelle istituzioni o ne hanno fatto parte o hanno rapporti di consulenza e formazione.

Si rivolge agli operatori della salute mentale, che lavorano nei dipartimenti, diurni e residenze (area Adulti) e nei servizi TSMREE, reparti ospedalieri, universitari, centri di riabilitazione, privato sociale sia nell’area adulti che per l’Infanzia e Adolescenza. Negli anni si è ampliata la partecipazione a colleghi di diversa appartenenza ma interessati allo scambio gruppale e al modello di lavoro proposto.

All’interno di questo progetto i Seminari Analitici di Gruppo, potremmo dire che ormai hanno fatto storia a partire dalle prime esperienze condotte da Anna Ferruta, e si sono consolidati come uno strumento importante e fecondo sia sul piano delle elaborazioni teoriche che sulla efficacia nell’aggregare colleghi di diversa formazione e esperienza clinica istituzionale, attualmente dopo il Covid e grazie allo strumento on-line, si sono aggregati colleghi che provengono da tutta Italia.

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 (o più) psicoanalista che si riuniscono per lavorare intorno a un caso clinico: non è analisi delle dinamiche inconsce 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, emozioni suscitate, 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.

Al contrario, 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 consce/inconsce nel gruppo,

ha il compito di mettere insieme i diversi aspetti del paziente che ciascuno coglie. Questa prima fase ci ha permesso di esplorare una domanda e un bisogno di lavoro che spesso rimane silente nelle istituzioni sia pubbliche che private.

Come sarà testimoniato dai lavori di questa sezione, si viene a creare come dicono Busato Barbaglio e Corbò un “clima che si è creato nel gruppo ha avuto sempre, sin dai tempi di lavoro con Giovanna Montinari, una qualità di condivisione tale che ci ha aiutato a sentirci tutti più vivi, meno impotenti, capaci perciò di sostenere la vita nostra e quella degli adolescenti che ci chiedono aiuto... più vita!”

Abbiamo toccato assieme con mano il bisogno di formazione continua, di scambio, di approfondimenti, in un sistema sanitario nel quale i tempi per tutto questo sono diventati esigui se non inesistenti, e gli operatori si sentono mandati allo sbaraglio e non seguiti. Tutto il lavoro in rete di cui sempre di più si parla presenta oggi dei seri buchi che nei seminari, nella presentazione dei casi abbiamo toccato con mano, e l'essere soli in questo difficile lavoro non è assolutamente possibile. È un lavoro il nostro a tutti i livelli che richiede lo stare assieme, il continuo confronto, studio, scambio di esperienze oltre alla necessità di lavorare in rete per condividere pesi, responsabilità ma anche intuizioni di nuove possibilità che l'essere assieme in modo positivo-curativo fa sorgere...

Spero, anzi sono certa, che questo emergerà dal coro di chi ne ha fatto parte e ha appreso vocalizzi, patito eventuali stonature, imparato a trovare l'armonia, pur partecipando ciascuno con la sua specificità e tonalità.

Le esperienze di ascolto dei bisogni che i diversi operatori hanno espresso nei SAdG, ci hanno permesso di modulare l'offerta, declinando anche su alcune patologie importanti come quelle dei disturbi alimentari, ben illustrate dal lavoro di Bovet e Cordeschi. “Durante l'esperienza dei seminari teorici abbiamo constatato che una forte richiesta di formazione riguardava, più

che la dimensione teorica, la gestione clinica dei pazienti con DCA”.

I DCA da molti anni presentano una progressione numerica, ma da quando si è diffuso il Covid si è avuta un’accelerazione con un aumento di circa il 30% delle domande di aiuto. Sono inoltre cambiate alcune caratteristiche della patologia.

Attualmente le strutture pubbliche sono in sovraccarico, il che ha portato a una maggiore collaborazione tra pubblico-privato e a una forte domanda di formazione da parte degli operatori di entrambi i settori.

Quest’anno proponiamo dei seminari analitici di gruppo (in seguito anche SAG) dedicati ai DCA che coinvolgono nella discussione dei casi clinici operatori con qualifiche diverse (psicologi, medici, nutrizionisti, non sempre formati da un punto di vista analitico). Pensiamo che possano essere d’ausilio, in particolare, per lo sviluppo di un pensiero gruppale volto a elaborare le situazioni di impasse spesso presenti nel percorso di cura di questi pazienti.

Abbiamo constatato che il nucleo portante dei Seminari Analitici di Gruppo ha creato alcune frequentazioni stabili che aprono ad una domanda di formazione “esperienziale” molto interessante e foriera di feconde aperture nei modelli formativi e nelle esigenze formative degli operatori dei servizi.

Al contempo c’è stato un costante rinnovo e aumento delle richieste di partecipazione.

Il lavoro nell’area evolutiva ha avuto sempre una importante interrogazione, il lavoro di Capozzi e Giacolini testimonia della profonda cultura e storia istituzionale e psicoanalitica presente nell’area della Neuropsichiatria Infantile ma anche delle complesse contraddizioni e problematiche storico/politico/ istituzionale che hanno reso difficile il pieno utilizzo e riconoscimento di quelle radici.

*17 DICEMBRE 2022,
GRUPPO 'RIPENSARE IL CASO CLINICO'*

*Conducono il seminario
Carla Busato Barbaglio e Maria Pia Corbò*

Presentazione di Carla Busato Barbaglio

Il giorno 17 dicembre 2022 al seminario di presentazione del lavoro del gruppo Psicoanalisi e Istituzioni abbiamo proposto le riflessioni del gruppo “Ripensare il caso clinico”.

Abbiamo iniziato così e ci sembra che ancora sia il modo migliore. Poche parole perché con Pia Corbò abbiamo pensato che la presentazione migliore la potevano fare i partecipanti al gruppo.

Un piccolo coro, quindi, e a più voci in libertà, che parla del senso e dell'utilità di seminari di questo tipo per sé e quindi per i pazienti e per le strutture nelle quali lavorano.

Inizierò io, come veterana del gruppo, dando notizia della storia di questa esperienza. Nel 2015 è iniziato il seminario ‘Ripensare il caso clinico’ parte del ciclo di seminari ‘Psicoanalisi e Istituzioni’, da subito con una frequenza numerosa di partecipanti che lavorano nei servizi pubblici.

Si sono succeduti nel tempo operatori del Bambin Gesù, del Policlinico Gemelli, del Sant’Andrea, di via dei Sabelli, oltre ad operatori delle ASL, comunità terapeutiche, case famiglia ecc. Come si evidenzia nei vari interventi, abbiamo lavorato bene assieme, anche con formazioni diverse di tipo psicoanalitico, psicodinamico, cognitivista, transazionale, sistemico-familiare.

Abbiamo iniziato io e Giovanna Montinari, che l’anno scorso, con mio dolore, per ulteriori impegni intrapresi, mi ha lasciata dopo 7 anni di ottima condivisione. È partita poi un’altra bella

collaborazione con Pia Corbò. Il gruppo che si occupa particolarmente di adolescenti, genitori, a volte anche bambini e famiglie, si è mantenuto negli anni tra le 15 e le 20 presenze con una punta pre-pandemica di 26.

Varie ricerche oggi ci dicono che ci si può allenare ad essere più empatici grazie anche alla psicoterapia (Schonert-Reichl e altri nel 2012). Personalmente credo che gruppi di questo genere aiutino tutti noi a migliorare la nostra sensibilità e sintonizzazione emotiva in modo importante, anche mettendoci meglio in contatto con le nostre proceduralità. Altre ricerche ad altri livelli danno fondamento a tutto ciò evidenziando come con programmi di allenamento specifici cambiano le regioni cerebrali stesse coinvolte (Klimecki 2014). Ora non abbiamo fatto programmi specifici di allenamento, ma insieme ci siamo coinvolti a ripensare le complesse situazioni cliniche a noi affidate e immagino che anche le nostre regioni cerebrali ne abbiano usufruito. Sicuramente in noi, come si legge nei vari scritti, si sono attivati sensori diversi rispetto all'ascolto del paziente e di noi, all'attenzione al nostro sguardo e a ciò che il nostro corpo e il corpo dell'altro ci segnala, oltre al tentativo di migliorare la comunicazione istituzionale là dove esiste la possibilità di uno scambio oppure di tentare di pensare assieme o forse sognare come dovrebbe funzionare l'istituzione, già questo forse ha in sé una forza di cambiamento o meglio un enzima...

Il clima infatti che si è creato nel gruppo ha avuto sempre, sin dai tempi di lavoro con Giovanna Montinari, una qualità di condivisione tale che ci ha aiutato a sentirci tutti più vivi, meno impotenti, capaci perciò di sostenere la vita nostra e quella degli adolescenti che ci chiedono aiuto... più vita! Abbiamo toccato assieme con mano il bisogno di formazione continua, di scambio, di approfondimenti, in un sistema sanitario nel quale i tempi per tutto questo sono diventati esigui se non inesistenti, e gli operatori si sentono mandati allo sbaraglio e non seguiti. Tutto il lavoro in rete di cui sempre di più si parla presenta oggi dei seri

buchi che nei seminari, nella presentazione dei casi abbiamo toccato con mano, e l'essere soli in questo difficile lavoro non è assolutamente possibile. È un lavoro il nostro a tutti i livelli che richiede lo stare assieme, il continuo confronto, studio, scambio di esperienze oltre alla necessità di lavorare in rete per condividere pesi, responsabilità ma anche intuizioni di nuove possibilità che l'essere assieme in modo positivo-curativo fa sorgere... Spero, anzi sono certa, che questo emergerà dal coro di chi ne ha fatto parte e ha appreso vocalizzi, patito eventuali stonature, imparato a trovare l'armonia, pur partecipando ciascuno con la sua specificità e tonalità.

Termino confidandovi una delle esperienze che mi hanno toccato e che porto nel cuore. Una sera abbiamo condiviso un caso complesso di un adolescente inserito in una comunità terapeutica. Una situazione difficile che faceva sentire tutti seriamente impotenti. Si era creato un clima particolarissimo di preoccupazione ma al contempo di partecipazione emotiva profonda, solidale, forte. L'operatrice alla fine della serata ringraziando il gruppo diceva commossa: "Grazie perché l'incontro di questa sera mi ha fatto ritrovare il senso del mio lavorare che in alcune situazioni, in alcuni giorni mi sembra non ritrovare più". Eravamo tutti emozionati ognuno sentendo che spesso questo era profondamente vero per sé, nella quotidianità. Porto ancora il tono della voce, il suo dire, e il suo sguardo nel cuore come una grande verità... un gruppo anche per ridarsi vita e ritrovare il senso profondo di ciò che stiamo facendo che in questo lavoro è la strada per la vera cura contro la cronicizzazione o meglio la complicità con le aree malate di chi ci chiede aiuto.

La parola ora ai partecipanti che con noi e meglio di noi possono dare notizia di come può funzionare e a che cosa può servire un seminario 'psicoanalisi e istituzioni – ripensare il caso clinico' di questo tipo anche nel suo piccolo e in un lavoro capillare di incontri e di scambi.

Gina Luciano è neuropsichiatra infantile a Novara e lavora in un servizio di neuropsichiatria infantile. I lunghi anni di esperienza nella struttura ci segnalano l'aver lasciato intatto in lei il desiderio di ascolto, elemento fondante il suo essere terapeuta ben espresso nel racconto della piccola 'Momo'. Ogni persona va accolta con il suo nome e la sua unica e irripetibile storia e non ridotta al sintomo e alla sua definizione.

È il secondo anno che partecipo ai seminari clinici e mi fa piacere condividere con tutti voi alcuni pensieri, che ho maturato grazie a questi nostri incontri in un momento in cui tutto sembrava stravolto (l'emergenza della pandemia, la guerra...), ma che invece mi ha offerto la possibilità di "nuove riflessioni fatte di appuntamenti mensili con colleghi che si incontravano da angoli diversi del paese e anche dall'estero" un incredibile contraltare alla chiusura patita con l'emergenza Covid 19.

Lavoro da trent'anni in un servizio di Neuropsichiatria Infantile che è partito con una forte impronta psicoanalitica, ma che con il passare del tempo, al di là delle intenzioni dei membri, soprattutto negli ultimi anni, si sta trasformando: complici fenomeni come l'aziendalizzazione, le valutazioni quantitative (e mai qualitative) dei risultati, i protocolli da applicare, le nuove "patologie" (che forse nuove non sono, ma potrebbero essere solo nomi nuovi e legati alla modificazione della società e della cultura dominante come i DSA, ADHD, Disturbi dello Spettro, le anoressie, per fare solo qualche esempio). Non vorrei sembrare una vecchia signora nostalgica del passato, che voglia bloccare il futuro, ma oltre ad aspetti senz'altro validi di evoluzione scientifica, il sintomo e la sua definizione, negli ultimi anni, hanno preso troppo spesso il posto della persona, della comunicazione delle sue sofferenze con un'equipe attenta alla accoglienza e all'ascolto.

Nuovi test sono quello che devi somministrare per poter de-

finire la diagnosi, spesso incurante delle esigenze di quel bambino, che in modi sottili come uno sguardo, un gioco, un disegno, tenta di comunicare il suo disagio. La pazienza, la lentezza, la capacità negativa di tollerare l'incertezza e l'ignoto, il cogliere il mondo interno e intorno al bambino e le sue influenze sullo sviluppo, passano in secondo piano rispetto all'urgenza di una precisazione diagnostica (misurare la velocità di lettura, il numero di errori di ortografia, la capacità di calcolo...ecc.), che poi tranquillizzerà i genitori, gli insegnanti e i vari operatori, che operano a vario titolo intorno a lui, evitando agli adulti di sentire che il bambino non è veramente felice come gli adulti pensano sempre del mondo infantile e innestare cambiamenti che potrebbero davvero portare modificazioni alla sua vita.

Altro grande problema che osservo è che nonostante la buona volontà spesso dei singoli operatori, non esiste più l'equipe, l'altra grande forza dei servizi che si fondavano sull'impostazione psicoanalitica. In passato quello era proprio il momento, in cui un collega chiedeva aiuto agli altri su un proprio caso e ascoltava spunti e riflessioni, il paziente di uno diventava il paziente di tutti. Oggi le nostre equipe sono momenti in cui si discute per lo più di obbiettivi, di prestazioni, di organizzazione, importanti, ma non così rilevanti nella storia del paziente e spesso l'operatore della salute mentale può sentirsi solo di fronte a sfide difficili. Lavorare da soli, pur essendo in un gruppo e, tra l'altro istituzionale. Poi ci sono le possibilità personali ovviamente di collegarsi ad altri, ma non sono più uno schema indispensabile e riconosciuto di lavoro, come mi capitava nei primi anni della professione, dove l'equipe era per tutti il momento principale della settimana lavorativa.

Questo ancora di più dopo la pandemia, che per me è stato un trauma collettivo, che ha colpito a vari livelli chi opera in sanità, purtroppo non riconosciuto, che ha portato un gran numero di colleghi ad abbandonare il servizio pubblico anche prima del tempo previsto per il pensionamento.

Ecco questa partecipazione al vostro gruppo di supervisione ha reso possibile tornare a pensare con colleghi animati da tanta voglia di lavorare con le persone, una possibilità di tornare a parlare di ragazzi/e con un nome e una storia, la loro unica e irripetibile, al di là di un sintomo con cui si presentavano all'osservazione del curante.

Ho potuto apprezzare, anche grazie alle riflessioni delle nostre conduttrici, come dai pensieri di una mente gruppale, nascevano nuove idee e nuove sollecitazioni e pensavo come un terapeuta è soprattutto questo: capace di accogliere le sempre nuove sollecitazioni che arrivano dalla mente del paziente e di condividerle con colleghi, che possono aprire nuovi spazi di riflessione osservando da un altro punto di vista, e ampliando la possibilità di mantenere una mente viva, giocosa e creativa e pronta ad incontrare il “bisogno di esistere e di essere riconosciuto” di ognuno dei nostri pazienti.

Nel ringraziarvi tutti, per questo pezzo di cammino fatto insieme che spero continuerà, vi invio un pezzo di un libro Momo, a cui ho spesso nella mia mente, ho paragonato questo gruppo e la forza di cui è dotato anche senza saperlo.

“...Quello che la piccola Momo sapeva fare come nessun altro era ascoltare. Non è niente di straordinario dirà più di un lettore; chiunque sa ascoltare. Ebbene, è un errore. Ben poche persone sanno davvero ascoltare. E come sapeva ascoltare Momo era una maniera assolutamente unica. Momo sapeva ascoltare in tal modo che ai tonti, di botto, si affacciavano alla mente idee molto intelligenti. Non perché dicesse o domandasse qualche cosa atta a portare gli altri verso queste idee, no; lei stava soltanto lì ed ascoltava con grande attenzione e vivo interesse. Mentre teneva fissi i suoi vividi grandi occhi scuri sull'altro, questi sentiva con sorpresa emergere pensieri – riposti dove e quando – che mai avrebbe sospettato di possedere. Lei sapeva ascoltare così bene che i disorientati o gli indecisi capivano

all'improvviso quello che volevano. Oppure i pavidi si sentivano, ad un tratto, pieni di coraggio. Gli infelici e i depressi diventavano fiduciosi e allegri. E se qualcuno credeva che la sua vita fosse sbagliata e insignificante, se credeva di essere soltanto una nullità tra milioni di persone, uno che non conta e che può essere sostituito – come si fa con una brocca rotta – e andava lì.... e raccontava le proprie angustie alla piccola Momo, ecco che, in modo inspiegabile, mentre parlava, gli si chiariva l'errore; perché lui così com'era, era unico al mondo, quindi, per la sua peculiare maniera di essere, individuo importantissimo per il mondo. Così sapeva ascoltare Momo...”

Grazie a tutti e un arrivederci a presto. Gina Luciano

Valentina Li Volsi è psicologa e psicoanalista SPI-IPA, ci offre il racconto della origine e della costruzione anno per anno del gruppo, oltre alla passione per il parteciparvi, e alla condivisione affettiva avvenuta nel gruppo per ogni paziente da lei descritta come una ‘adozione’. Il tema della psicoanalisi al servizio della salute mentale ben si declina nei piccoli frammenti riportati, di lavoro a contatto con situazioni particolarmente svantaggiate e in seria difficoltà a tanti livelli.

La partecipazione al seminario di gruppo *Ripensare il caso clinico*, a partire dalla mia prima volta nel 2016, è divenuta per me un importante appuntamento fisso, di anno in anno. Nei vari cicli di seminari si è andato consolidando un gruppetto di partecipanti ‘storici’, sempre arricchito dall’aggiunta di nuovi colleghi – psicologi, psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicoterapeuti, operatori di comunità per l’età evolutiva...

Un elemento per me determinante è stato il poter ritrovare, in ogni incontro, un momento di condivisione umana profonda, nel quale le differenze personali e professionali dei vari partecipanti sono stati davvero una ricchezza ed una fonte di apprendimento

e di sostegno. Lavorando in gruppo, e con le due Psicoanaliste conduttrici, ci siamo trovati molte volte a sostenere un processo di terapia in corso con un adolescente difficile, ed alcune volte il seminario è stato prezioso per poter dare senso all'esperienza dolorosa di doversi separare dal paziente per ragioni istituzionali, non decise dal terapeuta ma imposte dal sistema.

Credo che soprattutto il dare spazio alle complesse situazioni seguite in Istituzione – accanto ad altre seguite nel privato – costituisca il nucleo più importante del lavoro di gruppo in questo seminario.

Mi vengono in mente diversi frammenti molto intensi in cui operatori dei Servizi hanno condiviso con il gruppo la loro esperienza quotidiana di essere profondamente accanto a ragazzi molto sofferenti e provenienti da situazioni socio-culturali di grande deprivazione o disorganizzazione.

Sono sempre stata convinta che la psicoanalisi debba e possa essere al servizio della salute mentale e del benessere di chiunque, anche in situazioni molto gravi e dove le risorse sembrano scarseggiare a vari livelli. Intendo qui con psicoanalisi la particolare funzione di ascoltare, fare spazio, accogliere rispettosamente la differenza altrui, e da lì partire per pensare e costruire scenari il più possibile vitali e funzionali per quella coppia terapeutica al lavoro e per quel paziente.

Nel lavoro con tutti i pazienti, ma in particolar modo quando ci si accosta ad adolescenti in cerca di un 'senso di sé' e di un posto nel mondo, penso sia di fondamentale importanza mantenere vivo il pensiero ma anche e soprattutto un forte contatto affettivo con sé stessi – per dirla con la Alvarez, dobbiamo essere *'cuori che pensano'*⁸. Questo contatto penso non possa fare a meno del confronto e contatto con gli altri.

Di alcuni casi presentati nei molti seminari, ricordo le immagini con forza, quasi come se fossi stata presente lì nella stanza,

⁸ 2014, Astrolabio.

con il collega o la collega, ‘come un puntino sul muro’⁹ a poter vedere cosa accadeva... riconoscendo l’unicità e differenza del modo di lavorare di ognuno, ma anche avendo la sensazione forte di condividere lo stesso lavoro.

Dei tanti frammenti che mi tornano alla mente, uno mi è molto caro: si tratta di una ragazzina di 14 anni, che vive in Comunità¹⁰, e viene accompagnata dai suoi due educatori (in questo caso due uomini) a fare una passeggiata. Nel tragitto, lei cammina più avanti e loro la seguono qualche metro più indietro... più volte lei inciampa e cade, come disorientata, ma poi si rialza e controlla che loro ci siano, e li trova sempre lì che la stanno seguendo, la accompagnano, basta un cenno del capo o una battuta (anche in dialetto) come piccolo incoraggiamento, perché lei si rassicuri e proceda... ricordo in modo chiaro come questo racconto mi avesse commosso e mi avesse fatto ricordare le descrizioni nei testi di John Bowlby sulla costruzione di una *base sicura* nel bambino: l’attaccamento sicuro che si costruisce a partire da episodi ripetuti e sufficientemente buoni in cui il bambino trova la madre (o il caregiver) lì presente, e può farvi riferimento per proseguire la sua esplorazione del mondo circostante.

Su questo filo, ricordo anche un altro frammento in cui una collega operatrice della stessa Comunità, qualche anno prima, descriveva le ore passate dietro alla porta di un adolescente difficile che per mesi non le rispondeva e non accennava a voler comunicare... qualche tempo dopo non solo era nata una ricchissima relazione terapeutica, ma il ragazzo aveva potuto disegnare

⁹ T. H. Ogden (2008), *L’arte della psicoanalisi*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

¹⁰ Progetto ‘Eunoè’ - Centro Semi Residenziale Polifunzionale per adolescenti e tardo adolescenti con disagio psichiatrico e stati di deprivazione sociale e/o familiare. Accoglie soggetti affetti da disturbi della personalità, in stato di abbandono affettivo e/o familiare, con condotte antisociali, comportamenti devianti, comportamenti delinquentziali, disturbi dell’identità, disturbi del comportamento alimentare.

e scrivere all'operatrice che le voleva bene e che voleva dirle grazie.

Riporto questi esempi fra i molti, per sottolineare come sia stato possibile lavorare in gruppo ripensando situazioni davvero molto diverse fra loro, appunto, dalla più 'organizzata' stanza di una psicoterapia privata a quel vialetto dove la ragazzina cadeva e si rialzava, e si guardava indietro, sino al laboratorio di cucina in cui l'operatore preparava con i ragazzi la pizza...

L'esperienza di una *Psicoanalisi che 'esce dalla stanza'* – così come questo seminario si è sempre proposto di fare – è per me ancora più significativa perché i primi pazienti della mia vita sono stati adolescenti e giovani incontrati in ospedale, nelle stanze di un ambulatorio psichiatrico (Servizio di Consultazione Psichiatrica diretto dal prof. Lucio Rinaldi – Policlinico Gemelli di Roma). Senza quegli anni e quegli incontri – con infermieri, psichiatri, endocrinologi, portantini... medici e pazienti – non avrei avuto la materia prima per costruire una mia stanza privata per lavorare – una stanza emotiva prima ancora che fisica.

Il gruppo di *Ripensare il caso clinico* – dove fra gli altri ho incontrato anche diversi colleghi conosciuti in ospedale negli anni di tirocinio e volontariato – è divenuto sempre più uno spazio sicuro e libero nel quale pensare, amplificare il pensiero con le associazioni di tutti, ed ascoltare nuovamente i vissuti attraversati insieme al paziente... vissuti a volte anche di paura, preoccupazione, smarrimento, che però rimessi in circolo in un gruppo che fa da 'cassa di risonanza' hanno sempre trovato un posto ed un senso.

Ripercorrendo le immagini ed il ricordo di tanti casi presentati dai colleghi in questi seminari, mi viene da pensare che il gruppo li ha adottati tutti, li ha pensati e guardati, cercando di dare un contributo positivo e di vero sostegno al loro percorso ed anche al percorso di noi terapeuti. Penso che quest'onda di sostegno, condivisione e pensiero sia ritornata indietro in qualche modo anche nei vari Servizi, dove i colleghi spesso lavorano

sotto pressione, in un grande affanno per le poche risorse ed il poco tempo da dedicare – ancora di più da dopo la pandemia.

Ci tengo infine a ricordare il ciclo di seminari del 2020/2021, coinciso con il periodo della pandemia da Covid-19: il seminario si è svolto on line, garantendo continuità al gruppo in un momento in cui la paura e l'isolamento entrava nelle case e nelle menti di noi tutti, ed aprendo inoltre le porte a partecipanti di varie regioni d'Italia – una collega si collegava addirittura da Londra... di quel periodo, ricordo in modo molto intenso la condivisione di una collega neuropsichiatra infantile che, nel presentarsi al gruppo, con generosità condivise la sua esperienza di aver avuto il Covid (ben prima dell'arrivo dei vaccini) e di essere guarita, e di come questo suo essere 'rimasta in vita' avesse secondo lei fatto bene a tutti i suoi pazienti seguiti presso un Servizio pubblico di Novara. Questo ricordo mi è molto caro e penso possa sintetizzare quando esprimevo all'inizio, parlando di una condivisione umana profonda, ed aggiungerei generosa ed autentica, incontrata in questi seminari.

***Mattia Mazzola** è psicologo e psicoterapeuta SPP – corso per l'età evolutiva, lavora all'ASL VCO ed evidenzia nel suo lavoro l'esperienza che gran parte dei partecipanti al gruppo sperimentano, essendo provenienti da città lontane, di dover colmare un senso di solitudine e 'svantaggio geografico' come lui lo chiama, potendo così condividere con altri il lavoro gustandone diversità e ricchezze. Mattia regala al gruppo l'esperienza di lavoro da quello che lui chiama 'luogo di confine' con il quale il gruppo si raccorda nella narrazione dei tanti luoghi di confine anche all'interno di una grande città e nelle istituzioni.*

Tanti i volti sullo schermo, tutti ben incorniciati e allineati. Perlopiù volti coi quali non v'era familiarità; volti da conoscere ed inserire in un patrimonio esperienziale. E con questi, tante voci diverse, suoni, accenti e cadenze in qualche modo già note, che con una fluidità negli affetti mi hanno ricondotto alla terra

natale, agli studi universitari e a persone incontrate negli anni. L'esperienza, per me la prima in questo gruppo, è dunque iniziata con un senso di piacevole spaesamento. Vi sono arrivato attraverso una collega che nel quotidiano lavorativo rappresenta un importante punto di riferimento, umano e professionale.

In poche righe spero di riuscire a focalizzare un aspetto di questo trascorso che riguarda non la clinica in sé, ma la cornice e il ruolo che come terapeuti abbiamo sia verso il paziente che verso i contesti organizzativi. Lavoro da alcuni anni in una Neuropsichiatria del nord del Piemonte, in un territorio caratterizzato da alcune particolarità sociali specifiche e tipiche dei luoghi di confine. Se da una parte conservo contatti attivi con i colleghi, con i supervisori e con alcuni dei docenti incontrati, e se anche sono sempre propenso a studiare e a mantenere dinamico il mio percorso formativo, non nascondo che questa condizione di svantaggio geografico mi ha portato ad attraversare momenti difficili e di solitudine.

Figlia (mi sia consentito) di un certo atto creativo al quale la condizione pandemica ci ha fatto fare appello, la ormai accolta e accettata "modalità remoto" ha permesso di valicare con estrema semplicità il confine geo-politico. Ho così potuto conoscere un po' più nel vivo organizzazioni lavorative di altre Regioni e anche di un Servizio britannico, ho potuto incuriosirmi a coordinate teoriche di altri colleghi, ho potuto cogliere e constatare analogie e differenze con altri Servizi rivolti a minori. Ci siamo "connessi" dalle nostre case per entrare in realtà estranee non solo distanti, ma anche distinte, che seppure hanno come obbiettivo quello di rispondere al bisogno di cura del giovane e del suo contesto di vita, si articolano e si strutturano con modalità talvolta divergenti.

Mentre scrivo mi trovo a pensare a quanto ciò sia stato prezioso, specialmente nella misura in cui ritengo che sia uno slancio vitale quello di incuriosirsi alla diversità, a ciò che non conosciamo, mi trovo a riflettere sulla responsabilità sociale che

come professionisti abbiamo anche nei confronti delle istituzioni e a quanto sia fondamentale, nel lavoro in un Servizio pubblico, potersi aprire e “*restare vivo*”, lasciarsi contaminare da esperienze lontane. Capita di incontrare realtà lavorative che si trincerano dietro muraglioni di burocrazia, formalità e rigidi protocolli per rispondere, in modo spesso violento, alla condizione di sofferenza economica, all’evidenza di essere sottorganico, alle risorse scarse e talvolta mal impiegate; è essenziale preservare la propria unicità creativa cercando nuovi equilibri tra bisogni del paziente e quelli dell’istituzione.

Nelle nostre serate di gruppo ci siamo spesso trovati a cogliere “*un filo rosso*”, che per estrema sintesi definirei con l’espressione, utilizzata, di *diritto ad esistere*, essenza che non riguarda solamente i nostri giovani pazienti, che lo reclamano attraverso il loro dolore, ma noi stessi e i contesti nei quali lavoriamo. Il confronto con i colleghi, “*lo sguardo dell’altro*” potremmo dire, può renderci vivi, reali, ci guida e non è solo nutrimento psichico personale, ma spinta all’esistenza, al vitale. Può creare le condizioni per una risonanza emotiva per i singoli terapeuti, ma anche e, di conseguenza, verso l’istituzione nella quale prestiamo servizio. Ritengo che non possiamo essere terapeuti “*buoni a sufficienza*” per i nostri pazienti se non ci prendiamo cura, ovviamente di noi stessi, ma anche del contesto lavorativo. E ciò non può che avvenire in un gruppo-famiglia (colleghi vicini e lontani) capace di favorire processi trasformativi attraverso il rispetto dello spazio psichico personale e del gruppo stesso.

Luigia Milani psicologa e psicoterapeuta SPAD, lavorando al Bambin Gesù ospedale pediatrico di Roma ci dà notizia di quanto il lavoro tra operatori con modelli operativi diversi possa generare pensieri inediti e prefigurare un modello di lavoro possibile anche all’interno di un ospedale.

Il lavorare poi con patologie croniche e gravi con bambini, adolescenti e con i loro genitori richiede l'aiuto di un pensiero gruppale contenente la sofferenza e che possa sostenere la speranza individuando aspetti vitali insiti in ogni situazione.

Partecipo ai Seminari clinici di supervisione di gruppo dal loro inizio, ed ho assistito alla loro crescita: nati un po' come un esperimento, un tentativo di coinvolgere clinici anche di orientamenti diversi operanti nelle Istituzioni, si temeva inizialmente che le diverse provenienze ed i diversi orientamenti teorici dei partecipanti potessero rappresentare un ostacolo.

Rapidamente tali fattori si sono rivelati, invece, fattori di arricchimento e di crescita. Il far circolare il pensiero, arricchirlo dei diversi contributi, con la guida delle dottoresse Carla Busato Barbaglio e, inizialmente Giovanna Montinari, successivamente Maria Pia Corbò si è rivelato un importante arricchimento: il gruppo riusciva sempre ad approfondire, a presentare punti di vista differenti e complementari, ad indicare prospettive nel lavoro psicoterapeutico che nella sola stanza di terapia difficilmente si sarebbero colte. E' stato molto arricchente il contributo, per alcuni anni, di due educatori di una Comunità di Caserta, che, pur non essendo né psicologi né psicoterapeuti, sono riusciti a cogliere e a portare aspetti importanti del "prendersi cura".

Io lavoro come psicologa clinica e come psicoterapeuta di adolescenti presso l'U.O. di Psicologia clinica dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma e, nel corso degli anni dei Seminari, sono passata da un'attività con bambini e ragazzi afferenti esclusivamente dall'esterno, ad un'attività con bambini e ragazzi ricoverati per patologie croniche e gravi, e con i loro genitori. Anche la mia attività di psicoterapeuta adolescenti si è orientata in parte a ragazzi affetti da patologie croniche.

Il pensiero nato nei Seminari ha avuto un'importante funzione di sostegno nella mia attività clinica, anche al di fuori dei casi presentati, ed anche nell'attività clinica più recente, dove è

necessario “ascoltare” bambini, adolescenti ed i loro genitori, ed aiutarli ad elaborare o contenere i traumi da ospedalizzazione, con le paure ed angosce di malattia e di morte, e a cogliere gli aspetti vitali presenti.

Un tale modello conferma la possibilità, in un’Istituzione, per Operatori di orientamenti diversi, di lavorare insieme anche adattando a volte il setting, ma mantenendo una circolarità ed una condivisione del pensiero.

In quest’ottica il pensiero psicoanalitico appare quello of-frente profondità di riflessione più ampie, e i Seminari possono essere immaginati come una riproduzione esterna di ciò che dovrebbe avvenire tra gli Operatori di un’Istituzione.

Nell’ultimo anno abbiamo affrontato quanto nella nostra clinica ci hanno lasciato la Pandemia da Covid-19 e i conseguenti lock down, con le psicoterapie effettuate online, e quali traumi hanno lasciato negli adolescenti. Anche in questa situazione, resa più difficile per il coinvolgimento forte di aspetti soggettivi di ognuno di noi, anche noi con i nostri vissuti e la nostra paura, la condivisione con i colleghi provenienti da altre realtà, e il pensiero gruppale che ne emergeva, si è rivelata un importante fattore di aiuto e di arricchimento.

Chiara Vari psicologa e psicoterapeuta a orientamento dinamico – scuola Tavistock Primary Care Psychotherapy Consultation Service (PCPCS), Tavistock and Portman NHS Foundation Trust (London, UK).

Il lavoro in remoto è stato una importante risorsa per entrare in contatto con modalità diverse nell’impostare la cura. Abbiamo potuto conoscere da vicino il modo di lavorare dei terapeuti formati alla Tavistock. In un sistema di cura che è andato sempre più perdendo lo spazio e il tempo per pensare e lo si registra anche in Paesi diversi: Inghilterra-Italia... di nuovo è

presente la sottolineatura della ricchezza del gruppo e delle diversità che lo compongono.

Essere parte di questo ciclo di seminari ha rappresentato per me un ponte tra passato, presente e futuro. Ritrovare colleghi di un tempo insieme ad amici-colleghi di sempre e conoscere interessanti volti nuovi; e un ponte tra inclinazioni teoriche e stili terapeutici differenti che hanno saputo dialogare con eleganza e curiosità grazie alla guida delle conduttrici del gruppo. Approcci interpersonali e psicoanalisi "classica", neuroscienze, musica e letteratura sono entrati nell'analisi dei vari casi clinici presentati, insieme alla curiosità per aspetti specifici del setting.

Ho trovato particolarmente utile il sostegno del gruppo nella fase conclusiva di una terapia psicodinamica breve che ho portato avanti all'interno di un servizio di psicoterapia del National Health Service (Tavistock Clinic, Londra). All'interno di un servizio pubblico la pressione del tempo limitato/definito con il paziente, insieme alle pressioni istituzionali legate alle lunghe liste di attesa, può rappresentare un forte ostacolo nell'attivazione degli aspetti più creativi della relazione di cura.

Il gruppo ha saputo ravvivare in me un ragionare-sentire analitico che *non cede a pressioni e si prende tempo per pensare*. Se come ricordava Isca Wittenberg nel suo bellissimo lavoro "Ending therapy" (1999), i pazienti sono spesso immensamente grati per essere accompagnati nel processo di lutto legato alla fine della terapia, la mia gratitudine va al gruppo per avermi "aiutato ad accompagnare il paziente".

Consiglierei la partecipazione ai Seminari a chi – pur amando la privatezza della *propria stanza di terapia* – abbia il forte desiderio di *curiosare nelle stanze degli altri*, e anche sorridere e ridere un po' mentre apprende e fantastica di nuovi modi di saper essere con l'altro.

Con la speranza che la partecipazione ai seminari sarà possibile da remoto anche il prossimo anno, io ci sarò!

Maria Rosaria Cavaliere psicologa e psicoterapeuta SPAD, lavora privatamente e anche all'interno di un consultorio familiare privato di Campobasso.

Sottolinea come l'esperienza gruppale specie nei casi difficili abbia la potenzialità di ridare vita ad aree non vitali di entrambi i partner della relazione paziente e operatore che spesso in queste situazioni sperimentano impotenza e la sensazione di perdersi.

Da 6 anni partecipo ai seminari clinici di gruppo, promossi dal Centro di Psicoanalisi Romano e dal Centro Psicoanalitico di Roma; ogni anno è, per me, un richiamo all'incontro e al confronto con colleghi di diversa estrazione formativa; spazio di pensiero attraverso cui potersi parlare con un linguaggio comune, avendo chiaro il vertice d'osservazione teorico che ci ospita, quello psicoanalitico, ma arricchito dalle differenze di cui ciascuno è portatore. Sono differenze formative, dovute alle diverse scuole di specializzazione in cui ci si è formati; di ruolo e di funzione, all'interno dei diversi contesti territoriali in cui ciascun componente del gruppo opera; una molteplicità di voci che, in qualche modo, si mettono al servizio di una mente gruppale nella ricostruzione di un caso clinico.

Il gruppo diventa così la rappresentazione di un legame tra menti-Inconsci a lavoro, funzione di rêverie per i pazienti che incontriamo, fondamentale supporto della capacità di pensare dell'operatore-terapeuta-analista.

Si fa esperienza di un apparato significativo, con il supporto di conduttrici che lo arricchiscono con le loro esperte esperienze, e che consente di sopportare, insieme, la complessità dei casi e l'impossibilità, a volte, di accedere al simbolo, soli, nella stanza con pazienti difficili, le cui difese inconscie non ne facilitano lo sviluppo e che il lavoro del gruppo, invece, riattiva, mobilitando speranza e possibilità di cura.

Nel susseguirsi dei casi clinici, portati in questi anni, ho potuto constatare quanto la gruppalità sia una possibilità preziosa attraverso la quale coltivare la capacità di rimanere vivi nella stanza, per i pazienti che vi afferiscono e per noi, in quanto professionisti della relazione di aiuto.

***Elia*na Conte** *Psichiatra in ASL Roma 3*

Ha vissuto con il gruppo e il gruppo con lei la gravidanza e la nascita della sua bambina. Interessante come viene descritta l'esperienza dell'interruzione del lavoro per la maternità. Ma nello stesso tempo riesca attraverso il gruppo a rimanere collegata al suo lavoro di psichiatra a contatto con la sofferenza in contemporanea all'attesa della nascita di Dafne.

Scrivo adesso, con un po' di ritardo e le orecchie vigili, il mio breve contributo per questo ciclo di incontri psicoanalitici di gruppo. Scrivo di soppiatto, in una stanza semi buia e cercando di non far rumore, tra un sonnellino e una poppata della mia bambina di pochi mesi. Questa breve prefazione è necessaria a spiegare non solo la brevità del mio contributo scritto, ma anche a descrivere cosa è stato, per me, questo ciclo di incontri, che è cresciuto man mano insieme alla mia pancia e la cui attesa tra i vari incontri era scandita dalla mensilità dell'attesa gestazionale.

Dunque, questa iniziativa, a cui ho aderito per la prima volta quest'anno, è stata per me un modo per tenermi in contatto con il lavoro di psichiatra, con i pazienti, con le storie, con i pensieri e le riflessioni, pur stando lontana dal lavoro per via della maternità. È stato un modo per crearmi un luogo dove poter ascoltare e poter pensare, una spinta a guardare fuori, pure se la mia attenzione era tutta volta al "di dentro".

Lavoro in un servizio psichiatrico territoriale che si occupa di giovani adulti e questa è stata l'occasione per arricchire il mio

sguardo di psichiatra con il pensiero e la riflessione psicoanalitica, così attenta alla storia personale, al lato umano e alla dimensione ermeneutica. I contributi di ciascuno sono stati di grande ispirazione e la dimensione gruppale un enorme stimolo per il confronto e la crescita personale. Sono profondamente grata a questo spazio dove poter “pensare insieme”, dove sono nate idee, conoscenze, incontri, riflessioni e, infine, anche una bambina!

Silvia Di Chio psicologa e psicoterapeuta per bambini adolescenti e famiglie modello Tavistock, propone come l'esperienza del gruppo favorisca il lavoro di formazione evidenziando nello scambio le difficoltà o inciampi nel funzionamento di ciascuno.

All'inizio della mia formazione come Psicoterapeuta Infantile al Centro Studi Marta Harris di Firenze, partecipai per la prima volta ai seminari di gruppo sull'infanzia e adolescenza condotti dalle dottoresse Busato Barbaglio e Montinari.

Da allora ne conservo un buonissimo ricordo; l'ho vissuta come un'esperienza di apertura ad uno scambio con altre figure professionali (psichiatri, neuropsichiatri infantili, ecc.), con formazioni diverse, tutte persone accomunate da un interesse per una visione psicoanalitica.

Erano i primi anni della formazione, cominciavo ad incuriosirmi e a sentire il bisogno di aprirmi a nuovi contesti in cui sentire gli altri come una risorsa nella costruzione della mia identità professionale. A quel tempo fu solo un assaggio, che però mi lasciò dentro un sapore che ho voluto riscoprire dopo diversi anni.

Anche durante la mia esperienza di tirocinio al Policlinico Gemelli, nel Servizio di Consultazione Psichiatrica, ho potuto

vivere l'importanza e la forza di un lavoro di gruppo, seppur diverso, ma che avesse in comune il poter pensare insieme in modo psicoanalitico. In questo caso si trattava di un gruppo di supervisione. Lo ricordo come un appuntamento fisso settimanale che si aspettava con desiderio e che dava una boccata d'aria al lavoro nel Servizio. Si poteva pensare ai casi, spesso situazioni complesse che erano seguite anche da più figure nel Servizio e questa era l'unica vera occasione in cui poter scambiare con gli altri curanti; un momento prezioso che lasciava la sensazione che si stesse lavorando tutti nella stessa direzione e che, alla frustrazione di sentire di non avere un "luogo", nella caoticità e fretta che a volte si ritrova nei Servizi, veniva lasciato spazio ad un "contenitore" per un lavoro gratificante.

Avevo la sensazione che questi incontri avessero un valore aggiunto, non solo riguardo al lavoro clinico, ma proprio nell'aiutare a costruire e consolidare una dimensione gruppale che sostenesse il Servizio stesso. Ricordo ancora lo scambio che inevitabilmente nasceva con le altre figure, gli infermieri, i medici o gli altri curanti e la dimensione che si creava durante le supervisioni in qualche modo sosteneva il lavoro di tutti.

Si era formata una dimensione in cui il linguaggio psicoanalitico comune si potesse diffondere, un linguaggio fatto di attenzione particolare a tanti livelli e ascolto delle persone. E non solo dei pazienti...

Dopo diverse esperienze nei Servizi di cura, ho cominciato a lavorare privatamente e la dimensione di un gruppo con queste caratteristiche è qualcosa che mi manca. Poi questi ultimi anni di pandemia sono stati davvero molto difficili per l'isolamento che abbiamo vissuto come figure di cura. Anche per questo, quest'anno, è nata la decisione di partecipare ai seminari 'Ripensare il caso clinico', perché sempre più spesso ho sentito la necessità di non sentirmi sola nel lavoro con i pazienti.

Aver partecipato a questo lavoro mi ha aperto all'esperienza interessante di tessere insieme agli altri una rete di pensieri che

ha sicuramente nutrito e arricchito di nuovi significati il mio lavoro.

Ho voluto ripensare con il gruppo ad un caso di una ragazza adolescente il cui tema profondo era il “dramma della non esistenza”, il “non diritto alla vita”. E mi son chiesta se non fosse stata una casualità aver scelto un caso i cui temi principali riguardavano proprio l’essere visti, tenuti a mente e l’essere accompagnati a scoprire nuovi aspetti di sé. Funzioni che penso siano state svolte anche dal gruppo stesso nei confronti del lavoro di tutti, gettando una luce nuova sull’essenza del lavoro di ciascuno. Un gruppo che, con la funzione di uno specchio, mi ha aiutata ad osservare il mio lavoro per poi aiutare la paziente a costruire un’immagine di sé sempre più “vera”. Da una parte nel “mettere in luce” aspetti in cui io e la paziente probabilmente brancolavamo nel buio, dall’altra nel cercare di “mettere a fuoco” insieme nuclei non ancora ben decifrati.

La ragazza sembrava portare trans generazionalmente il dramma dell’inesistenza, alla ricerca di uno sguardo che potesse aiutarla a dare un senso personale al proprio esistere. In una fase, come quella dell’adolescenza, in cui sembrava proprio che la propria immagine di sé fosse costruita dagli altri e che la ragazza potesse solo prenderla passivamente.

È stato interessante vivere nel gruppo l’esperienza di memorie che inizialmente non disvelavano chiaramente il nucleo problematico della paziente, un nucleo che sembrava ancora indecifrabile, per cui neanche la paziente aveva ancora chiari gli elementi della sua sofferenza. E il lavoro insieme è stato proprio quello di immaginare cosa ricercasse la paziente nella relazione terapeutica.

Ho osservato come il gruppo abbia aiutato ad intessere la trama di un contatto sempre più intenso con la paziente, offrendomi la possibilità di vedere quello che fino a quel momento non era stato possibile vedere. Tante sono state le domande che sono nate: come procedere nel lavoro terapeutico? Come raggiungere

quelle parti della paziente che sembravano rimaste sepolte?
Come non colludere con alcune sue parti?

Domande e riflessioni che hanno fatto luce, mi hanno fatto strada nel lavoro e che hanno acceso in me un interesse per un'esperienza di crescita che sicuramente vorrò rivivere.

Daniela Moro, psicologa e psicoterapeuta ASNE-SIPSIA, **Valentina Nanni**, psicologa e psicoanalista SPI-IPA, **Marilisa Rocchi**, psicologa e psicoterapeuta ARPAD. Tutte e tre lavorano all'AIED.

Le colleghe dell'Aquila si sono unite per presentare le loro esperienze: far parte del gruppo e contemporaneamente lavorare assieme all'AIED dell'Aquila. Attraverso la descrizione del dipinto di Picasso hanno dato vita alla specificità della loro esperienza del terremoto che come allora è stato motivo di enormi sofferenze, lutti, angosce, si è ripresentato oggi, nel tempo della pandemia, nella mente degli adolescenti neonati di allora. Interessante l'idea nata da questa esperienza di formare un gruppo analogo nel loro territorio di riflessione permanente. Anche Marilisa ha vissuto la gravidanza durante l'esperienza del gruppo ed è nato Mattia.

L'appartenenza ai gruppi è sempre qualcosa di estremamente arricchente. Non si tratta soltanto degli stimoli che ne possono derivare, ma soprattutto di quel sentire di far parte di uno spazio condiviso in cui l'essere simili e l'essere diversi trovano una forma. Si sta assieme con le medesime finalità: conoscersi, condividere, confrontarsi.

In questo senso, il lavoro svolto con il gruppo dei *seminari analitici "Ripensare il caso clinico"* ha rappresentato un'esperienza ponte.

Un ponte per ripensare all'adolescenza, fonte per noi di interesse, per ritrovare e conoscere menti desiderose di scambi, approfondimenti e sostegno reciproco. Un ponte solido e robusto che rimaneva tra un incontro e l'altro e tra l'inchiostro delle note scritte, rilette e ripensate. Un ponte che ci ha permesso, dopo il lungo periodo di pandemia, di ritrovare il clima romano, sede delle nostre formazioni professionali e personali. Un ponte per sentirci di nuovo parte di un gruppo, per uscire dall'isolamento e ritrovare uno sguardo vitale, un modo di ricucire la molteplicità in un disegno generale che potesse contenerla.

Ci torna in mente l'immagine della Guernica di Picasso. Di certo è la raffigurazione di un trauma: il bombardamento della città di Guernica avvenuto nel 1937, in cui assistiamo alla riproduzione della frammentazione del reale, interno ed esterno, che ad ogni trauma segue. Tuttavia Guernica è anche uno sforzo di elaborazione di un fatto inesprimibile, presentato da più prospettive: frontale, laterale, di taglio. Lo sguardo dell'osservatore si parzializza, si divide all'infinito perché con fatica si possa operare una sintesi che restituisca il più possibile una verità. È una realtà con cicatrici e tagli, ricucita attraverso la tecnica del patchwork piuttosto che una narrazione lineare e piana, senza contraddizioni, tuttavia è proprio attraverso questo rinunciare ad una singola prospettiva che si può avere la speranza di superare un trauma.

Il gruppo di lavoro ha la medesima funzione: serve a contenere le minacce di frammentazione ed isolamento, come se ognuno potesse temere di essere un quadrato o un triangolo pronto a schizzare fuori dal quadro e la cornice del lavoro comune lo mantenesse saldo sulla tela.

La funzione di ponte è stata, inoltre, molto preziosa per consentire a noi tre colleghe di ripensare il lavoro come psicoterapeuta dell'adolescenza non solo come libere professioniste, ma anche come parte dell'equipe del consultorio Aied, con sede a L'Aquila.

Il consultorio Aied è una realtà senza scopi commerciali e senza fini di lucro, che rifiuta le discriminazioni razziali, religiose, sociali e politiche, proponendo servizi di alta qualità a tariffe sostenibili. In particolare si offrono servizi di ginecologia, senologia, psicologia e dietistica.

Riflettere con il gruppo, sotto la supervisione delle Dottoresse Busato Barbaglio e Corbò, ha sollevato molti interrogativi su quali effetti avesse provocato la pandemia su bambini/e e adolescenti. Che tipo di reazioni avevano riscontrato le colleghe e i colleghi dopo questo vortice che aveva investito noi e i/le pazienti? Come si erano modificate le relazioni analitiche? E con quali modalità erano iniziati i nuovi percorsi? Che tipo di relazioni stavano creando le terapie on line?

Un'occasione preziosa si è offerta quando, come piccolo gruppo aquilano, abbiamo potuto ricomporre le fila della nostra collaborazione attraverso la presentazione del caso clinico presentato da Marilisa.

L. è un giovane adolescente la cui madre è seguita in terapia da Valentina. Daniela si è prestata a scrivere le note di questo incontro, mantenendo traccia e memoria della condivisione. È stata non soltanto un'occasione per fermarci a riflettere assieme, laddove talvolta la quotidianità rende difficile anche il confronto con le colleghe più care ed affiatate, ma anche per tornare su alcune riflessioni che ci riguardano come cittadine aquilane. Infatti, i ragazzi e le ragazze arrivati/e nelle nostre stanze di terapia sono state/i bambini nate/i nelle vicinanze del terremoto 2009 di L'Aquila.

Con il gruppo ci siamo interrogate, quindi, sulle particolari risonanze che la pandemia evocava in noi, ma soprattutto in coloro che nell'affrontare la complessa costruzione identitaria dell'adolescenza in questo difficile periodo storico, potevano al contempo conservare memorie implicite del dramma del terremoto. Limitati nella libertà di godere della rete sociale, disgregati e impauriti allora, impossibilitati a godere delle relazioni

oggi: vissuti simili sperimentati attraverso le ansie del contesto familiare e assimilate nella memoria dei bambini di allora, ma chissà se risvegliate dai nuovi timori provocati dalla pandemia.

Queste e molte altre le riflessioni emerse nel gruppo; un senso di condivisione forte, nonostante la dimensione virtuale, ci ha permesso di sentirci e riconoscerci come piccolo gruppo, di condividere il bisogno di portare un contributo scritto a tre mani e di fantasticare sulla necessità che all'interno del nostro consultorio si istituisca un gruppo permanente di lavoro simile a quello che abbiamo trovato nei seminari analitici "ripensare il caso clinico".

*Conclusioni di **Maria Pia Corbò***

Il mosaico di interventi dei partecipanti al seminario "Ripensare il caso clinico" credo testimoni eloquentemente la preziosità dell'esperienza fatta in questi anni. Il seminario che fa parte del ciclo di seminari del gruppo "Psicoanalisi ed Istituzioni" si è mostrato in questi anni, a partire dal 2015, un momento particolarmente fertile, ricco di lavoro comune, al servizio di operatori desiderosi di condividere e approfondire la loro esperienza lavorativa, il loro desiderio di formazione continua in un sistema sanitario che non sostiene né aiuta ad affrontare i tanti momenti difficili di un lavoro sempre in contatto con la sofferenza delle persone.

Nell'esperienza di tutti ritroviamo il desiderio di rimettere al centro del lavoro la persona, prima del sintomo e della sua definizione, senz'altro importante ma che non definisce nella sua totalità quello che ogni persona è, pur nella sua incapacità a vivere, ad esprimere la propria sofferenza e il proprio bisogno.

La frequenza numerosa al seminario testimonia quanto sia importante e frequente la necessità per gli operatori di costruire

uno sguardo comune sul bisogno del paziente, per cercare di rispondervi in modo adeguato a partire anche da iniziali formazioni diverse.

Un tempo questa funzione veniva svolta dall'equipe, punto di riferimento e di sostegno nel lavoro all'interno della istituzione, ma che col tempo si è trasformata in una realtà 'burocratica' tesa soprattutto ad individuare obiettivi, valutare le prestazioni, organizzare il lavoro, lasciando gli operatori soli ad affrontare le difficoltà quotidiane con i pazienti spesso difficili, spesso con poche risorse e tempo a propria disposizione.

Nel confronto continuo è sempre interessante sperimentare come la costruzione comune di un pensiero nuovo, inedito, arricchisca sempre le menti di ciascuno e consenta a volte di ripensare anche alle impostazioni teoriche alle quali ognuno fa riferimento. Questo è stato reso possibile dal clima che si è creato tra i partecipanti: desiderio di condivisione, curiosità e attenzione all'esperienza dell'altro, aiuto ad affrontare momenti difficili del percorso terapeutico, ma anche un ripensare insieme le diverse modalità di intervento all'interno della propria struttura di riferimento, una sorta di 'supervisione' gruppale che si è rivelata molto fertile.

Rivedendo a distanza di tempo alcune situazioni sulle quali si era lavorato insieme con grande intensità, quasi un'adozione da parte di tutti i partecipanti, si è constatata l'importanza e l'utilità della riflessione comune su realtà familiari, ad esempio, gravemente disfunzionali, nella quale si era cercato di individuare e 'costruire' insieme l'intervento più adeguato.

E spesso il paziente beneficia dello sguardo attento e rispettoso di più operatori, nel lavoro col proprio terapeuta.

Il seminario inizialmente partito per gli operatori presenti in istituzioni romane, nel tempo si è allargato ad altri operatori che lavorano in istituzioni presenti in altre città, probabilmente grazie al passa parola, per arrivare fino a Londra!

Tutto questo è stato reso possibile dagli incontri svolti on line,

unica possibilità di incontro durante la pandemia Covid-19 ed ora strumento indispensabile per potersi incontrare nonostante le distanze geografiche.

Non c'è dubbio che il lavoro in presenza abbia grande importanza e che consenta un incontro con maggiori sfaccettature ma l'intensità, il desiderio di condivisione, la creatività che ogni operatore ha dimostrato di avere e che ha generosamente portato nel gruppo, ha consentito a tutti di fare un'esperienza ugualmente importante anche dal punto di vista emotivo oltre che di grande rigore scientifico.

Un esito molto importante dell'esperienza del seminario è stata la decisione delle colleghe dell'Aquila di formare un gruppo di condivisione e pensiero analogo nel loro luogo di lavoro. Questo è uno degli scopi auspicabili del seminario: 'gemmare' nuove realtà di pensiero e di lavoro condiviso che incarnino il significato profondo del nostro vivere e lavorare sul territorio, con rinnovata attenzione e senso di responsabilità.

Come avete avuto modo di leggere nei diversi lavori ciascuno ha condiviso anche esperienze personali, che hanno gettato luce nuova anche sul loro lavoro come operatori: un accenno importante e struggente al brano di un libro, l'immagine potente di un quadro di Picasso, la memoria del terremoto che ha segnato definitivamente le menti di quanti lo avevano vissuto, l'esperienza del lavoro all'estero tenendo sempre a mente le origini della propria formazione, le esitazioni e le speranze di chi si avvia nei primi passi di una professione appassionante e difficile, il dolore provato nello stare vicino ai bambini con malattie gravi, a volte terminali, e alle loro famiglie, dolore che necessita di essere accolto e condiviso per poter consentire all'operatore di essere a sua volta accogliente e in grado, per come possibile, di sostenere e accompagnare tanta sofferenza.

Particolarmente significative e gioiose sono state le nascite di due bambini: Mattia e Dafne!

L'aver seguito insieme durante il lavoro del seminario le gravidanze, l'attesa della nascita, l'aver incontrato i piccoli in braccio alle loro mamme anche se on line, credo abbiano dato a tutti noi il senso più profondo di quanto stavamo cercando di fare insieme: aiutare la vita, gli aspetti vitali di ciascuno a crescere e a maturare, cercando di essere attenti alla propria vita e a quella delle persone che ci sono affidate.

Riferimenti Bibliografici

Alvarez, A. (2014), *Un cuore che pensa: tre livelli di terapia psicoanalitica con i bambini*. Astrolabio, Roma.

Bion, W. R. (1997), *Esperienze nei gruppi e altri saggi*. Armando Editore, Roma.

Boccaro P., De Sanctis R., Riefole G., (2005), *Lo psicoanalista e le sue istituzioni. La posizione dell'analista nei Servizi pubblici e nella stanza di analisi*. *Riv. Di Psicoanalisi*, 1: 69-86.

Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Bromberg, P. M., Lingiardi, V., & De Bei, F. (2012), *L'ombra dello tsunami: la crescita della mente relazionale*. Raffaello Cortina editore, Milano.

Ende, M. (1984), *Momo*. Longanesi Editore, Milano.

Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014), *Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training*. *Social cognitive and affective neuroscience*, 9(6), 873-879.

Margherita, G., Neri, C., Angeli, S., Brunori, P., Ciavoni, M., Del Rosso, A., ... & Elia, M. (2016), *Per una psicoanalisi nelle istituzioni: Pensare in gruppo*. Armando Editore, Roma.

Monniello G. (a cura di) (2005), *Luoghi istituzionali e adolescenza*. Quaderni di psicoterapia infantile, 51. Borla editore, Roma

- Neri, C. (2017), *Gruppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ogden, T. H. (2005), *L'arte della psicoanalisi. Sognare sogni non sognati*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.
- Ogden, T. H., (2009), Casnati C. a cura di, *Riscoprire la psicoanalisi: pensare e sognare, imparare e dimenticare*. CIS editore, 2010.
- Ogden, T. H. (2016), *Vite non vissute*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Schonert-Reichl, K. A., Smith, V., Zaidman-Zait, A., & Hertzman, C. (2012), Promoting children's prosocial behaviors in school: Impact of the "Roots of Empathy" program on the social and emotional competence of school-aged children. *School Mental Health*, 4, 1-21.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Griseri, E. (1995), *I contesti dell'essere: le basi intersoggettive della vita psichica*. Bollati Boringhieri Editore, Torino
- Wittenberg, I. (1999), Ending therapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 25(3), 339-356.

*IL LAVORO PSICOANALITICO DI GRUPPO NEI SERVIZI
DI SALUTE MENTALE DELL'INFANZIA E ADOLESCENZA:
LUCI E OMBRE*

Flavia Capozzi, Teodosio Giacolini

Breve storia delle Istituzioni che si occupano di salute mentale in età evolutiva (I Parte)

Per affrontare questo tema non si può fare a meno di partire dalla nascita della Neuropsichiatria Infantile fondata nel 1965 da Giovanni Bollea in controtendenza alla divisione tra neurologia e psichiatria degli adulti, che avveniva in quegli stessi anni. Si tratta di una disciplina giovane, una realtà scientifica solo italiana, rimasta unica nel panorama europeo e anglosassone, dove sono in uso termini più divisivi come neuropediatria (neurologia pediatrica) o pedopsichiatria, psichiatria dell'adolescenza. Attualmente all'Università Sapienza di Roma la neuropsichiatria infantile, dopo un'esperienza fallimentare nel Dipartimento di Pediatria (2007-2015), è afferita nel 2016 nel Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale insieme alla neurologia, neurochirurgia, psichiatria e psicologia clinica.

Con l'istituzione della prima cattedra di neuropsichiatria infantile (1965) prese l'avvio "la straordinaria era di Giovanni Bollea", così la definì alla sua morte nel 2011 Gianluigi Monniello, aperta ai contributi della psicoanalisi, della neurologia, psichiatria, pedagogia, neuropsicologia e riabilitazione. Christopher Bollas nel libro "Se il sole esplode" (2016), ricordando la sua attività negli anni 70-80 di supervisione e consulenza svolta presso via dei Sabelli la descrive come un "esperienza preziosa ... rimane il migliore ospedale psichiatrico per bambini che abbia mai visto". Si respirava una cultura psicoanalitica diffusa in via dei Sabelli.

L'Istituto di Neuropsichiatria Infantile fu sede nel 1973 della

prima scuola speciale per terapeuti della Neuropsicomotricità per l'età evolutiva (dal 2000 Laurea di I livello) e pochi anni dopo nel 1976 del primo corso di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Infanzia e Adolescenza (ASNE; dal 2007 I. Winnicott).

Nella prolusione (1967) dal titolo "Finalità e compiti della Neuropsichiatria Infantile" nell'Aula Magna della Sapienza in occasione dell'inaugurazione della sede di via dei Sabelli (ex tribunale dei minori, concessa dall'ONMI all'Università) Giovanni Bollea espresse i principi base della disciplina appena nata, che sintetizzo nella cura dell'unità **corpomente** in stretta **relazione** con famiglia, scuola e società (ambiente) e in continua **evoluzione** (fasce di età, fasi e finestre evolutive).

Mi soffermo sul terzo principio base: "La neuropsichiatria infantile richiede uno studio pluridimensionale, frutto di **un lavoro di gruppo**: ognuno studia il soggetto dal suo punto di vista per arrivare attraverso una discussione ad una sintesi". Come è evidente fin dagli anni '60, Bollea individuò nel gruppo di lavoro o équipe (psichiatra, psicologo, terapeuta e assistente sociale) la metodologia di studio specifica della NPI, ipotizzando un'osservazione pluridimensionale e un confronto costante tra i diversi operatori "pares intra pares"(gerarchia orizzontale) attraverso cui "il sintomo è illuminato nelle sue cause, *anche organiche*, e nel suo significato, *nella dinamica relazionale*, ciò facilita la diagnosi, ma soprattutto la ricerca della linea terapeutica".

Mentre troviamo ancora attuali i principi base della disciplina, i campi di interesse clinico risultano ormai datati come le paralisi cerebrali infantili al primo posto e l'adolescenza come ultima, considerata solo in termini di disadattamento, delinquenza minorile, manifestazioni antisociali.

La psicopatologia in età evolutiva cambia insieme alla società e alle nuove conoscenze scientifiche e tecnologiche, negli anni 2000 abbiamo assistito all'aumento esponenziale dei disturbi del neurosviluppo (DSM V) e in particolare dei disturbi dello spettro

autistico. A metà degli anni 80-90 la psicopatologia dell'**adolescenza** ha assunto un ruolo centrale nella neuropsichiatria dell'età evolutiva (da NPI a NPIA) per il forte aumento delle richieste psichiatriche in questa fase dello sviluppo, per il manifestarsi di domande nuove sempre più complesse sia a livello sociale (bullismo, dipendenze, bande, violenza, disuguaglianze, migrazione) che psicopatologico (fobia sociale, isolamento, autolesionismo, DCA, disforia di genere, disturbi di personalità ecc.) e con esordi in età sempre più precoci anche in fase di fine latenza e in preadolescenza. Saranno alcuni psicoanalisti, che lavoravano in posizione apicale all'interno dell'istituto universitario, a progettare e costruire nuovi modelli diagnostici e terapeutici per la psicopatologia dell'adolescenza: Adriano Giannotti aprì il reparto di Degenza Psichiatrica per adolescenti con l'apporto determinante di Marco Lombardo Radice (1992) "la fantasia al potere" (ricordato a 30 anni dalla sua morte in un bel convegno "Casi impossibili" organizzato dall'AR-PAD un anno fa). Quasi contemporaneamente Arnaldo Novelletto nel 1982 dedicò un Servizio Ambulatoriale specifico per gli adolescenti, esteso nel 1997 su iniziativa di Teresa Carratelli nell'Ospedale Diurno diretto da Gian Luigi Monniello. Lo scorso anno è stato inaugurato un secondo reparto (8 posti letto) solo per l'emergenza e acuzie psichiatrica in adolescenza. Attualmente I nostri ex colleghi in servizio vengono chiamati dal Pronto Soccorso (DEA) del Policlinico Umberto I in una media di 3-4 volte per notte.

Ma lasciamo da parte via dei Sabelli e parliamo dei servizi territoriali di neuropsichiatria infantile: anche loro hanno avuto una storia travagliata come quella della disciplina, considerati figli di un Dio minore dalla politica in primis, dalle amministrazioni, dalla pediatria, dalla psichiatria degli adulti, ma anche dalla psicoanalisi, vedi Il *Manifesto* sulla cura e salute mentale (2021).

Basti pensare che fino a metà degli anni 70 funzionava nell'Ospedale Psichiatrico S. Maria della Pietà a Roma l'VIII Padiglione, reparto manicomiale, che accoglieva bambini con disabi-

lità (ritardo mentale) e disturbi del comportamento, ma essenzialmente figli di famiglie povere, di età compresa tra i 4 ai 14 anni, ricoverati perché “irrecuperabili e pericolosi” (Psichiatria Democratica, 1975), bene ha fatto Massimo Ammaniti a ricordarcelo nel suo ultimo libro *Passoscuro* (2022). I servizi di NPI nascono negli anni 80, con l’istituirsi del SSN, sulle ceneri dei CMPP ex ONMI, centri medicopsicopedagogici, ideati (1950) da Adriano Ossicini e delle UTR ex AIAS, unità territoriali di riabilitazione, nate su iniziativa delle famiglie (1954) per sopperire alla grave carenza di centri di riabilitazione, strutture entrambe ancora funzionanti negli anni 70. Giovanna Mazzoncini, neuropsichiatra infantile e psicoanalista, che ha lavorato fin dall’inizio nei servizi territoriali di NPIA per venticinque anni, descrive bene lo stato dei servizi di salute mentale per bambini e adolescenti “erano tutti ancora da inventare e sperimentare”. Queste strutture hanno operato per decenni all’interno dei consultori e dei servizi materno infantili. Solo negli ultimi anni con la delega alle Regioni della Sanità (2001) hanno assunto la denominazione di Servizi di Tutela, Salute Mentale e Riabilitazione per l’età evolutiva (TSMREE) e sono afferiti nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Tuttora l’organizzazione dei servizi di salute mentale per l’età evolutiva rimane ancora molto disomogenea sia a livello regionale che nazionale.

Senza una legge e nuove risorse economiche ed umane il rischio paventato da Bollea già nel 1965 che la neuropsichiatria infantile rimanesse “*una borgata di case abusive, che crescono senza un piano regolatore*” è ormai molto reale.

Il lavoro di gruppo con i bambini e gli adolescenti nelle istituzioni (II parte)

Questa premessa storica mi è sembrata necessaria per capire meglio gli aspetti critici, le carenze, ma anche le forti potenzia-

lità e le grandi trasformazioni avvenute nei servizi di salute mentale dell'infanzia e adolescenza nei loro ormai quaranta anni di attività. Ringrazio tutto il gruppo Psicoanalisi e Istituzioni per aver voluto dedicare questa mattina al tema del lavoro di gruppo in età evolutiva.

1) Da sempre il dispositivo del **gruppo** è considerato la modalità elettiva in età evolutiva sia per lo studio (diagnosi) dei disturbi neuropsichiatrici che per l'intervento terapeutico con i bambini e con gli adolescenti.

2) Le **istituzioni**, gli ospedali (reparti, diurni), i TSMREEE, le cooperative sociali, i centri riabilitativi, la scuola, le case-famiglia, possono garantire un lavoro di gruppo all'interno di una buona alleanza tra istituzione ed operatori, offrendo uno spazio-tempo (setting) stabile e sicuro dove è possibile per i bambini, gli adolescenti, ma anche per gli adulti (genitori, operatori sociosanitari, insegnanti, educatori) sperimentare forme nuove di conoscenza, ascolto e scambio relazionale. Nei luoghi istituzionali è possibile affrontare situazioni che sarebbero difficili, se non impossibili da realizzare nel privato o con approcci metodologici tradizionali. In questa direzione si posiziona il lavoro di AM. Castignani, psicoterapeuta con i gruppi di bambini affetti da malattia cronica (2007).

Nel numero di Interazioni (2018) presenta un lavoro originale con gruppi in parallelo di genitori, infermieri e medici in un reparto pediatrico di oncematologia. La *mente gruppale* aiuta a pensare una sofferenza altrimenti inaffrontabile e a considerare *“il mondo emotivo proprio e dell'altro, non come un'interferenza, un rumore da cui fuggire, ma una preziosa risorsa a cui attingere e da utilizzare nella relazione”* (Interazioni, 2018/48).

3) la scelta elettiva della **cura in gruppo** dei bambini e degli adolescenti nei servizi di salute mentale non risponde solo ad una logica economica (curare più soggetti in minor tempo e con minor numero di operatori), ma soprattutto alle nuove cono-

scienze delle neuroscienze e di psicologia dello sviluppo. L'interazione, la socializzazione sono alla base dello sviluppo cognitivo, affettivo, e di crescita relazionale di ogni bambino e ragazzo. "Stare in gruppo" risponde ad un'esigenza evolutiva irrinunciabile, la terapia in gruppo assume una dimensione ecologica, più naturale per i bambini, più attraente per gli adolescenti rispetto alla terapia individuale. Inoltre, il gruppo permette di sperimentare nuove forme di legame tra i partecipanti, con e tra i familiari (gruppi in parallelo bambini-genitori, gruppi di psicoanalisi multifamiliare), con e tra gli operatori sanitari. Nell'istituto di via dei Sabelli fin dagli anni 70 si sono organizzati gruppi terapeutici ad orientamento più riabilitativo/interattivo per bambini in età prescolare con disturbi del neurosviluppo (Fabrizi, Diomede, Levi, 1996), ma anche psicoterapie di gruppo per i bambini in età di latenza (6-11 anni) condotti dal dottor T. Giacolini (Carratelli, Giacolini, 1997), più tardi gruppi terapeutici ad orientamento psicoanalitico per adolescenti, iniziati dalla collaborazione e conduzione dei dottori T. Giacolini, A. Maltese, G. Monniello, S. Muscetta (Monniello G., Giacolini T., Maltese A., Muscetta S., 1994). Tuttora il lavoro di gruppo è una cura diffusa, molto presente nei servizi territoriali di salute mentale dell'età evolutiva, tutte esperienze preziose, che sarebbero da analizzare, raccogliere e condividere.

3) Il lavoro psicoanalitico di gruppo, può rispondere, in modo nuovo e più efficace rispetto ai tanti corsi di aggiornamento, all'esigenza formativa degli **operatori** dei servizi di salute mentale, ma direi per tutte le professioni di aiuto (medici, psicologi, infermieri, terapisti, educatori). Il gruppo dei curanti inteso come un setting mentale allargato, "uno spazio relazionale e psichico più ampio di quelli individuali" come ci suggerisce Claudio Neri (2018). È il luogo elettivo per elaborare pensieri, emozioni, fantasie, stabilire nuovi legami, ma anche per restituire un'identità professionale, un senso di appartenenza nei confronti dell'istituzione (Neri C. e al., 2014).

Questa mattina di studio è per me anche l'occasione per ricordare due cari amici, nostri colleghi scomparsi pochi anni fa: Francesca Piperno (2019), psicologa dell'età evolutiva, e Gianluigi Monniello (2016), neuropsichiatra infantile. Entrambi impegnati con grande passione nel lavoro psicoanalitico di gruppo con bambini e ragazzi all'interno di un'istituzione. Entrambi ricercatori e docenti universitari, Francesca si è più dedicata alla clinica dell'infanzia, con i bambini in età prescolare nell'ODT per i disturbi del neurosviluppo (diretto da Gabriel Levi e Anna Fabrizi) e Gianluigi da sempre dedito all'adolescenza nell'ODT per i disturbi psichiatrici (diretto da Teresa Carratelli).

Francesca ci ha lasciato una preziosa testimonianza del suo lavoro con i gruppi in due articoli sulla rivista *Interazioni* (2, 2018/48), un numero tutto dedicato alle diverse esperienze di gruppo in età evolutiva, curato da lei e da Mercedes Lugones: *“un altro molto speciale”* Bambini, adolescenti e genitori nelle istituzioni. In questi due articoli strettamente connessi viene presentato l'intenso lavoro dei gruppi in parallelo di bambini in età prescolare e i loro genitori *“nuove modalità relazionali del genitore promuovono nuove modalità relazionali nel bambino, innescando un processo virtuoso di scambi reciproci sempre più sintonici”* (Piperno, 2018). Nel gruppo dei bambini condotto da Cerracchio, Di Lucia, Sateriale *“.... appoggiandosi sulle diverse forme di rappresentazione (disegno, gioco, narrazione) si tesse continuamente il filo del significato di ciò che accade.....Il piccolo gruppo funziona anche come luogo di incontro, scambio emotivo e relazionale”* (2018). Tra i tanti aspetti originali di questo lavoro, molto interessante è la supervisione, che si costituisce come *“terzo gruppo, contenitore delle emozioni che circolavano tra i bambini, i genitori e i terapeuti”*. Viene naturale a questo punto ricordare Anna Baruzzi, promotrice e sperimentatrice negli anni 80- 90 di un modello di psicoterapia infantile di gruppo, che raccomandava ai terapeuti di saper tollerare la sofferenza del caos e della mancanza di senso delle situazioni di gruppo *“un*

paradosso è in causa e deve essere accettato, ma non risolto: la non risoluzione produce pensieri” (1981).

L’esperienza di Gianluigi Monniello con l’ospedale diurno ad orientamento psicoanalitico, realizzato all’interno di un’istituzione pubblica, ha avuto una funzione estremamente innovativa nella cura degli adolescenti. Gianluigi ha lasciato un’ampia testimonianza del suo lavoro in tante pubblicazioni e convegni (2005, 2008). In particolare, vorrei ricordare il suo intervento al III convegno nazionale sul lavoro analitico con bambini, gli adolescenti e i genitori (Caserta, 27-28 novembre 2015), dove eravamo nello stesso panel psicoanalisi e istituzioni *“L’ambiente istituzionale per rendersi terapeutico deve tendere a costruirsi come un sito analitico allargato.... nel quale sono proposte parallelamente ai colloqui quotidiani individuali, anche attività ricreative che hanno lo scopo di favorire le “libere associazioni di azioni”, di avviare nuove raffigurazioni per rilanciare il lavoro rappresentativo e di offrire nuove opportunità di rispecchiamento, confronto con i pari”*.

Nella stessa direzione mi sembra si collochi il recente libro *Laboratori* (Vecchiarelli, 2021) inserito nel portale www.psi-coanalisiiesociale.it e scaricabile gratuitamente. Si tratta di una raccolta di esperienze laboratoriali orientate psicoanaliticamente all’interno di un progetto su scala nazionale condotto da Tito Baldini *“il laboratorio è il dispositivo gruppale elettivo con cui prendersi cura dei ragazzi in uno stato al limite, con i quali, grazie al dispositivo allargato e all’estensione del metodo psicoanalitico, diventa possibile realizzare significativi processi trasformativi”* dalla recensione di Daniele Biondo nell’ultimo numero della Rivista di Psicoanalisi (2022/3). È psicoanalisi? Devo confessare che non mi sono mai appassionata al dibattito tra il puro oro dell’analisi contrapposto al bronzo delle varie psicoterapie, sono sicura che esperienze, caratterizzate da un setting stabile e da un ascolto e un pensiero psicoanalitici, possano offrire l’opportunità di un “ampliamento della libertà psichica” che

la Manfredi Turillazzi (1994) individuava come uno dei principali scopi del lavoro psicoanalitico.

Vorrei concludere ritornando al tema della mattina e al progetto un tempo denominato “Raccontare e ascoltare il caso clinico” nato nel 2014-15, patrocinato dalla Società Psicoanalitica Italiana, da sempre pensato intercentri (CdPR e CPdR) all’interno del gruppo Psicoanalisi e Istituzioni. I primi referenti del progetto furono Francesca Piperno e Alessandro Antonucci, in seguito Giuseppe Riefolo, Giovanna Montinari e Fausta Calvosa. La finalità del progetto ora denominato “Ripensare il caso clinico” è quella di favorire un incontro tra la psicoanalisi e l’esperienza dei servizi ed istituzioni attraverso il dispositivo dei seminari analitici di gruppo (SAdG). Prima della pandemia i seminari si svolgevano in presenza nella sede di via Panama, ormai da due anni su piattaforma Zoom. I SAdG sono stati all’inizio divisi in tre aree: adulti, adolescenti e bambini, solo dallo scorso anno l’area infanzia/adolescenza è stata unificata dando l’opportunità agli operatori di salute mentale dell’età evolutiva di discutere sia bambini che adolescenti. Negli anni passati si è avuta una buona partecipazione ai seminari per l’area adulti e adolescenti, mentre quelli per l’infanzia sono andati spesso deserti (per numeri e statistiche è stata dedicata la giornata di studio dello scorso anno).

Quest’anno il seminario infanzia/adolescenza, condotto da me e Teodosio Giacolini, ha avuto sette iscritti, che avvantaggiandosi del remoto, lavoravano tutti in servizi fuori Roma ed extraregione. Il numero ridotto di operatori dei servizi TSMREE, che hanno partecipato in questi anni ai seminari per l’infanzia, apre molti interrogativi.

Da una parte nei servizi le discussioni di equipe, il lavoro di gruppo, elemento fondante della neuropsichiatria infantile, sono diventate pratiche “ridotte all’osso”, per mancanza di tempo e

personale, spesso considerate un lusso. Ma c'è anche da chiedersi cosa ha portato gli operatori dei servizi di salute mentale dopo una lunga luna di miele a sviluppare una profonda diffidenza se non proprio aperta ostilità nei confronti della psicoanalisi. Il rapporto tra servizi di salute mentale per l'età evolutiva e psicoanalisi B/A, meriterebbe un attento approfondimento, ma esula dal tema di questa mattina.

Concludo con le parole di Pierandrea Lussana (2003) scritte a commento di un lavoro con i genitori in un setting istituzionale di cui era discutant *“la psicoanalisi che si può fare in istituzione... non può che essere legittima, necessaria e importante, e per metterla in melodramma ricevere l'onore delle armi”*.

Riferimenti Bibliografici

AA.VV. (1975), *Psichiatria Democratica, Bambini in manicomio*. Bulzoni ed., Roma.

AA. VV. (2005), *Luoghi istituzionali e adolescenza*. A cura di G. Monniello, Quaderni di Psicoterapia Infantile vol.51. Edizioni Borla, Roma.

AA.VV. (2010), *Udire con gli occhi: Adriano Giannotti tra neuropsichiatria infantile e psicoanalisi*. A cura di M. De Simone, V. Giannotti, F. Troncarelli, Sette Città, Viterbo.

Baldini T. (2021), *LABORATORI. Psicoanalisi applicata nel trattamento dei ragazzi al limite. Un'esperienza nazionale*. A cura di M. Bordino, G. Di Veroli, L. Penna. Vecchiarelli, Roma. www.psicoanalisiisociale.it

Baruzzi A. (1981), *Senso e non senso: il gioco della comunicazione. Gruppo e Funzione Analitica, II, 1, 21-33*.

Biondo D. (2008), *Fare gruppo con gli adolescenti*. FrancoAngeli, Milano.

Bollas C. (2015), *Se il sole esplode*. Raffaello Cortina ED., Milano, 2016.

- Bollea G. (1967), Finalità e compiti della NPI. *La Riforma Medica*, 46.
- Capozzi F. (2007) *Il lavoro psicoanalitico con i genitori nel setting istituzionale*. A cura di AM. Nicolò, *Attualità del Transfert*, Franco Angeli, Milano.
- Carratelli T., Ferrara M., Monniello GL., Sabatello U. (1998), *Adolescenti e ricovero psichiatrico: Problemi clinici e programmazione dei servizi*. FrancoAngeli, Milano.
- Carratelli T., Giacolini T. (1997) La nascita del senso di Noi: la psicoterapia del “we go”. *Psichiatria dell’Infanzia e Adolescenza*, 64, 339-350.
- Castignani AM. (2007), Il gruppo in ospedale: tra bisogni fisici e psichici. *Koinos Gruppo e funzione analitica*, 28, 1-2; 129-148.
- Castignani AM. (2018), Genitori, infermieri e medici in ospedale. Il gruppo in oncoematologia pediatrica. *Interazioni* 2/48; 77-93.
- Cerracchio S., Di Lucia E., Sateriale L. (2018), Piccoli in gruppo. *Interazioni*, 2, 48, 50-65.
- Fabrizi A., Diomede L., Levi G. (1996), La terapia interattiva nei bambini con Disturbi dello Sviluppo tra 18-30 mesi. *Psichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza* 53: 653 -654.
- Lombardo Radice M. (1992), Una concretissima utopia (raccolta di saggi e interventi). Linea d’ombra, Milano.
- Manfredi Turillazzi S. (1994), *Le certezze perdute della psicoanalisi clinica*. Cortina, Milano.
- Monniello GL. (2008), Ruolo della Funzione contenitiva. *AeP. Adolescenza e Psicoanalisi*, III, 2, 67-76.
- Monniello G., Giacolini T., Maltese A., Muscetta S. (1994), *L’adolescente e la psicoterapia di gruppo*. Atti del XVI Congresso S.I.N.P.I., Brescia 21-24 settembre 1994.
- Neri C. (2018) Il dispositivo teorico che impiego nel lavoro di psicoanalisi di gruppo. *Interazioni*, 2, 48, 15-23.
- Novelletto A. (2009), *L’adolescente. Una prospettiva psicoanalitica*. Casa Editrice Astrolabio, Roma

Piperno F., Cerracchio S., Sateriale L., (2016) Dallo spazio fisico allo psichico: lo squalo e il viaggio del gruppo. *Funzione Gamma*, 35 (rivista telematica).

Piperno F. (2018), Il gruppo dei genitori, un luogo per pensare insieme. *Interazioni*, 2, 48, 36-49.

Neri C., Patalano R., Salemme P., a cura di, (2014), *Fare gruppo nelle istituzioni*. FrancoAngeli, Milano.

*SERVIZI DI SALUTE MENTALE PER L'ETÀ EVOLUTIVA
COME BENE PRIMARIO*

Antonio Palmieri

Queste brevi considerazioni nascono nel contesto di una partecipazione all'attività seminariale proposta per l'anno 2022 dall'Istituto di Psicoanalisi Romano nelle figure della Dott.ssa Flavia Capozzi e del Dott. Teodosio Giacolini.

Questa è stata per me fonte di arricchimento professionale e sostegno teorico per il lavoro che svolgo in un TSMREE nella provincia di Roma.

Molto si potrebbe dire della parola Istituzione. Abbiamo perso le tracce della derivazione latina che si riferisce all'educare per collocarla nei termini dell'istituire, del fondare in termini di stabilità (Coltellazzo-Zolli DELI, 1999, Ed. Zanichelli). “Non vi è società senza istituzioni” (voce Istituzione Enciclopedia Einaudi)

Le Istituzioni si basano su regole, richiedono ordine e procedure (Enciclopedia Treccani, in rete), e implicano relazioni sociali condivise. Il richiamo è all'aspetto Etico. L'Etica di gruppo, che implica lo sguardo dell'altro e lo spazio condiviso. In questo caso è implicata l'etica dello sviluppo e della salute nell'infanzia e adolescenza.

Ma da medico NPI non psicoanalista, ma interessato alla psicoanalisi, vorrei dire che l'Istituzione talvolta più che un vantaggio, sembra assumere l'aspetto di un oggetto misterioso, onni-comprendivo, vorace, da maneggiare con cura. Lavorare come medico per la sola Istituzione è un ‘impegno civile’, gravoso e poco remunerativo.

L'Istituzione sembra emergere nello spazio del reale con il tramite di regole e leggi. Le leggi dovrebbero poter dare seguito ai bisogni della società che rappresentano, essere eticamente

condivisibili, nell'auspicio di un "principio di realtà" che permetta un incontro tra ciò che si è immaginato e quello che può essere veramente realizzato. Come dice G. Monniello (2016) "L'Istituzione si delinea come luogo di umanizzazione, di partecipazione allo scambio con gli altri, di gruppaltà e di socialità".

Le spinte della società civile possono influire sulle istituzioni, ma spesso è la volontà politica a prevalere e saturare ogni spinta evolutiva. Questo processo di 'appropriazione indebita', argomento troppo lungo e complesso da trattare in questa sede, rischia di danneggiare un "apparato per pensare" e la costituzione stessa della mente gruppale.

Il SSN rappresenta un punto fondamentale di una buona Istituzione. Ma il marasma attuale di alcuni Servizi inseriti nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) è evidente. Mi chiedo quale sia stata la "fantasia inconscia istituzionale" alla base dei Servizi Territoriali preposti per l'infanzia e l'adolescenza (TSMREE). La nascita dei TSMREE ci insegna che l'emergere della struttura non è mai elemento sufficiente per la funzione, tantomeno indice di buona funzione. Il passaggio dall'VIII Padiglione del S. Maria della Pietà ai TSMREE (M. Ammaniti, 2022), che potremmo chiamare dall'ISTITUZIONALIZZAZIONE all'ISTITUZIONE di un Servizio Essenziale, ha assunto nel tempo le caratteristiche di un salto nel vuoto. Sempre più presente un processo di marginalizzazione e burocratizzazione di questi servizi a discapito di processi di pensiero, di organizzazione condivisa (secondo le buone pratiche), di integrazione tra operatori e tra servizi. Ci si muove casualmente con nonchalance tra corpo e mente, tra diagnosi, terapie e pratiche assistenziali, in un ambito di complessità mal definita, raccogliendo bisogni autentici, ma anche richieste improbabili o fuorvianti.

Nessuna procedura o regola unitaria, nessun costrutto scientifico di riferimento, tutto lasciato alla disponibilità e alla formazione personale dei singoli. L'aggiornamento degli operatori ap-

pare fuori contesto e senza un progetto comune. Il lavoro istituzionale dovrebbe rappresentare e “favorire l’articolazione tra trattamento, formazione personale permanente e ricerca” (G. Monniello, 2016). Il territorio, come base produttiva delle più svariate e imprevedibili necessità, si presterebbe a tale scopo, a patto che risorse adeguate venissero allocate correttamente. Il territorio contempla continui scambi interistituzionali (Salute, Scuola, Privato sociale, Istituzione giudiziaria, Politiche sociali, e quanto altro). Il territorio presenta problematiche che spesso hanno bisogno di risposte immediate. A tal proposito possiamo dichiarare senza paura di essere smentiti che in età evolutiva l’etica dello sviluppo, il ‘disagio psichico’, l’appartenenza al gruppo devono rientrare parimenti nella ‘dimensione dell’urgenza’.

Nelle Istituzioni si lavora in gruppo. Non può esistere la solitudine di un setting duale. Il lavoro di equipe implica un pensiero grupppale, ma oggetti provenienti dallo spazio interiore di ognuno penetrano nella realtà ordinaria, distorcendo e deformando la struttura del reale (S. Zizek, 2006)

L’assetto mentale operativo dall’accoglienza alla dimissione (PDTA) è fondamentale. Come è importante che possa emergere un pensiero grupppale in grado di contenere/sostenere/maneggiare con cura la persona ‘presentata’ e il suo ‘ambiente di vita’.

Nel sostenere la salute mentale nell’infanzia e nell’adolescenza alla base di regole sociali condivise, e a garanzia di un ‘Assetto’ interno degli operatori consono alla complessità di tali servizi, la psicoanalisi potrebbe dire e dare molto.

Riferimenti Bibliografici

Ammaniti M., (2022), *Passoscuro*, Bompiani, Milano.
Bion W.R., (1961) *Esperienze nei gruppi*, Armando Editore, Roma, 1979.

Fiennes S., (2006), *Guida perversa al cinema*, 2012.
Freud S., (1927), *L'Avvenire di un'illusione*, Bollati Boringhieri
Ed., Torino, 1978.
Monniello G., a cura di (2016), *Rivista Adolescenza e Psicoanalisi*, n°1, Magi Editore, Roma.

I SEMINARI ANALITICI DI GRUPPO PER OPERATORI DCA: IPOTESI DI LAVORO

Flaminia Cordeschi

La richiesta di formazione

Nel 2021 e nel 2022 abbiamo svolto, Anna Bovet e io, dei seminari teorici sui Disturbi del Comportamento Alimentare – destinati agli operatori dei servizi – presso la Società Psicoanalitica Italiana (SPI), nell’ambito del progetto “Ripensare il caso clinico” sviluppato dal gruppo “Psicoanalisi e Servizi”.

I seminari sono frutto dell’esperienza, sviluppata nell’arco di venti anni attraverso il lavoro nel campo dei DCA con l’associazione DAI, che unisce psicologi, psichiatri, endocrinologi e nutrizionisti e collabora con gli ospedali di Roma che hanno reparti per i DCA (ora noti a livello internazionale come DAN, Disturbi dell’alimentazione e della nutrizione).

Durante l’esperienza dei seminari teorici abbiamo constatato che una forte richiesta di formazione riguardava, più che la dimensione teorica, la gestione clinica dei pazienti con DCA.

I DCA da molti anni presentano una progressione numerica, ma da quando si è diffuso il Covid si è avuta un’accelerazione con un aumento di circa il 30% delle domande di aiuto. Sono inoltre cambiate alcune caratteristiche della patologia.

Attualmente le strutture pubbliche sono in sovraccarico, il che ha portato a una maggiore collaborazione tra pubblico-privato e a una forte domanda di formazione da parte degli operatori di entrambi i settori.

Quest’anno proponiamo dei seminari analitici di gruppo (in seguito anche SAG) dedicati ai DCA che coinvolgono nella discussione dei casi clinici operatori con qualifiche diverse (psicologi, medici, nutrizionisti, non sempre formati da un punto di vista analitico). Pensiamo che possano essere d’ausilio, in particolare, per lo

sviluppo di un pensiero grupale volto a elaborare le situazioni di *impasse* spesso presenti nel percorso di cura di questi pazienti.

Alcune questioni specifiche relative ai DCA

Le linee guida per il trattamento clinico dei pazienti con DCA prevedono un lavoro di rete svolto all'interno di un'équipe multidisciplinare seguendo alcune indicazioni specifiche. Sono indicazioni che, tuttavia, favoriscono in alcuni casi prassi di cura che allontanano da una reale comprensione clinica.

È invece indispensabile una riflessione caso per caso, in termini psicoanalitici, che aiuti a cogliere le diverse forme del conflitto corpo-mente con il loro possibile sviluppo e a scegliere volta per volta le priorità (mediche, psicologiche a livello individuale e familiare) in grado di rispondere alla domanda di aiuto gestendo nel migliore dei modi i momenti d'urgenza, che rappresentano un possibile *vulnus* del difficile percorso di cura.

Anche se i comportamenti di questo tipo di pazienti hanno caratteristiche “seriali”, vi è una complessità delle forme e delle fluttuazioni sintomatiche che rende i quadri clinici sempre nuovi.

Nell'ultimo periodo, inoltre, l'esordio si è abbassato a 11-12 anni – prima era intorno ai 15-16 – e ai sintomi strettamente alimentari si sono abbinati comportamenti di tipo autolesivo (tagli, tentativi di suicidio) riferiti ad aspetti di non accettazione dell'immagine corporea non diversi da quelli dei DCA.

L'identità di questi pazienti presenta una relazione disarmonica tra corpo e mente che si manifesta prevalentemente in un vissuto d'inadeguatezza e nel ricorso al meccanismo di difesa della dissociazione corpo-mente. Il sintomo DCA offre un supporto alla ricerca dell'identità e dà visibilità al conflitto tra questa e il legame con l'altro che assume aspetti minacciosi per l'equilibrio narcisistico del soggetto.

In altri termini, il disturbo del comportamento alimentare introduce un registro evolutivo che, pur comportando un attacco al corpo reale, fornisce una sorta di soluzione temporanea al disagio psicologico garantendo sopravvivenza psichica e partecipazione alla vita, nonostante il precario senso di sé, il senso di inadeguatezza interna, il vissuto di vulnerabilità, contribuendo a definire un primo “confine” tra esterno e interno.

Poiché il DCA è prevalentemente sentito dal paziente come un'autocura, può essere superato solo gradualmente. È necessario tollerare che il paziente continui ad avere il sintomo per molto tempo, cercando di ridimensionare gli aspetti lesivi per il corpo. Mantenere il sintomo in modo moderato, indebolito o modificato è un'operazione di modulazione molto complessa, soprattutto per le figure di tipo medico.

I medici e i nutrizionisti spesso raccolgono alcuni aspetti del paziente, gli psicologi e gli psichiatri altri e, in genere, ogni partecipante alla cura entra in risonanza con un aspetto diverso del materiale clinico. Si possono quindi produrre conflitti nell'équipe che ricalcano i conflitti interni del paziente, il quale non riesce a realizzare dialogo e integrazione tra aspetti che vengono avvertiti come “slivellati”, con il conseguente tentativo di organizzarli attraverso la dissociazione corpo/mente.

Scissioni, proiezioni e identificazioni proiettive del paziente e dei familiari che si sono attivate nella relazione terapeutica si riproducono nella mente gruppale dei curanti.

I vissuti problematici prevalenti che il gruppo sperimenta nel rapporto con questi pazienti riguardano le angosce d'impotenza e di morte.

I SAG come strumento adatto per riflettere sui pazienti con DCA

Dinamiche in parte simili possono ricrearsi nei SAG che intendiamo svolgere alla SPI, nei quali è importante lavorare sull'intreccio di fattori individuali, contestuali e sociali, su come integrare l'ambiente sociale e su come creare un'alleanza terapeutica*.

Le dinamiche che si producono nei SAG rivelano, e almeno in parte riproducono, la modalità di funzionamento dell'équipe che segue il paziente, anche se sono presenti solo alcuni dei suoi componenti, spesso uno solo, di solito lo psicologo o lo psichiatra.

La possibilità di far emergere, riconoscere e ampliare le immagini, le emozioni, le percezioni sensoriali e corporee permette di contattare gli aspetti muti, oscurati, scissi o dissociati, le aree traumatiche, spesso comunicate attraverso agiti, che riguardano il paziente, ma anche gli operatori nel rapporto con il paziente.

Mettere in comunicazione questi aspetti psichici, digerirli collettivamente, rappresentarli progressivamente nello spazio somato-psichico del gruppo crea legami tra la dimensione concreta e la dimensione del pensiero simbolico e onirico. Quest'ultimo, in particolare, permette di sviluppare elementi non necessariamente legati al singolo paziente, riportandoli a livello generale e rendendoli più facilmente comprensibili. Il SAG non è, infatti, e non aspira a essere, una sorta di supervisione di gruppo, nella quale si lavora anche sulle dinamiche individuali e che spesso include delle specifiche indicazioni operative.

Il SAG, in ogni caso, consente una nuova aggregazione degli elementi del campo psicologico e dà modo di tenere insieme aspetti che possono apparire non riconoscibili per una mente individuale, pensieri non sempre consapevoli, creando un effetto di sintonizzazione del gruppo in grado di accogliere gli stati mentali ancora non integrati. L'ascolto multiplo può portare a riconoscere di volta in

* I seminari oggetto della proposta qui sintetizzata sono in effetti iniziati a marzo 2023.

volta la priorità/urgenza emergente nel campo mentale e a indicare la strada per i passaggi successivi, fintanto che i dis-livellamenti corpo-mente non siano sufficientemente ridimensionati e si possa favorire l'integrazione corpo-mente nel paziente.

La condivisione e lo scambio emotivo nel gruppo sono utili per la trasformazione dei vissuti angosciosi e persecutori, permettendo un alleggerimento e una rivitalizzazione della mente dei curanti rispetto allo stato di oppressione che spesso si sperimenta con questo tipo di pazienti.

POSTFAZIONE

Sarantis Thanopulos

Questo libro, a cura di Gabriella de Intinis, Nicoletta Facenda, Adriano Purgato, Pier Luca Zuppi, rappresenta una sintesi provvisoria del lavoro del gruppo Psicoanalisi e Istituzioni della Società Psicoanalitica Italiana. Raccoglie delle proposte sul contributo che la psicoanalisi può dare all'interno dei servizi della salute mentale e delle comunità terapeutiche. Testimonia innanzitutto l'impegno civile, sociale e politico degli psicoanalisti. Dà conto della loro cultura clinica che è fondata sul prendere cura della persona sofferente aiutandola sia a elaborare la propria sofferenza sia a realizzare una gestione personale del suo desiderio e a esprimere al meglio le sue potenzialità creative.

Senza pretendere di inquadrarla in canoni o formule di benessere o conformarla a questo o a quell'altro standard di vita.

Per gli analisti ogni persona va considerata nella sua irriducibile singolarità e sostenuta nel costruire un modo personale di essere e di vivere che deve rimettere in gioco dimensioni erotiche, affettive, mentali, e anche parti di sé, rimosse, inibite, scisse o precluse. Ciò richiede una singolare attenzione alla soggettivazione dell'esperienza e pone al centro della cura la costituzione antinomica della soggettività che poggia sull'incontro tra il particolare e l'universale. La persona sofferente va sempre considerata all'interno dei suoi legami sentimentali, familiari, comunitari e socioculturali.

Nel Dicembre del 2021 è stato presentato a Napoli il Manifesto della Salute Mentale nella cui redazione e diffusione la SPI ha giocato un ruolo importante. Il Manifesto è diventato un punto di riferimento per tutti coloro che nel campo della salute mentale desiderano uscire dalla stagnazione in cui versa attualmente il suo sistema. Perché difende alcuni principi fondamentali della cura psichica che il dominio del modello biomedico

negli ultimi due decenni aveva messo da parte:

- Il diritto delle persone sofferenti a essere prese in cura all'interno della comunità di cui sono parte. La realizzazione di questo diritto necessita da una parte di un lavoro complesso di reinserimento culturale, sociale, lavorativo e politico e dall'altra di un sostegno costante della comunità nella sua funzione di accoglienza. L'impostazione multiculturale, multidisciplinare della cura a partire dalla sua tripartizione: intervento farmacologico, psicoterapia, reinserimento socioculturale. La tripartizione non implica una divisione dell'intervento terapeutico tra i settori che la costituiscono, richiede, al contrario un loro coordinamento e una loro integrazione.

- La centralità dei servizi territoriali come luoghi in cui si svolge l'attività clinica, si imposta il reinserimento nella comunità, si fa ricerca e anche attività formativa permanente degli operatori.

- Il fondamento dell'attività dei servizi sulla soggettivazione dell'esperienza di cura e sulla reciprocità degli scambi, a tutti i livelli, tra i soggetti che in essa partecipano (operatori, ricercatori, persone sofferenti, familiari, membri della comunità).

- Il conseguimento di una politica preventiva rigorosa e efficace che potenzi fortemente la cura dei bambini e adolescenti (senza la quale il sistema della salute mentale non regge), il sostegno delle realtà familiari e sociali fragili e un'accurata ricerca epidemiologica, lo strumento che deve orientare strategicamente tutte le modalità di intervento.

La partecipazione della SPI al Manifesto ha ragioni profonde:

- Senza l'umanizzazione della cura nella salute mentale, senza l'emancipazione definitiva e irrevocabile da un sistema che relaziona dati di laboratorio e esseri umani, sono in pericolo serio il pluralismo scientifico, i diritti delle persone sofferenti e una visione democratica delle relazioni tra gli abitanti della Polis. La medicalizzazione della sofferenza psichica e la cultura di

un “benessere psicologico” basato su stereotipi e formule predefinite spingono verso l’omologazione dei modi di sentire di pensare e di vivere.

- La psicoanalisi è un pensiero critico che non cancella le contraddizioni e conflitti, ma li valorizza come espressione di libertà e di potenzialità creative da sviluppare. Si rinnova attraverso il suo continuo interrogarsi su sé stessa e la sua messa in discussione sul piano clinico da parte delle persone che ne fanno uso. Prospera solo nel pluralismo scientifico che implica un costante dialogo tra i saperi e all’interno di una cultura democratica che è fortemente penalizzata quando la sofferenza psichica è espulsa dalle relazioni tra i cittadini.

- L’espulsione della sofferenza dalla Polis e il suo isolamento attraverso la sedazione che comporta una repressione della soggettività e, di fatto, un’abolizione della cittadinanza delle persone più sofferenti, crea una sofferenza “grigia”, inodore e invisibile, che si diffonde in tutta la comunità facendola ammalare seriamente. Questa sofferenza inaccessibile alla diagnosi e alla cura è oggi la fonte principale della violenza che esplode improvvisamente, senza motivi apparenti.

- È molto importante difendere la riforma Basaglia. Questa riforma è stata un atto di civiltà nel campo della cura e delle relazioni culturali, sociali e politiche del nostro paese. Ha reinserito le persone sofferenti a pieno diritto nella loro comunità e ha collocato il dolore psichico nell’ambito delle relazioni umane fondate sul senso di responsabilità nei confronti degli altri e di sé stessi, conferendogli un senso sociale condiviso e un valore comunicativo e espressivo. L’incomprensione tra la psicoanalisi e i riformisti ha danneggiato molto il campo della cura psichica e ha favorito l’egemonia del modello biomedico che ha neutralizzato gran parte del contributo fortemente innovativo della riforma. Una parte consistente degli psicoanalisti ha sottovalutato il fattore sociale nella determinazione del malessere psichico nei singoli individui e anche la sofferenza psichica della società nel

suo insieme. I riformisti, dal canto loro hanno frainteso la natura del lavoro psicoanalitico riducendolo a un approccio tecnico, alla pura applicazione di principi tecnici. Nulla è più lontano dalla psicoanalisi di una clinica fondata sulla tecnica. La tecnica psicoanalitica consiste in una serie di accorgimenti che allontanano la persona sofferente dall'agire concreto e ripetitivo e dall'adattamento ai comportamenti considerati socialmente corretti e funzionali. Che le consentono di sostare nel campo onirico dell'esperienza (in cui pensiero razionale e irrazionale coesistono e si compenetrano tra di loro), attivando lo spazio tragico di profonde trasformazioni soggettive capaci attraverso il loro effetto "catartico" di riaprire la relazione con l'alterità nel punto in cui essa è gravemente inibita o preclusa.

- La psicoanalisi restituisce al soggetto uno spazio di elaborazione personale del dolore e del lutto, gli offre la possibilità di liberare un potenziale espressivo, comunicativo e creativo precedentemente represso o rimasto mutilato e in attesa di una riparazione. Non lo può fare senza tener conto della realtà socio-culturale in cui opera che costantemente entra nel suo spazio di cura, attraverso le vicissitudini e la storia dei suoi analizzandi. Nelle situazioni di malessere più destrutturante il lavoro analitico necessita di un'integrazione determinante con il lavoro del reinserimento sociale, incluse tutte le forme di attività artistica, espressiva che aiutano le persone che soffrono a costituirsi come soggetti pensanti e creativi senza dovere essere "guariti", essere omologati ai modelli sociali dominanti nel campo delle relazioni collettive.

L'alleanza necessaria tra la psicoanalisi e il lavoro socioculturale del reinserimento delle persone sofferenti nella loro comunità, non è rivolta contro l'approccio biomedico alla sofferenza che dà un contributo indispensabile all'alleviamento del dolore. Mira ad affermare la centralità dei processi di soggettivazione. Qualsiasi sia la causa prima del disagio psichico grave (ammesso che una tale causa esista all'interno della complessa

relazione tra fattori genetici, sociali e psichici che lo determina) il soggetto ferito ha il diritto inalienabile di dare un senso personale alla sua appartenenza al mondo.

La particolarità del libro sta nella chiarezza e intelligenza con cui delinea alcune prospettive fondamentali del lavoro ad orientamento psicoanalitico nell'ambito dei servizi della salute mentale e nelle comunità terapeutiche.

Grande attenzione è dedicata al lavoro con gli adolescenti. L'adolescenza non è solo una cruciale fase di transizione dalla cui evoluzione dipende l'inserimento sano dei cittadini nella vita sociale e la loro costituzione come soggetti liberi e responsabili al tempo stesso. È anche la cerniera sulla quale si regge l'equilibrio del nostro mondo psichico tra lo sguardo sognante dell'infanzia e lo sguardo esperto, incline alle mediazioni, alla prudenza e ai compromessi, della vita adulta.

Il lavoro degli analisti con gli adolescenti nei servizi e nelle comunità terapeutiche privilegia l'onestà intellettuale e affettiva e la coerenza di fondo della loro posizione di terapeuti sia quando ascoltano sia quando abbozzano i loro interventi interpretativi. Nulla detestano di più gli adolescenti dell'ipocrisia a fin di bene e dell'incoerenza degli adulti coperta da mistificazioni pseudoeducative che essi interpretano come opportunismo. Hanno bisogno di interlocutori affidabili che quando cambiano il loro punto di vista hanno il coraggio di riconoscerlo testimoniando una reale disponibilità di ascolto e di accoglienza.

Gli "adolescenti difficili" sono il punto di incontro tra le difficoltà intrinseche della transizione adolescenziale e la difficoltà crescente della società degli adulti di accoglierla e di comprenderla. La loro "antisocialità" è il luogo in cui lotta per vivere la loro esigenza di incoerenza tra spinte contraddittorie che hanno il loro centro di gravità nello sviluppo di un corpo sessuato inevitabilmente problematico nella sua significazione e gestione. La loro incoerenza svolge funzione di sperimentazione e ha per

loro la stessa importanza che ha per i bambini il gioco. Si sentono sintonici con la loro disfunzionalità e distonici con la funzionalità che gli adulti pretendono da loro pensata a partire dalle loro esigenze e regole.

Il lavoro ad orientamento analitico nelle comunità terapeutiche che si occupano di adolescenti che hanno subito forti traumi e abusi nella fase critica dell'inizio del loro sviluppo psicosesuale -molto spesso all'interno della loro famiglia che regolarmente si presenta a sua volta come traumatizzata e traumatizzante-, si svolge elettivamente in gruppi condotti da terapeuti esperti. È importante che nel lavoro di gruppo ci siano momenti di partecipazione di tutti gli operatori e più in generale che ci sia una permeabilità tra i vissuti e i pensieri degli adolescenti e la cultura affettiva e di cura prodotta dall'insieme della comunità nelle sue varie stratificazioni di ruoli e funzioni.

Il lavoro include lo sviluppo di modalità di espressione e di comunicazione creativa attraverso la fabbricazione di manufatti, la rappresentazione teatrale, la musica, il canto, il ballo, la conversazione gruppale su temi vari di attualità. Al lavoro creativo si associa la sua significazione in gruppo che aiuta a meglio comprendere i vissuti, i sentimenti e pensieri personali precedentemente inesprimibili, perché sequestrati nel sistema difensivo contro il trauma che comprimendo l'apparato psichico è traumatico in sé stesso. L'attività creativa dà voce alle aree della soggettività traumatizzate e messe fuori dalla vita, attraverso la produzione di spazi di gioco che estendono il desiderio di vivere, pur senza annullare l'inibizione mentale causata dal dolore. È il lavoro di significazione che consente la riappropriazione della libertà di rappresentazione di sé e del mondo, una volta che l'attività creativa ha fatto ossigenare, respirare le aree asfittiche delle emozioni e del pensiero. Così la creazione metaforica e reale di nuovi oggetti di desiderio produce una soddisfazione personale e condivisa e un'esperienza il cui godimento e significato non è prevalentemente appannaggio degli altri.

Particolarmente utile nella cura degli adolescenti nelle comunità e nei servizi è l'approccio multifamiliare: la costituzione di gruppo di dialogo basato sulla tolleranza e la libertà di esprimersi che coinvolge un gruppo di adolescenti e le loro famiglie, in particolare i loro genitori. Lo strumento della terapia multifamiliare consente di lavorare con gli adolescenti e le loro famiglie contemporaneamente. Attivando prospettive transferali multiple e un gioco di rispecchiamenti rende le narrazioni e le fantasie personali condivisibili e redistribuisce all'interno di una rete contenitiva il dolore e l'angoscia individuale facilitando la loro elaborazione. Ricolloca il malessere nello spazio familiare della sua genesi liberando il singolo soggetto dal suo ruolo di ricettacolo di un disagio comune. Amplia al tempo stesso il campo visuale attraverso il confronto tra diverse realtà familiari che mettendo in evidenza varianti e invarianti del medesimo dramma umano facilita l'elaborazione e il superamento dei vissuti traumatici. La violenza del trauma e l'aggressività da esso generata cedono gradualmente il posto all'espressione del desiderio che il trauma ha sepolto. Gli impulsi violenti che inibivano l'espressione delle proprie emozioni, perdono il loro carattere coercitivo, che li porta verso la scarica, e sfociano in comunicazioni di vissuti intensi e perciò temuti in forma spesso impropria, ma anche più significativa.

La terapia multifamiliare e la terapia di gruppo sono gli strumenti più funzionali dell'intervento psicoanalitico nelle comunità e nei servizi per i bambini, gli adolescenti e gli adulti.

Ad essi si affianca la terapia individuale e della famiglia nelle situazioni in cui il loro approccio più strutturato è possibile e può rappresentare una soluzione appropriata per il singolo soggetto sofferente. Uno spazio personale di elaborazione e peraltro sempre consigliabile, soprattutto nei momenti più critici della sofferenza. In una situazione ottimale ogni persona deve essere presa in carico dall'equipe del servizio a livello individuale, familiare e gruppale.

Last but not least un contributo importante al buon funzionamento dei servizi della salute mentale e delle comunità terapeutiche, gli psicoanalisti lo possono dare attraverso lo strumento della supervisione. Negli ultimi tempi si è affermato sempre di più l'intervisione: non una supervisione di un gruppo di operatori da parte di un analista esperto delle dinamiche psichiche inconscie, ma la costruzione di un lavoro gruppale di elaborazione di un materiale clinico basato su associazioni libere piuttosto che su interpretazioni. Nel libro è esposta con chiarezza una versione interessante di questo tipo di lavoro: il Seminario Clinico di Gruppo. Il Seminario è costituito da un gruppo di operatori (psichiatri e psicoterapeuti già formati o in formazione) e da uno o più conduttori psicoanalisti che discutono di un caso clinico. Esso è uno strumento particolarmente utile nel lavoro con soggetti sofferenti difficili in situazioni in cui si crea un'impasse affettiva e mentale provocante una stagnazione della cura con il serio rischio di un rifugio difensivo nella razionalizzazione. Il seminario serve a ampliare lo spazio dell'ascolto e della comprensione e a sprigionare la relazione terapeutica da schemi di lettura predefiniti, aderenti ideologicamente a dispositivi teorici astratti dall'esperienza clinica vera.

L'apporto psicoanalitico è mancato drammaticamente alla cura psichica nella salute mentale negli ultimi dieci anni. È tempo che esso rioccupi il posto che gli spetta in essa. Per dovere nei confronti della comunità, ancor prima che per merito. La responsabilità degli analisti è dunque grande e ad essa deve corrispondere un impegno importante.

INDICE DEGLI AUTORI

Martina Andrico: Psicologa, ha effettuato il tirocinio presso ASL di Novara. andricomartina@gmail.com.

Alessandro Antonucci: Psicoanalista Associato SPI-IPA, psicoanalista di Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare, Direttore UOC3 DSM ASL ROMA 1, alessandro.antonucci@aslroma1.it.

Sara Bartolucci: psicologa psicoterapeuta sistemico relazionale e psicoanalista multifamiliare. Socia attiva Lipsim (Laboratorio Italiano PSicoanalisi Multifamiliare) ed allieva didatta presso l'istituto di psicoterapia relazionale (IPR) di Roma. Libera professionista. sara.bartolucci1@gmail.com.

Carla Busato Barbaglio: Psicoanalista Ordinaria con funzione di Training-SPI-IPA, esperta in bambini, adolescenti e famiglie SPI-IPA. busato.carla@gmail.com.

Fausta Calvosa: MD, PhD, Psichiatra, Psicoanalista Associata SPI-IPA, Membro Associato Centro Psicoanalitico di Roma, Psichiatra presso il CSM D8 Asl Roma 2 dove svolge un Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare dal 2015, Referente per il Centro Psicoanalitico di Roma del gruppo intercentri romano "Psicoanalisi e Istituzioni". fausta.calvosa@gmail.com.

Flavia Capozzi: Psicoanalista Ordinaria SPI-IPA, neuropsichiatra infantile, già dirigente medico e ricercatore presso l'istituto di Neuropsichiatria Infantile del Policlinico Umberto I - Università Sapienza di Roma, flavia.capozzi@fondazione.uniroma1.it.

Maria Pia Corbò: Psicoanalista Ordinaria SPI-IPA, Specialista per bambini e adolescenti e famiglie SPI-IPA. pia_corbo@yahoo.it.

Flaminia Cordeschi: Psicoanalista Associata SPI-IPA, Psicologa clinica, Socio ordinario della Scuola Romana Rorschach. Dal 2011 è Presidente l'Associazione DAI - Disturbi Alimentari in Istituzione – associazione fondatrice della Federazione Italiana Disturbi Alimentari (FIDA), della quale è past-president. È autrice di diverse pubblicazioni prevalentemente sui temi di DCA e dei gruppi terapeutici monosintomatici. flaminia.cordeschi@gmail.com.

Anna Correale: Psicologa, Psicoterapeuta, Psicoanalisi Multifamiliare, Comunità terapeutica Maieusis. annacorreale27@gmail.com.

Anna Maria Dalba: Psicologa e Psicoterapeuta ad indirizzo psicoanalitico dell'Adolescenza e del Giovane Adulto ARPAd (Associazione Romana Psicoterapia Psicoanalitica dell'Adolescenza e del Giovane Adulto), Socia Ordinaria e Didatta ARPAd, Socia Cooperativa Rifornimento in volo, Socia Responsabile Area Famiglie e Coordinatrice Area Clinica Cooperativa Rifornimento in volo, socia attiva Lipsim. a.dalba@rifornimentoinvolo.it.

Maria De Pascale: Psicologa e Psicoterapeuta Gruppoanalista, specializzata presso la C.O.I.R.A.G. Dirigente Psicologa presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'ASL di Novara. mari.dp@gmail.com.

Francesca Galli: Psicologa e Psicoterapeuta, specializzata presso la Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Età Evolutiva. Specialista Ambulatoriale presso il Servizio di Psicologia/ Neuropsichiatria Infantile dell'ASL di Novara francesca.galli.74@gmail.com.

Teodosio Giacolini: Psicoanalista Ordinario SPI-IPA, Psicologo, Psicoterapeuta, Psicoanalista Adulti, Bambini/Adolescenti, Coppia, lavora presso il Dipartimento Neuroscienze Umane, Università di Roma Sapienza. teodosio.giacolini@gmail.com.

Michela Melillo: Neuropsichiatra Infantile, Associanda SPI, Master in Psicoanalisi Multifamiliare presso LIPSIM, Socia PCF, EFPP e SIEFPP. Dirigente Medico Neuropsichiatra Infantile presso l'ASL di Novara. michelamelillo@hotmail.it.

Giovanna Montinari: Psicoanalista Ordinaria SPI-IPA, Psicologa psicoanalista, Didatta ARPAd, Fondatrice Cooperativa Rifornimento in Volo. giovannamontinari@gmail.com.

Roberto Musella: Psicoanalista Ordinario e Segretario Generale della Società Psicoanalitica Italiana, Psichiatra. Lavora a tempo pieno come psicoanalista a Napoli. Insegna teoria e tecnica della psicoanalisi presso la seconda sezione romana dell'istituto nazionale del Training della SPI. Suoi interessi privilegiati di ricerca sono il sogno e il narcisismo, temi sui quali ha pubblicato articoli e volumi scientifici. musellaroberto@gmail.com.

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

Antonio Palmieri: neuropsichiatra infantile, dirigente del TSMREE (servizio per la Tutela della Salute Mentale e per la Riabilitazione in Età Evolutiva) della ASL ROMA 5, allievo ARPAd (Associazione Romana per la Psicoterapia dell'Adolescenza e del giovane adulto), fondata da A. Novelletto. antopalm@tiscali.it.

Alessia Pisano: Psicologa Psicoterapeuta della Gestalt ad indirizzo fenomenologico-esistenziale, Psicanalista Multifamiliare, Socia attiva Lipsim (Laboratorio Italiano PSICOanalisi Multifamiliare), Libera professionista presso Frascati e Roma. m.alessia.pisano@gmail.com.

Giuseppe Riefole: Psicoanalista Ordinario con Funzioni di Training SPI-IPA, Psichiatra. Ha lavorato per molti anni presso i servizi territoriali soprattutto del DSM della Roma 1. Effettua supervisioni cliniche presso alcuni servizi delle Regioni Emilia, Toscana e Puglia, oltre che di Roma. È presidente di SMES-Italia che si occupa di pazienti Senza Dimora con gravi problematiche psichiatriche. Referente per il CdPR (Centro di Psicoanalisi Romano) del gruppo intercentri romano “Psicoanalisi e Istituzioni”. giusepperiefole1@gmail.com.

Sarantis Thanopulos: Psicoanalista Ordinario con Funzioni di Training SPI-IPA, Presidente della Società Psicoanalitica Italiana.