



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

Sabato 16 dicembre 2023

Seminario del Gruppo Intercentri di Roma
“Psicoanalisi e Istituzioni”

“PSICOANALISI E ORGANIZZAZIONI
ISTITUZIONALI”

Quaderno 3
www.psicoanalisiiesociale.it



VECCHIARELLI EDITORE

© Vecchiarelli Editore – 2024
Piazza dell'Olmo, 27
00066 Manziana (Roma)

Tel. 06.99674591

vecchiarellieditore@gmail.com
vecchiarelli editore@inwind.it
www.vecchiarellieditore.it

ISBN 978-88-8247-521-5

Associazione culturale

INDICE

PRESENTAZIONE DEI CURATORI, <i>Gabriella De Intinis, Nicoletta Faccenda, Adriano Purgato, Pier Luca Zuppi</i>	5
INTRODUZIONE. OVVERO: OCCASIONI FORMATIVE E ESTENSIONE DEL CAMPO ANALITICO, <i>Giuseppe Riefolo e Fausta Calvosa</i>	9
ESPERIENZE E RIFLESSIONI TRA ISTITUZIONI, FORMAZIONE E PSICOANALISI, <i>Gruppo Soci Ruolo Pubblico: Loredana Betti, Rossana Calvano, Maria Teresa Colella, Giovanna Cocchiarella, Paola Ferri, Marisa Foglia, Riccardo Galiani, Antonella Graneri, Daniela Marangoni, Francesca Mancina, Maria Moscara, Anna Maria Saccani.</i>	17
IL GRUPPO DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE COME OCCASIONE FORMATIVA SUL CAMPO, <i>Marco Grignani, Andrea Narracci e Fausta Calvosa</i>	29
SEMINARIO ANALITICO DI GRUPPO SUI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: MATERIALE CLINICO INTORNO ALLA COSTRUZIONE DELLA RETE, <i>Anna Bovet e Flaminia Cordeschi</i>	37
TRA IL QUINTO E IL SETTIMO PONTE, <i>Giorgio Campoli, Barbara Fedeli e Sabrina Gubbini</i>	47
DISCUSSIONE	61
POSTFAZIONE, <i>Andrea Narracci</i>	89
INDICE AUTORI	93

PRESENTAZIONE DEI CURATORI

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

Il Terzo Quaderno del Portale *Psicoanalisi e Sociale* esplora il tema dei legami, sia intra- che interistituzionali. I contributi avvicinano, da molteplici angolazioni, lo stato dell'arte della dialettica che la psicoanalisi intrattiene sia con le istituzioni di cura e quelle formative – accademiche e di training in psicoanalisi –, sia con i diversi gruppi di lavoro che, all'interno della stessa SPI, si dedicano da tempo a questo tema.

Il dibattito in seno alla Società Psicoanalitica Italiana attorno alla qualità e la tenuta dei legami istituzionali (Kaës, 2001) è quanto mai vitale e trasversale. Non a caso questo volume contiene un primo, proficuo dialogo tra psicoanalisti appartenenti ad una realtà consolidata e di respiro nazionale come quella del gruppo “Psicoanalisi e Ruolo Pubblico”, con l'esperienza più giovane ed *embedded* del portale *Psicoanalisi e Sociale*, che seppur prendendo le mosse dal contesto romano, esplora a tutto tondo scenari sociali di fragilità nei quali gli psicoanalisti operano da tempo, compresi contesti nei quali l'apporto della psicoanalisi fornirebbe più ampie chiavi di lettura.

Questo dialogo sembra essere ancora più urgente in questa fase storica del nostro paese, nella quale assistiamo, riprendendo le parole di Solms (2018), ad una sempre minore presenza della psicoanalisi all'interno delle istituzioni di formazione di base, universitarie e post-universitarie. Il dato è di sicuro interesse per gli psicoanalisti che operano oggi, poiché da questi stessi presidi formativi transitano e transiteranno gli operatori della salute mentale di domani. Questa constatazione empirica emersa nel corso del dibattito del Gruppo di Studio Intercentri di Roma ‘Psicoanalisi e Istituzioni’ tenutasi a Roma il 16 dicembre 2023, oltre che sulla scorta di quanto già trattato nel Secondo Quaderno, sembrerebbe non tenere conto di due evidenze che i partecipanti alla giornata hanno ben evidenziato. In primo luogo, una delle funzioni di ‘raccordo di complessità’ che la psicoanalisi garantisce, armonizzandosi con le varie discipline con le quali si trova a lavorare,

permette di ‘mantenere allenata’ la mente del clinico che opera nelle Istituzioni.

In secondo luogo, il movimento psicoanalitico stesso - e la Società Psicoanalitica Italiana in particolare - ha da tempo abbandonato la stanza d’analisi come luogo di lavoro privilegiato (tra gli altri, Castriota, 2021; De Micco, 2022; Riefolo, 2024), e con coraggio si è adoperata nel tentativo di comprendere modalità di esistenza al limite e condotte emergenziali, come le dipendenze patologiche, le violenze di genere, i luoghi di detenzione, la marginalità abitativa.

Il lettore del Quaderno troverà a più riprese il tentativo quasi sartoriale di ritessere una trama che unisca tra loro, con un dialogo mai compiacente, le istituzioni del Training in psicoanalisi, come sottolineato nella postfazione di Andrea Narracci, quelle universitarie che a quest’ultimo consentono l’accesso, e quelle di cura che offrono preziose opportunità formative ad operatori del settore e a candidati di incontrare la clinica dei servizi territoriali e ospedalieri, e nelle quali confluiranno i futuri operatori della salute mentale. La tenuta dei legami non deve certo dimenticare il quarto vertice: il complesso e sfuggente tessuto sociale, dal quale arrivano i pazienti che rappresentano i beneficiari ultimi della nostra esperienza clinica, e che sono per noi la più preziosa fonte di arricchimento umano e professionale.

Una trama, questa, costantemente in bilico tra Simbolico e Reale, da rinvigorire e aggiornare con tenacia, al fine di scongiurare il rischio di una cristallizzazione dei discorsi prevalenti portati da ciascuna istituzione, in funzione del proprio mandato (Lacan, 1969).

I contributi del Terzo Quaderno raccontano anche la realtà di una psicoanalisi al lavoro nei servizi di prossimità. Uno dei lavori pone l’accento sull’importanza dei Seminari Analitici di Gruppo, dispositivo di cura già approfondito nel Secondo Quaderno, a contatto con la sofferente complessità clinica ed esistenziale portata dai pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare.

Da questo punto di vista è utile sottolineare che l’introduzione di Fausta Calvosa e Pino Riefolo riporta alcuni temi discussi nel gruppo Intercentri di Roma ‘Psicoanalisi e Istituzioni’, che approfondiscono tre questioni principali. La prima è una riflessione sul registro comunicativo da adottare nel processo formativo di giovani studenti e nella formazione all’interno dei servizi sanitari. Il secondo punto si riferisce

alla confusione che il concetto generico di gravità introduce nella clinica soprattutto nei servizi psichiatrici. Il ‘caso grave’ definito così impropriamente rimanda alla ‘gravità’ dei quadri clinici connotati da una particolare organizzazione del registro patologico del paziente, organizzato su modalità particolarmente strutturate sul piano dissociativo.

È stata invece preziosa, da parte di Riefolo, una puntualizzazione sulla ‘gravosità’ del contatto dell’operatore con la sofferenza portata dal paziente, rispetto alla fatica nella gestione del caso, che riguarda i livelli di frustrazione e impotenza controtransferale dei curanti che un caso può comportare. Le istituzioni, a loro volta, potrebbero ammalarsi di gravità ossia di rigidità della strutturazione dissociativa. I Seminari Analitici di Gruppo e i Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare consentirebbero quindi di prendersi cura degli operatori e dei servizi, oltre ad offrire uno spazio per riflettere sulle dinamiche intersoggettive che la clinica dei pazienti comporta. Un particolare riferimento all’importanza del setting nel contesto istituzionale, che deve essere organizzato con il paziente utilizzando anche gli elementi concreti che caratterizzano l’istituzione. Il mantenimento di un setting dinamico rappresenta gran parte delle fatiche terapeutiche che si presentano per entrare in contatto con una persona e contenere l’incontro terapeutico. Il setting del gruppo di lavoro, della riunione dei curanti che rimettono insieme gli spezzoni di vita psichica del paziente riflessi e dispersi nei vari incontri con loro, e che costituiscono un altro teatro della pensabilità.

Proseguendo con i contenuti presentati, di grande interesse è un lavoro di impostazione psicoanalitica e di respiro antropologico: la conduzione di un gruppo terapeutico all’interno di un quartiere della periferia romana ricorda molto da vicino l’attenzione al dato dell’osservazione partecipante di certa etnografia che rifuggiva l’esotico per concentrarsi sull’autenticità (de Sardan, 2015).

Il volume è impreziosito da un ricco dibattito estemporaneo, nel quale relatori e partecipanti alla giornata si sono scambiati reciproche esperienze, riflessioni e proposte operative attorno al tema della tenuta dei legami inter-istituzionali. Lasciandosi portare dai nessi associativi, questa ultima parte – animata da professionisti dalla formazione eterogenea operanti nelle realtà professionali più variegate -, suggerirà al

lettore attento come essa stessa possa essere un primo tentativo costruttivo di tessitura di senso tra realtà istituzionali che normalmente faticano ad avvicinarsi. Un lavoro continuo, fatto di avvicinamenti e prese di distanza, similmente a quello che sappiamo accadere tra paziente e analista nella stanza d'analisi.

Un ringraziamento va anche in questa occasione all'Editore Vecchiarelli, che crede in questo progetto editoriale dall'inizio, e senza il quale queste voci non avrebbero potuto avere un contenitore di così ampio spessore.

Bibliografia

- Castriota F. (2021), *Frammenti in ombra*, Albatros, Roma.
- De Micco V. (2022), Il rischio nel vivere. Itinerari della soggettività e condizioni antropologiche estreme. *Rivista di Psicoanalisi*, 3: 665-685.
- de Sardan J-P. O. (2015), *Epistemology, Fieldwork and Anthropology*, Palgrave Macmillan
- Kaës R. (2001), Il concetto di legame. *Ricerca Psicoanalitica*, XII, 2: 161-184.
- Lacan, J. (1969-1970). *Il seminario XVII. Il rovescio della psicoanalisi*. Einaudi, Torino, (2001).
- Riefolo G. (2024), La domanda concreta e la soluzione homelessness, *Psicoterapia Psicoanalitica*, 1: 27-43.
- Solms M. (2018), *The feeling brain: Selected papers on neuropsychanalysis*. Routledge, Londra.

*INTRODUZIONE. OVVERO: OCCASIONI FORMATIVE E
ESTENSIONE DEL CAMPO ANALITICO*

Fausta Calvosa e Giuseppe Riefolo

Questo Quaderno vuole riportare le riflessioni su cui il gruppo intercentri di Roma “Psicoanalisi e istituzioni” si è concentrato per tutto l’anno. In questa occasione la riflessione ha coinvolto anche i colleghi SPI del gruppo nazionale “Psicoanalisti del ruolo pubblico”. Questi ultimi ci hanno portato la loro esperienza di intervento formativo presso l’università di Napoli rivolto a studenti di Medicina. Lo sforzo di questi ultimi colleghi è indicativo della preoccupazione verso il necessario registro comunicativo da adottare quando la formazione riguarda persone – in questo caso giovani studenti – non particolarmente interne al registro psicoanalitico. Dalla nostra riflessione, è emerso che lo sforzo riguarda ogni tipo di operazione formativa. La difficoltà è nell’evitare la facile ed automatica posizione di semplificazione dei contenuti, che spesso diventa impoverimento e concretizzazione. Anzi, proprio lo sforzo di mantenere un alto livello dei contenuti, presentandoli necessariamente secondo un registro efficace, permette, puntualmente, la felice sorpresa di cogliere alcuni temi, squisitamente psicoanalitici, secondo un diverso registro da quello che siamo soliti adottare. In termini psicoanalitici possiamo riconoscere come in questi casi il diverso vertice, al fine di non impoverire i contenuti, si arricchisce di una maggiore capacità verso la sintonizzazione piuttosto che verso la “spiegazione”. Nelle riflessioni del nostro gruppo, e negli interventi del seminario di quest’anno, è emerso come questa posizione non sia di poco conto ed introduca una dimensione che riteniamo squisitamente psicoanalitica. Il processo formativo si configura in tensioni reciproche ed attive tra chi cerca di comunicare contenuti e chi sia nella posizione di accoglierli.

Chi cerca di comunicare i contenuti, cogliendo la sterilità di una posizione unilaterale, sarà necessariamente sollecitato alla ricerca di dispositivi capaci di rendere e mantenere viva la comunicazione. Al tempo stesso, l’adozione di registri insoliti e nuovi, aprirà inediti vertici da cui osservare l’oggetto da comunicare che, quindi, potrà essere

colto nuovo e differente da parte dello stesso “formatore”. È evidente in questa dinamica lo scenario tipico del processo analitico dove si verifica continuamente la felice e fertile crisi dell’analista “soggetto supposto sapere”, oltre la ricchezza di ordine creativo della “situazione analitica”.

Nel seminario è emersa la riflessione su alcuni temi che spesso attraversano le posizioni dei partecipanti del gruppo “Psicoanalisi e Istituzioni”. Una prima riflessione ha riguardato il concetto di “gravità” dei quadri clinici. Solo nel vocabolario clinico italiano si fa riferimento alla “gravità” del quadro clinico o, peggio ancora, del paziente. Viene in mente la nota affermazione di Bion – poi ripresa anche da Nino Ferro (2010) – che “non esiste un caso facile”. Invece, puntualmente soprattutto nelle richieste di “supervisioni” che i servizi spesso portano ad alcuni analisti, la necessità di discussione emerge dalla crisi che la gestione di un “caso grave” comporta per l’intera équipe o servizio. Finalmente è stato possibile sottolineare quanto il concetto di “gravità”, spesso riferito al caso clinico, sia una impropria proiezione delle difficoltà degli operatori a sintonizzarsi con il dolore del paziente. Semmai – come è stato suggerito da alcuni partecipanti - sarebbe più corretto parlare di “gravosità” del caso clinico riconoscendo, in questo senso, la eventuale difficoltà che esso può comportare per gli operatori e l’intero sistema terapeutico. “Gravità”, semmai dovrebbe connotare una particolare modalità di organizzazione del registro patologico del paziente, magari organizzato su modalità particolarmente strutturate sul piano dissociativo. Oppure, su un altro piano, bisognerebbe riferire il concetto di gravità alla più semplice dimensione fisica, nel senso più propriamente di forza di gravità, ed eventualmente, indagare gli effetti di tale forza sul percorso evolutivo. In questa linea Winnicott, in una breve nota al libro di Harold Searles (1960), propone alcune considerazioni interessanti su ciò che possiamo chiamare “dinamica della gravità”, dove la gravità assume il significato semplice e concreto della dimensione fisica. “La forza di gravità è un elemento dell’ambiente non umano che distingue il periodo dopo la nascita dal periodo prenatale: l’aspetto positivo è costituito dal fatto che il bambino conosce la gravità attraverso la sensazione di sentirsi pesante, l’aspetto negativo è che il bambino la conosce indirettamente attraverso il panico infinito associato ad un contenimento inattendibile” (Winnicott, 1963, trad. it. pp. 504-507). Inoltre,

sempre nella linea di Winnicott (1957), non necessariamente “gravità” comporta una particolare profondità o precocità del funzionamento psichico: “profondo non è sinonimo di precoce perché un infante ha bisogno di una certa maturità prima di diventare gradualmente capace di una certa profondità” (Winnicott 1957, p. 139, trad. it. 1970). Dalla discussione è emersa la consapevolezza della confusione che il concetto generico di “gravità” introduce nella clinica soprattutto dei nostri servizi psichiatrici.

La gravità è sicuramente connessa alla posizione di “gravosità”, ma è giusto che i due concetti siano distinti – per quanto correlati. La gravità che spesso attribuiamo al paziente è, invece, una condizione di “gravosità” che ci riguarda per i livelli di impotenza che un caso può comportare. Spesso – anzi: puntualmente – nel lessico dei servizi e persino degli stessi analisti, gravità connota le patologie psicotiche o borderline, ovvero quelle che espongono gli operatori ai maggiori livelli di frustrazione e impotenza (controtrasferale). Infatti, nella comune esperienza, bisogna riconoscere come, ad esempio, sul piano del registro controtrasferale, molto spesso un paziente fobico-ossessivo, o isterico proprio per la strutturazione dissociativa, possa risultare molto più “difficile” di un paziente psicotico. Pertanto, alcuni interventi durante il seminario, hanno suggerito l'utilità di una precisazione fra “gravità” che dovrebbe riguardare le caratteristiche di organizzazione dissociativa (e, quindi difficoltà trasformative) del paziente e “gravosità” che connoterebbe la dimensione controtrasferale che riguarda ciascun operatore o gruppo di operatori rispetto alla fatica nella gestione del caso. È stato molto interessante, che alcuni partecipanti, durante la discussione riportata in questo Quaderno, abbiano potuto integrare questa dicotomia di gravità/gravosità nella cornice istituzionale. Le istituzioni, quindi, potrebbero essere contesti complessi che possono ammalarsi di gravità (ovvero: rigidità della strutturazione dissociativa), mentre gli operatori potrebbero essere descritti come esperti di gravità e competenti di gravosità. La presenza e la funzione dell'analista nell'istituzione, soprattutto attraverso i dispositivi dei Seminari Analitici di Gruppo e dei Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare, permetterebbe, a nostro avviso la definizione di queste due posizioni che, altrimenti sostengono una confusione di fondo che ha ricadute negative soprattutto nei processi trasformativi di cura. Tali dispositivi, infatti, consentirebbero di prendersi cura proprio degli operatori e dei

servizi “appesantiti da questa gravità”. Inoltre la presenza di psicoanalisti nei servizi, come sottolineato nella discussione, faciliterebbe la trasmissione di un “sapere affettivizzato”, indispensabile per creare un clima di condivisione nel lavoro di équipe nelle situazioni più complesse.

Peraltro, alcuni hanno fatto notare come la confusione legata al concetto di gravità è solo italiana poiché, ad esempio, il lessico psicopatologico inglese non parla mai di “*gravity*” (più precisamente riferito alle dimensioni fisiche della forza di gravità) mentre ciò che noi chiamiamo “paziente grave” in inglese viene definito “*serious patient*” e la gravosità fa riferimento piuttosto al concetto di “*difficult patient*”. Concordiamo che non si tratti semplicemente di una operazione linguistica, ma della opportunità di riflettere sulle dinamiche soprattutto intersoggettive che la clinica dei pazienti seguiti soprattutto nelle istituzioni comporta.

Una posizione che abbiamo colto sullo sfondo – e alcune volte in evidenza – degli interventi proposti soprattutto nel dibattito seguito alle presentazioni, ha riguardato il tema dei vari livelli e varie declinazioni delle posizioni intersoggettive che la clinica nelle istituzioni comporta o, magari, impone. Il tema, in alcuni interventi ha colto in modo esplicito la posizione dei livelli di presentazione soggettiva o vera e propria Self-Disclosure dell’operatore. È emersa una posizione che riteniamo chiara e fertile. Ovvero che, soprattutto nella clinica di pazienti difficili oltre che gravi (*serious*) sia necessario che il paziente possa fare esperienza di “chi il terapeuta sia”, mentre non ha senso che il paziente “conosca la vita e le vicende personali del terapeuta”. Soprattutto nei contesti istituzionali gli spazi personali degli operatori risultano ovviamente molto permeabili ai pazienti. Non solo perché i pazienti possono incontrare il proprio terapeuta o gli operatori di riferimento nelle occasioni più varie, ma i terapeuti stessi possono essere chiamati ad intervenire verso lo stesso paziente secondo modalità e funzioni differenti. Ad esempio, è possibile che per un paziente psicotico o borderline seguito in psicoterapia individuale o di gruppo o in un percorso di Psicoanalisi Multifamiliare, si possa essere convocati per effettuare un intervento di TSO, o comunque a carattere domiciliare. Può anche accadere che uno stesso terapeuta, per necessità concrete, debba occuparsi oltre che della psicoterapia anche della prescrizione farmacologica per lo stesso paziente. Nelle riflessioni che negli

anni caratterizzano il nostro gruppo di psicoanalisti che partecipano al gruppo “Psicoanalisi e Istituzioni”, da tempo è sufficientemente riconosciuto il setting come un dispositivo dinamico che debba essere organizzato con il paziente utilizzando gli elementi concreti che caratterizzano l’istituzione. In questa posizione di costruzione condivisa del setting istituzionale ci è di molto aiuto il concetto di “*metasetting*” (Libermann, 1972, pp. 461-509; Nissim Momigliano, 1988) ovvero la necessità di accogliere positivamente nella costruzione del setting tutta la serie di elementi concreti che non spetta a noi decidere se accettare o meno. Il *metasetting* propone di rendere setting tutti gli elementi concreti che, non convocati, si presentano a contenere l’incontro terapeutico. Ovviamente, nella logica suggerita da José Bleger (1967), il setting proprio per la sua funzione di “depositario di elementi psicotici” condivisi, ma silenti, sarà necessariamente attaccato dai pazienti e dalle stesse posizioni soggettive degli operatori. Se questo a nostro parere è valido anche nella stanza di analisi, assume particolare importanza nel contesto istituzionale dove gli attacchi al setting risultano particolarmente eclatanti e frequenti e la “manutenzione” di un setting dinamico, ma rigoroso, viene a rappresentare molto spesso la gran parte dell’interesse e della felice fatica dei processi terapeutici. Le fratture del setting, particolarmente nelle istituzioni, segnalano la vitalità dei processi terapeutici. La posizione analitica, a nostro avviso, è particolarmente importante nel permettere di cogliere in queste fratture l’emergenza di elementi che finalmente possono attivare immagini, scene e ottenere voce e nomi.

Altrimenti le fratture del setting sostengono le sollecitazioni più potenti alle dinamiche di lamentazione che, a nostro parere, rappresentano le difese dissociative più potenti dei contesti istituzionali (Riefolo, 2017). Pertanto, le posizioni soggettive dei terapeuti o, più in generale, degli operatori, vanno colte come elementi che incrinano la rigidità del setting al fine di permettere l’attivazione di processi dove operatori e pazienti possono integrare elementi affettivi colti reciprocamente. Ovviamente, soprattutto nei contesti istituzionali, la deriva della intersoggettività è la concretezza intesa come dimensione dove viene persa la “semplicità” ed esclusa “la consapevolezza dell’altro” (Bromberg, 1998, ed. it. 2007, p. 131).

Sullo sfondo di tutti gli interventi, ovviamente, si delinea la preoccupazione per la dimensione formativa. Sin dalla costituzione del nostro gruppo di “Psicoanalisi e Istituzioni” la formazione ha rappresentato il particolare interesse dell’intero gruppo. Gli interventi della giornata riportati in questo terzo Quaderno hanno colto questa preoccupazione. Ne emerge come i dispositivi dei Seminari Analitici di Gruppo e gli interventi di Psicoanalisi Multifamiliare si delineino sempre più come particolarmente potenti nel processo di formazione continua degli operatori dei servizi. Dal vertice analitico questa posizione non ci appare come operazione di semplice intervento psicoanalitico verso le istituzioni, ma negli anni abbiamo appreso come l’intervento verso le istituzioni ha un potente ritorno formativo e di definizione clinica di ciascun analista del gruppo. Il continuo dialogo tra la posizione istituzionale dell’analista e quella nella stanza di analisi pensiamo rappresenti il percorso più fertile per quello che ultimamente viene sempre più sollecitato come “estensione della psicoanalisi”. I contributi presentati in questo Quaderno ribadiscono in modo netto che l’estensione non sia da cogliere come una più ampia “applicazione” della psicoanalisi a contesti particolari e distanti dalla dimensione più pura della clinica psicoanalitica.

Estensione comporta un arricchimento della stessa teoria che ne è alla base che, nell’incontro con i contesti istituzionali, può integrare elementi e posizioni nuove e creative che, puntualmente, ritornano poi nella stanza di analisi. Estensione, a nostro parere, è la tensione che un analista deve curare verso la semplice e leggera complessità.

Bibliografia

- Bleger J. (1967), Psicoanalisi del setting psicoanalitico, in: C. Genovese, a cura di, *Setting e processo psicanalitico*, 243-256. Cortina, Milano (1988).
- Bromberg Ph. M. (1998), *Clinica del trauma e della dissociazione*, Cortina, Milano, (2007).
- Ferro A. (2010), *Tormenti di anime*, Cortina, Milano.

- Libermann D. (1972), Evaluación de las entrevistas diagnósticas a la iniciación de los tratamientos analíticos. Criterios diagnósticos y esquemas referenciales, *Rev. de Positional*, 29.
- Nissim Momigliano L. (1988). Il setting: tema con variazioni, *Riv. Psicoanal.* 34, 605-683.
- Riefolo G. (2017), Dinamiche di lamentazione nei servizi territoriali, *Riv. Sperimentale di Freniatria*, CLI, 1, 75-94.
- Searles H.F. (1960), *L'ambiente non umano nello sviluppo normale e nella schizofrenia*, Einaudi, Torino, (2004).
- Winnicott D.W. (1957), Il contributo dell'osservazione diretta del bambino alla psicoanalisi. In *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, (1970).
- Winnicott D.W. (1963), Harold Searles. Recensione di "non-human environment in normal development and in schizophrenia, in Winnicott D.W. (1989). *Esplorazioni Psicoanalitiche*, Cortina, Milano, (1995).

*ESPERIENZE E RIFLESSIONI TRA ISTITUZIONI,
FORMAZIONE E PSICOANALISI*

*Gruppo Soci Ruolo Pubblico: Loredana Betti, Rossana Calvano,
Giovanna Cocchiarella, Maria Teresa Colella, Paola Ferri, Marisa
Foglia, Riccardo Galiani, Antonella Granieri, Francesca Mancina,
Daniela Marangoni, Maria Moscara, Anna Maria Saccani*

NOTE INTRODUTTIVE

Come Gruppo Nazionale Soci con Ruolo Pubblico proponiamo alcune esperienze di trasmissione del sapere psicoanalitico caratterizzate dalla comune vis scientifica e culturale, tesa a promuovere circolarità formative tra Istituzioni con il mandato prevalente della didattica (Università, Istituto Nazionale di Training-INT della SPI) e Istituzioni con il mandato prevalente della cura (Servizi Sanitari Pubblici e Consultori). Riteniamo necessario creare connessioni per superare divisioni e scollamenti, talora contrapposizioni, tra Istituzioni considerate unici dispositivi depositari del sapere (Università, INT) e Istituzioni pubbliche che, pur configurandosi come osservatori privilegiati della sofferenza mentale grave, di quella emergente in età evolutiva e di quella socio-ambientale, hanno difficoltà a sistematizzare e trasmettere il proprio sapere acquisito sul campo.

Tra i molteplici ambiti in cui la Psicoanalisi esprime il suo contributo più fertile (nella clinica psicoanalitica, nelle dinamiche di gruppo, nella struttura organizzativa, nella formazione e nella ricerca), come rappresentanti del Gruppo Nazionale di Soci con Ruolo Pubblico articoleremo il nostro intervento a partire da tre vertici:

- 1) Esperienze formative dal vertice universitario
- 2) Esperienze formative dal vertice dei Servizi Sanitari Pubblici
- 3) Esperienze formative dal vertice del tirocinio

ESPERIENZE FORMATIVE DAL VERTICE UNIVERSITARIO¹

La prima esperienza universitaria su cui ci soffermeremo è quella di Antonella Granieri in qualità di Direttrice della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università di Torino.

La Scuola, fondata nell'anno accademico 1999/2000 da Franco Borgogno, è una Scuola di matrice elettivamente psicoanalitica, ma promuove una cultura di scambio e dialogo fra i principali orientamenti e modelli psicoterapeutici. L'intento formativo è quello di favorire negli allievi l'acquisizione di un linguaggio scientifico condiviso e promuovere forme di cooperazione tra psicologi, medici e altri operatori nel campo della Salute Mentale, al fine di un'integrazione delle loro rispettive competenze.

Il modello che connota la matrice teorica della Scuola considera l'ambiente come fattore di salute o malattia psichica: la mente si sviluppa, cioè, soggettivamente nel contesto dell'incontro con le qualità affettive e cognitive dei caregivers e nella relazione fra questi ultimi e il bambino o l'adolescente. L'organizzazione della personalità e la sua strutturazione psicologica sono intese come il precipitato delle configurazioni relazionali interiorizzate nei contesti di crescita, le quali - insieme ai messaggi erogeni e algogeni trasmessi attraverso le generazioni - vanno a costituire il mondo di significati soggettivi peculiari in cui l'individuo si colloca.

A partire da questa cornice, la Scuola si è cimentata nel realizzare un percorso virtuoso e circolare in cui assumesse peso specifico l'essere studenti di una Scuola di matrice psicoanalitica, professori di una Scuola di matrice psicoanalitica e Servizi sede di tirocinio che esprimono la qualità e il modello di cura in termini psicoanalitici, a fronte di psicoanalisti che vi operano quotidianamente. La circolarità è stata garanzia bidirezionale non solo della trasmissione di una cultura psicoanalitica, ma di un processo psicoanalitico continuativo di relazione sulla cura, trasversale tra Università e Servizi. È stato così possibile fare esperienza del fatto che quando c'è un processo psicoanalitico che

¹ A cura di: *Loredana Betti, Riccardo Galiani, Antonella Granieri.*

funziona tutti i componenti dell'équipe multidisciplinare risentono della bontà dell'ambiente, anche i professionisti che non hanno uno specifico training psicoanalitico. Questo al di fuori e oltre i processi di formazione per l'équipe.

Diverse sono state le esperienze di condivisione nella Scuola di questo modello, con giornate formative tenute da ospiti nazionali e internazionali, come per esempio García Badaracco nel 2001, con il quale è nato un confronto continuativo che ha portato alla realizzazione di un gruppo multifamiliare nel Sito Contaminato di Casale Monferrato, ambito elettivo di ricerca-intervento di Antonella Granieri in Università.

In questa sede faremo riferimento all'esperienza tenuta nella Scuola a febbraio 2023, riguardo una giornata di formazione a partire dal Manifesto della Salute Mentale della SPI. Durante questa giornata si è potuto transitare insieme verso una lettura condivisa della Salute Mentale non circoscritta alle configurazioni psichiatriche e che include tutte quelle situazioni che hanno a che fare con il disagio mentale nelle sue diverse forme e linguaggi. Sarantis Thanopulos ha aperto i lavori descrivendo come sia stata concettualizzata nel tempo la cura all'interno dei Servizi Sanitari Pubblici.

A questo è seguito l'intervento di Antonello D'Elia, Presidente di Psichiatria Democratica, e dello specialista responsabile del canale di psicologia clinica in oncologia attivo nella Scuola, che si è concentrato sulla Salute Mentale dei pazienti colpiti da patologia organica, con numerosi riferimenti alla psicologia di prossimità.

La giornata si è conclusa con una tavola rotonda con i responsabili del Dipartimento di Salute Mentale e della Psicologia Aziendale dell'ASL Città di Torino, il Dirigente del Settore Programmazione sanitaria e socio-sanitaria della Regione Piemonte e la collega Loredana Betti per il Gruppo Soci con Ruolo Pubblico. Il confronto è stato particolarmente ricco, poiché vi è stato uno sforzo di pensiero congiunto su come condividere nelle diverse Istituzioni il modello di Salute Mentale su cui convergiamo.

Questo tema è, d'altronde, uno degli elementi specifici del nostro lavoro sulla clinica e sulle teorie a partire dalla clinica come Gruppo Ruolo Pubblico, che proprio intorno alla sostanziale involuzione presente nel costrutto di Salute Mentale pubblica, articola e organizza iniziative, anche in ambito formativo e divulgativo.

In questa scia si colloca anche l'esperienza promossa dal collega Riccardo Galiani dell'Università Luigi Vanvitelli di Caserta.

Nel corso della loro formazione accademica alla clinica, gli studenti di Psicologia sono non di rado indotti, generalmente loro malgrado, a costruirsi la convinzione che la psicoanalisi "funzioni" unicamente in setting privati, mentre in contesti pubblici o convenzionati si possa far fronte alle diverse manifestazioni della sofferenza psichica solo facendosi guidare e proteggere da altri approcci.

In realtà, non pochi psicoanalisti hanno occupato e occupano "ruoli pubblici", ma molti futuri "psi" non ne hanno conoscenza, rischiando di non conoscere le molteplici sfumature nelle quali può venire praticata e vissuta, oggi, l'identità psicoanalitica in un Servizio Pubblico. Incide su questo la difficoltà a vedere riconosciuta come materia di insegnamento la Salute Mentale pubblica, con una identità specifica rispetto alla Psichiatria. Una difficoltà che è nata da una occasione mancata di trasmissione teorica della cultura sulla Salute Mentale nella storia dei Servizi, che ha fatto sì che tale cultura rimanesse fuori da numerosi ambienti accademici, impedendo la produzione di quella "circolarità" che avrebbe giovato alle pratiche e alla trasmissione delle stesse. Il gap che si è così prodotto tra il lavoro e la cultura di questo lavoro, di cui oggi in molte sedi universitarie si continua a sapere poco, e l'ambizione di dotare i colleghi in formazione di strumenti utili alla professione hanno sollecitato l'organizzazione di incontri seminariali incentrati sul lavoro della cura nella Salute Mentale Pubblica orientata al metodo psicoanalitico. Per contribuire a consolidare possibili punti di vista diversi, nell'ambito dell'insegnamento magistrale in "Psicodinamica del disagio psichico", con l'aiuto di alcuni psicoanalisti del Gruppo Ruolo Pubblico, nel 2022 e nel 2023 sono stati organizzati due cicli di incontri, finalizzati a offrire agli studenti la possibilità di ascoltare testimonianze provenienti dalle diverse esperienze di colleghe e colleghi che lavorano in diversi Servizi Pubblici.

Testimonianze volutamente dirette, "narrative", in grado di dare agli studenti un'idea di come, da psicoanaliste e psicoanalisti, si possa affrontare il disagio psichico e la sofferenza mentale nella gestione complessiva del caso in contesti pubblici.

Attraverso le testimonianze, abbiamo così condiviso con gli studenti riflessioni intorno ad alcuni interrogativi: quale forma il metodo psicoanalitico ha assunto o può assumere nelle Istituzioni Pubbliche?

Quale ritorno di queste esperienze nella stanza di analisi? Come si posizionano gli psicoanalisti rispetto alle eredità della Legge 180 o alle - spesso sedicenti - avanguardie contemporanee della clinica? Serve la psicoanalisi nel pubblico?

Otto colleghe e due colleghi hanno risposto all'invito a raccontare, testimoniare del modo in cui, da psichiatri, psicologi, psicoterapeuti formati psicoanaliticamente, si misurano con la sofferenza mentale nelle diverse realtà (ASL, Ospedali) in cui il Servizio Sanitario Nazionale accoglie questa sofferenza per farvi fronte.

ESPERIENZE FORMATIVE DAL VERTICE DEI SERVIZI PUBBLICI²

IL GRUPPO AL LAVORO CON IL METODO DELLE ASSOCIAZIONI LIBERE

L'esperienza cui facciamo riferimento nasce dall'iniziativa del Responsabile del Centro di Consultazione e di Psicoterapie Psicoanalitiche (CCTP) del Centro Napoletano di Psicoanalisi che ha promosso un rapporto di collaborazione con l'Università e i Servizi di Salute Mentale del territorio avviando molteplici iniziative formative. Tra queste, la costituzione di gruppi di intervizione condotti secondo il metodo delle libere associazioni, su proposta di una socia storica del centro che, ispirandosi all'articolo "*Weaving thoughts*"³, ha apportato una serie di variazioni al metodo originario attraverso un lavoro esperienziale di gruppo.

² a cura di: *Rossana Calvano, Paola Ferri, Daniela Marangoni, Anna Maria Saccani.*

³ "A method for presenting and commenting psychoanalytic case material in a peer group" ("Tessere i pensieri. un metodo per presentare e commentare materiale psicoanalitico in un gruppo di pari"), a cura di due psicoanalisti svedesi Johan Norman e Bjorn Salomonsson, pubblicato su: *International Journal of Psychoanalysis* n° 86 del 2005.

Da settembre, in due Servizi di Salute Mentale dell'ASL Napoli 1 centro è iniziata una esperienza di intervizione clinica a cadenza mensile, con l'ausilio di due psicoanalisti esterni con funzione di conduttori. L'esperienza formativa sul campo dal titolo "È una gioia restare nascosti, ma è un disastro non essere scoperti" (Donald Winnicott), coinvolge l'intera équipe multiprofessionale su materiale clinico presentato a turno dagli operatori dei Centri di Salute Mentale.

Poco dopo è stata avviata l'esperienza di un gruppo analogo con giovani colleghi iscritti al III anno della Scuola di Specializzazione in Psichiatria nell'ambito di un progetto formativo in collaborazione con l'Ateneo federiciano di Napoli.

Il metodo dei "pensieri intrecciati" descritto nell'articolo citato, si ispira alla formulazione dei "pensieri alla ricerca di un pensatore" di Bion e comporta che i partecipanti al gruppo riflettano associativamente sul materiale clinico presentato come una *trama di pensieri* che emerge dal materiale. Lo scopo del metodo è facilitare un clima di lavoro di gruppo che consenta ai pensieri (*in cerca di pensatore*) di vagare per intercettare fantasie, emozioni, immagini presenti sotto-traccia nel materiale clinico e resi visibili (co-creati) dai partecipanti al gruppo al lavoro.

L'esperienza è allo stato nascente ma già si intravedono molteplici traiettorie:

- Comprensione più profonda ed estesa della trama clinica presentata grazie alla lente gruppale (effetto zoom sul materiale, tipo Google Maps).
- Maturazione nel gruppo multi-professionale o didattico, non senza conflitti, di un funzionamento come *gruppo al lavoro*, orientato al compito, rispetto al prevalere degli assunti di base, stimolando un clima di: condivisione e rispetto versus competizione e sospettosità; favorendo curiosità e apertura mentale versus diffidenza e ipercriticismo; speranza versus impotenza; idealizzazione versus percezione accurata delle risorse e limiti presenti in campo, nella direzione di un buon clima relazionale di lavoro.
- Sollecitazione in ogni operatore o specializzando di un:
 - assetto mentale di tipo associativo, di attenzione sospesa o fluttuante (accesso al simbolico)

- buon ascolto, un ascolto polifonico e rispettoso: ascoltare tutti i membri del gruppo per imparare ad ascoltare con tutti i sensi (Resnik), ascoltare le risonanze emotive e corporee, osservare il linguaggio verbale, paraverbale e non verbale, i dettagli (*Le diable est dans les détails*, Gustave Flaubert), i chiaroscuri, le contraddizioni, i deragliamenti della trama narrativa, imparare a spogliarsi delle teorie (“*senza memoria e desiderio*”) per aprirsi a un pensiero nuovo, intercettare le forze pulsionali in campo (interne e esterne) a favore del cambiamento o della resistenza.

VALIDITÀ IN UN GRUPPO FORMATIVO DELL'APPRENDERE ATTRAVERSO L'ESPERIENZA

Testimonianza aurorale di due esperienze di intervensione clinica condotte con lo stesso metodo ma con ruoli e in contesti differenti: esperienze unite da una comune funzione formativa e al contempo da una potenziale funzione ponte, attivatrice di circolarità, tra una Istituzione sanitaria pubblica con il prevalente mandato della cura e una Istituzione universitaria con il prevalente mandato della didattica.

Esperienze analoghe sono state condotte presso il servizio Ri.Se.A (Ricerca Servizio Adolescenza) del Centro Salute Mentale di Ravenna, dedicato alla consultazione e al trattamento degli stati a rischio e dei disturbi psicopatologici in adolescenza rispondendo al mandato ministeriale degli anni 2014-2020, che sottolineava la necessità di un modello organizzativo basato su équipe multidisciplinari per il trattamento del disagio/disturbi in questa fascia di età.

L'équipe multidisciplinare, costituita da diversi operatori (infermieri, educatori, assistenti sociali, psicologi, psichiatri) appartenenti a Servizi diversi, ognuno con una propria formazione e una propria mission e vision (CSM - SerD - UONPIA - Consultorio - Servizi Sociali - Istituti scolastici), si riuniva una volta la settimana per la discussione di un caso clinico.

Il setting consentiva l'emergere di vissuti traumatici non elaborati attraverso le libere associazioni degli operatori, permettendo al gruppo al

lavoro di sognare ciò che né l'adolescente né la sua famiglia poteva pensare e di rendere noto ciò che era impensabile e alla base dell'esperienza traumatica.

Inoltre, anche le dinamiche relazionali che l'adolescente e talora la sua famiglia instauravano con i vari operatori contribuivano alla comprensione della psicopatologia del caso consentendo un miglior contenimento e una maggior tenuta del gruppo da parte degli attacchi distruttivi che rappresentano un ostacolo alla cura.

Il risultato di questa modalità di lavoro permetteva a ciascuno di liberarsi delle proiezioni del paziente e della sua famiglia, di riappropriarsi delle proprie funzioni e di lavorare in modo più integrato con l'équipe multidisciplinare.

La difficoltà di chi opera nelle Istituzioni è quella di far coesistere le due anime di psicologhe/i-psichiatre/i e di psicoanaliste/i e mantenere un continuo dialogo interno non sempre esente da conflitti.

La complessità del sistema ci ha indotto ad affinare l'ascolto di modalità, stili comunicativi e linguaggi diversi e ad affidarci all'utilizzo di una sorta di *traduttore interno* che permettesse la creazione di una lingua comune, comprensibile a tutti, per evitare una babele di lingue disorganizzata e affaccendata con l'intento di ottenere una polifonia costruttiva così come accade nel corso della terapia individuale.

Alcuni soci del Gruppo Ruolo Pubblico propongono inoltre di utilizzare a scopo formativo per i candidati e di aggiornamento per i soci:

- le esperienze psicoterapeutiche psicoanalitiche maturate nei contesti istituzionali di Neuropsichiatria Infantile da confrontare con setting psicoanalitici libero-professionali, individuando elementi di continuità, differenze e specificità, come area di ricerca comune per nuovi modelli di intervento
- nell'età evolutiva;
- individuazione di specifiche tecniche di *Infant Observation* per l'educazione all'affettività implementabili in ambito istituzionale.

ESPERIENZE FORMATIVE DAL VERTICE DEL TIROCINIO⁴

FORMAZIONE SUL CAMPO

Con “formazione sul campo” intendiamo i percorsi formativi dei tirocini nei luoghi di cura dei Servizi Pubblici dedicati alla Salute Mentale e alla Prevenzione Primaria (Centri di Salute Mentale, SPDC, Centri Diurni e Consultori) e non di meno alla costante attenzione alle dinamiche istituzionali che si intrecciano con le dinamiche della presa in carico dei pazienti e che incidono in modo significativo sulle articolazioni dei programmi di cura.

Cosa si trasmette di “analitico”, come? e a chi?

Risponderemo a queste domande dalla prospettiva dei percorsi dei tirocini formativi.

I nostri Servizi accolgono studenti universitari: Laurea in Medicina, in Psicologia, in Scienze Infermieristiche e allievi delle Scuole di Specializzazione in Medicina Generale e in Psicoterapia, compresi i candidati INT-SPI.

Ogni tirocinante è affidato a un tutor che ne delinea il percorso articolandolo in varie fasi:

- osservazione
- partecipazione alle attività dell'équipe multiprofessionale
- affidamento al tirocinante (psicologo/psicoterapeuta e medico/psichiatra) di pazienti selezionati per i colloqui psicologici e l'assunzione in cura
- partecipazione ai gruppi di intervizione
- supervisioni individuali.

Questo addestramento “sul campo” si dovrebbe integrare con l'apprendimento teorico delle varie Scuole di Specializzazione.

I medici in formazione specialistica spesso mostrano un forte equipaggiamento biomedico a fronte di una propensione all'ascolto ancora non del tutto maturata e alla difficoltà nell'incontro più profondo con

⁴ A cura di: *Giovanna Cocchiarella, Maria Teresa Colella, Marisa Foglia, Francesca Mancina, Maria Moscara*

l'altro sofferente che non sia mediato prevalentemente dall'atto medico-farmacologico.

L'esposizione graduale nel contatto con la patologia mentale grave e il mondo interno dei nostri pazienti abitato da caos e disorganizzazione, può esporre al rischio di sconfinare in esperienze-limite confusive. I processi di identificazione e contro-identificazione adeguatamente accompagnati e sostenuti da una progressiva capacità di entrare in rapporto con la sofferenza psichica sono in grado di trasformare, in qualche misura, emozioni e sentimenti incontenibili e dolorosi.

Riprendendo la domanda relativa a cosa si trasmetta di analitico e come si trasmetta, ci sembra che l'aspetto principale che connota l'*analitico* sia l'attitudine a sperimentarsi a cogliere anche ciò che non è immediatamente decodificabile, nelle comunicazioni dei pazienti e dei fenomeni clinici in cui ci imbattiamo.

Lavorando gomito a gomito con i tirocinanti (presenza dialogica), trasmettiamo un modo peculiare di ascoltare quindi di pensare e curare quella particolare sofferenza di quel paziente in quel contesto per rappresentarci la complessità della realtà clinica e istituzionale.

Il pensiero psicoanalitico contempla le differenze, cerca di integrarle, non è giudicante o manicheo, crea spazi di pensabilità per le parti contraddittorie alla maniera di Bion.

...presa diretta

...“salve si ricorda? ...quando ho svolto il tirocinio ero all'università, ho finito e sono iscritta all'Albo, qui ho trovato un Servizio in cui partecipare ed ho capito molte dinamiche e risvolti clinici; sto facendo una scuola psicodinamica ed una analisi... ne parlavamo tornando dalle udienze in tribunale minorenni...vorrei proseguire con la specializzazione ed i pazienti nella stanza, magari fare il training”.

Queste le parole di giovani laureati che ascolto a ogni ri-avvio di tirocinio di specializzazione *post lauream*, memorie di un buon incontro con la psicoanalisi in Sanità Pubblica.

È sempre accaduto *molto di psicoanalitico* nel tutoraggio in Ambulatorio Gravidanza, nel Consultorio Teenager e negli incontri protetti per l'affido a rischio giuridico.

Prima che psicoanalisti-tutor di specializzazione, siamo psicoanalisti che incontrano un pensiero professionale *in nuce* nello spazio della cura della sofferenza, affiancando giovani colleghi pieni di energia e di paure. Futuri professionisti, dalla emotività ancora delicata, da proteggere, intrecciata con una sete di conoscenza di modelli teorici efficaci; la loro curiosità ci ingaggia.

La ricchezza del modello psicoanalitico si rifrange in questi contesti così complessi e si diffonde, precorre e fa percepire il desiderio di analisi personale.

La psicoanalisi nei Servizi si radica saldamente in un modello complesso-multistrato della sofferenza e della malattia psichica, si interroga e fa ricerca sul campo su accoglienza dello straniero, prevenzione in tema gender, affianca la scelta di fecondazione assistita, scopre l'unicità della storia umana in migrazione e in guerra.

Un tutoraggio offerto in termini psicoanalitici si colloca dentro la storia del percorso degli studi e della persona che incontra la complessità di un Servizio, è pensato per offrire occasioni di graduale familiarizzazione con la complessità clinica, umana e sociale che si incontra.

Nei tirocini si tenta di costruire, ogni giorno, una dialettica circolare tra formazione accademica e formazione alla professione con una ricaduta efficace sul territorio, sulla cultura psicoanalitica, sulla prevenzione dei primi 1000 giorni di vita (es. violenza di genere, affidamento, adozione, corsi di accompagnamento alla nascita, depressione peripartum, crisi adolescenziali e problematiche familiari).

...qualche pensiero sui candidati tirocinanti INT-SPI

L'INT prevede per i candidati un tirocinio per ottenere il titolo abilitante riconosciuto dal MUR.

Obbligo per i candidati non abilitati alla psicoterapia, il tirocinio è richiesto anche da candidati-psicoterapeuti che ne traggono benefici in termini di ECM e riconoscimento di un titolo supplementare valido ai fini concorsuali.

Il candidato tirocinante è invitato a cercare una struttura pubblica convenzionata/convenzionabile in cui sia presente un tutor abilitato a rilasciare 'idonea certificazione'.

L'INT, obbligato ad obbligare (?), gira ai candidati la richiesta di tirocinio, attività a volte a 'camera stagna', procedura da assolvere, carico accessorio spesso deprezzato e slegato dalle proposte teoriche ed esperienze trasversali/cliniche dei seminari formativi.

L'apprendistato appare una quota accessoria nell'economia complessiva dell'INT che mantiene ai margini della programmazione teorico/metodologica/clinica il lavoro istituzionale.

L'accettazione *tout court* del tirocinio obbligatorio, corpo estraneo nei programmi seminariali, rischia di rappresentare un innesto eterologo spericolato: molti giovani candidati di matrice psicologica non hanno pazienti, né esperienza diretta di presa in carico poiché il tirocinio abilitante, necessario per l'iscrizione all'Ordine degli Psicologi, non autorizza all'incontro con il singolo paziente, che potrà avvenire solo in una fase formativa successiva.

Per alcuni candidati-INT il tirocinio nelle istituzioni sanitarie rappresenta la prima esperienza viva di pratica clinica, vera iniziazione all'ombra dei seminari psicoanalitici, ma non sempre è prevista per ciascuno di loro un'accoglienza propedeutica ad una formazione sul campo in sintonia con i programmi della scuola.

Auspichiamo una riflessione sui tirocini formativi che possa sintonizzarsi su un'attività di tutoraggio coerente ai programmi e in un'ottica circolare tra psicoanalista-tutor e candidato-istituzione.

La partita che si apre nei Servizi Pubblici può essere luogo di smarrimento e demotivazione che può realizzare precoci disinvestimenti, può minare i processi identificativi specifici dell'incontro tutor/tirocinante/istituzione. Il tirocinio è un'esperienza che convoca alla responsabilità relativa alla trasmissione di un sapere inter-generazionale sullo sfondo di dinamiche istituzionali che caratterizzano i processi organizzativi.

Rispondere a questa responsabilità anche sul piano etico è un compito cui, come psicoanalisti, non possiamo sottrarci.

IL GRUPPO DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE COME OCCASIONE FORMATIVA SUL CAMPO

Marco Grignani, Andrea Narracci, Fausta Calvosa

A Perugia, il 24 marzo 2023 si è tenuta la prima giornata del Corso di Formazione Regionale in Psicoanalisi Multifamiliare, organizzato dal Direttore del DSM della USL Umbria 1.

Negli anni precedenti al COVID erano stati proposti altri eventi formativi riguardanti lo stesso tema, che però non avevano sortito risultati significativi in termini di diffusione del metodo. Nonostante fossero stati corsi piuttosto partecipati e seguiti da diversi professionisti, non era stato possibile trasformare questo interesse in una operatività concreta. I motivi sono da ricercare probabilmente in molte diverse determinanti, ma una delle cause è stata sicuramente l'eccessiva distanza tra le formulazioni teoriche proposte e l'applicazione clinica. Nonostante il metodo sia estremamente aperto e quindi fruibile in molte diverse condizioni, dai corsi precedenti era nato un solo gruppo di psicoanalisi multifamiliare. Si tratta di un gruppo costruito all'interno di una comunità terapeutica intensiva a gestione mista per giovani adulti con disturbi mentali gravi, caratterizzata da un modello di intervento che si ispira a criteri di democraticità, apertura verso l'esterno, partecipazione delle famiglie al percorso. L'orientamento dell'équipe è psicodinamico; il modello mette al centro il dispositivo di cura gruppale, l'importanza del mondo interno e l'esperienza relazionale nel quotidiano come motore trasformativo. La comunità è inserita nella rete dei servizi del DSM e accoglie esclusivamente pazienti in carico ai "nostri" CSM. Proprio per le caratteristiche del modello di intervento tutti gli abitanti della comunità hanno fatto esperienza, nel corso della loro permanenza in struttura, di contatti istituzionali e scientifici a vari livelli. La comunità, infatti, è parte del network nazionale di Mito e realtà, un'associazione scientifica che si occupa di comunità a orientamento psicodinamico, nell'ambito della quale il gruppo ha sperimentato valutazione tra pari, congressi che hanno visto la partecipazione attiva dei pazienti. Per tutti questi motivi, i conduttori del GPMF (Marco Grignani e Ilaria Persiani) consideravano i membri

del gruppo come parti attive dei percorsi di ricerca/formazione ed avevano già proposto una esperienza pubblica di seduta di GMF al congresso internazionale degli ISPS a settembre 2022 a Perugia.

Questa attitudine è coerente con l'insegnamento di Badaracco che non si riteneva il detentore del sapere all'interno del gruppo, ma che, piuttosto, si poneva come un discente in ogni seduta, secondo il suo motto "*vamos a aprender*" (Garcia Badaracco, 2000). Il gruppo, infatti, si configura come una *mente ampliada* attraverso la quale si svolgono i processi trasformativi e si intesse una nuova storia. Era quindi quasi naturale che, anche in un percorso formativo, tutto il gruppo diventasse artefice della formazione stessa. La proposta fu subito accolta dai colleghi romani, che, conoscendo la nostra esperienza e valutando come noi utile una presenza attiva di tutto il gruppo, accettarono di buon grado di essere co-artefici di questo modello di formazione fondato sull'esperienza diretta (Narracci, Garcia Badaracco, 2011).

Il corso di formazione si è tenuto, come dicevamo, a Perugia, in un'aula formativa dell'Ospedale.

L'ipotesi iniziale era quella di promuovere una riflessione in gruppo sull'esperienza del gruppo di psicoanalisi multifamiliare precedentemente descritta. Il setting scelto era quello dell'acquario, con il GPMF (composto dagli abitanti della comunità, gli operatori e i familiari) in circolo al centro e i partecipanti alla giornata di formazione in un secondo cerchio esterno; questa conformazione è stata poi rivista a causa della logistica della sala, che ha richiesto un riadattamento della disposizione, data la presenza di sedie fisse. Così i membri del GPMF si sono sistemati nell'area centrale della grande sala e i discenti, provenienti da tutta l'Umbria, si sono accomodati nelle aree laterali della suddetta sala.

Insieme al dott. Grignani e alla dott.ssa Persiani, hanno partecipato, anch'essi in qualità di conduttori, la dott.ssa Fausta Calvosa e il dott. Andrea Narracci. Si erano posti in precedenza problemi riguardanti la riservatezza del lavoro da svolgere. Durante le assemblee di comunità era stato chiarito che tutti i partecipanti alla giornata di formazione erano tenuti al segreto professionale e la partecipazione all'esperienza era comunque libera, per cui chi non si sentiva garantito poteva non essere presente. Solo uno degli ospiti ha rinunciato ad esserci, come anche la sua famiglia.

Il lavoro, che aveva per oggetto una riflessione, da parte dei giovani pazienti, dei loro familiari e degli operatori, a proposito dell'esperienza del GPMF della comunità, ha avuto la durata di un'ora e mezza e si è progressivamente trasformato in un vero e proprio gruppo di psicoanalisi multifamiliare.

All'inizio gli interventi dei ragazzi, ospiti della comunità, sono stati molto generali e hanno riguardato le loro difficoltà nel riuscire a cambiare i comportamenti che sentivano come problematici e "disfunzionali"; le domande rivolte ai conduttori erano orientate verso la ricerca di possibili soluzioni, rispetto allo stato di impotenza generato dalla tendenza a ripetere sempre le stesse dinamiche relazionali.

La comunicazione si è svolta nei primi scambi su un piano molto razionale, ma poi il livello delle interazioni è cambiato in modo evidente quando, da questioni più generali, si è entrati nelle specifiche storie personali dei ragazzi.

La vicenda psico-dinamica che è emersa ha riguardato, in particolare, un paziente, F., che ha parlato delle sue difficoltà: nel momento in cui non si sente rispettato dagli altri, tende a chiudere la comunicazione con i suoi compagni di comunità.

Di ciò hanno dato conferma prima A. e successivamente M., che hanno testimoniato il loro disappunto per il comportamento di F., che, quando gli altri manifestano disaccordo rispetto alla sua posizione, tronca ogni tipo di contatto.

Contemporaneamente però il gruppo ha cominciato a chiedersi che tipo di aiuto potesse essere dato al giovane, in modo che tutti si potessero sentire meno a disagio.

La madre di M. si è allora proposta con un atteggiamento incoraggiante nei confronti di F., facendo notare al ragazzo e a tutto il gruppo come lui si stesse aprendo e stesse provando a superare alcuni comportamenti che facevano soffrire sia lui che gli altri. Ha aggiunto anche che il cambiamento è un processo lento, fatto di piccoli passi.

Il racconto di F. ha permesso ad un conduttore di recuperare un ricordo che ha condiviso con il gruppo: pochi giorni prima aveva avuto una telefonata con il fratello maggiore con il quale era emersa una difficoltà a comprendersi che si ripeteva invariata da molti anni...

Questo intervento, che potremmo chiamare di 'self disclosure', ha cambiato il clima all'interno del gruppo. Le forze attrattive circolanti nel campo gruppale si sono fatte più intense, determinando una coesione

maggiore e permettendo alla mente ampliata di fare il suo lavoro creativo. Sono così emersi fenomeni di rispecchiamento e i partecipanti hanno iniziato a parlare di sé in modo più profondo ed emotivo. Si è cioè sviluppata quella che Corrao chiama la 'Koinodinia', un fenomeno che consente una sofferenza condivisa come matrice gruppale (Corrao, 1998).

M. è riuscita a mettere in relazione le sue modalità di interazione con F. con il rapporto con il padre. Ha raccontato come avesse un padre che le metteva paura e che le sembrava un mostro; che era così perché era malato, gli avevano diagnosticato un disturbo bipolare quando lei era piccola, e a lungo non avevano avuto nessun tipo di rapporto. M. si era ammalata a 14 anni e, da quando aveva cominciato a star male, lui aveva iniziato ad occuparsi di lei. Si era accorta che se peggiorava, il padre si prendeva cura ancora di più di lei e sembrava stare meglio, essere più presente nella realtà e comprensivo nei suoi confronti.

Proponendo una connessione chiara tra la sofferenza del padre e la propria, M. evidenziava la capacità, da parte sua, di incidere sul comportamento del padre nei suoi confronti: "Più io stavo male e più lui si occupava di me", M. rifletteva per la prima volta sul significato che la sua "malattia" avesse avuto all'interno delle dinamiche familiari e sulla interdipendenza tra lei e il padre.

A questo punto è intervenuto un conduttore, che ha parlato di come fosse necessario e di primaria importanza coinvolgere i familiari nel gruppo, per capire in quale modo, nel loro ambiente di origine, i ragazzi avessero iniziato a sentirsi a disagio e ad interagire secondo queste specifiche dinamiche disfunzionali. Nella comunità si riattualizzerebbe, infatti, qualcosa che è già stato vissuto altrove e si metterebbero in gioco stili relazionali e comportamenti sviluppati e sperimentati nel contesto familiare e più precisamente nel rapporto con le figure genitoriali, con cui si sono intrattenute le relazioni fondanti dell'individuo.

A questo punto è intervenuto il padre di F. per dire che era una fortuna che, finalmente, il figlio avesse la possibilità, con l'aiuto degli operatori della CT e degli altri ragazzi, di capire quali fossero i problemi che lo attanagliano da tempo. Dato che, finalmente, si trovava in un ambiente in grado di aiutarlo.

Durante questo intervento F. ha cominciato a piangere e anche M. era visibilmente sofferente e tutto il gruppo ha percepito in modo chiaro la violenza espulsiva di questo genitore, celata dietro l'apparente sostegno

al progetto di riabilitazione; nelle parole, ma soprattutto nel tono e nello sguardo del padre di F., infatti, si coglieva l'enorme difficoltà di sentirsi coinvolto nelle dinamiche del figlio, da cui sembrava prendere le distanze, affidandolo completamente ad un luogo altro.

Una conduttrice ha provato a raccogliere queste forti emozioni che si erano attivate e ha cercato di mostrare cosa era avvenuto durante il gruppo: il racconto di una vicenda familiare fatto da un operatore aveva permesso, più di ogni possibile spiegazione razionale, ad ognuno dei partecipanti di ripensare alle proprie dinamiche familiari e di rileggere, con una lente diversa, le difficoltà relazionali all'interno della comunità. La prima a sentirsi coinvolta era stata M. che aveva raccontato come le modalità con cui interagiva con F., che quando era in difficoltà chiudeva ogni forma di comunicazione sottraendosi al dialogo, le facevano tornare in mente il suo rapporto con il padre.

Come F., suo padre stava male e si sottraeva alla relazione; era sentito come un "mostro" da M., perché assente. M., a sua volta, con il suo malessere manifestava l'impossibilità ad entrare in contatto con lui, troppo preso dalla sua malattia, e che si accorgeva dell'esistenza della figlia solo quando anche lei stava male. M. si era trovata così incastrata inconsapevolmente in una dinamica molto disfunzionale: perpetuare il suo malessere per poter essere "vista" dal padre. Questo racconto di M. aveva fatto sentire F. meno colpevolizzato e più vicino a lei, perché in questo rispecchiamento emergeva anche il suo bisogno di essere visto e contemporaneamente questo bisogno veniva soddisfatto dalla dinamica che si stava dipanando nel gruppo stesso. F. appariva infatti alleviato nella sua angoscia. Il successivo intervento del padre di F., che sembrava invece manifestare la sua difficoltà nell'assumersi un ruolo nella vicenda personale del figlio, di cui, a suo modo di vedere, si doveva occupare solo la comunità, aveva fatto sentire nuovamente a tutti quel vissuto di impotenza e di impossibilità al cambiamento, di cui si parlava all'inizio del gruppo.

Lo spazio del GPMF può permettere la comprensione delle difficoltà attuali nella misura in cui si riesce a recuperare, proprio con l'aiuto dei familiari, una riflessione su quello che si è verificato a monte, in famiglia, e che poi si è trasformato nel modo problematico di intessere rapporti con gli altri.

A quel punto è intervenuto nuovamente un conduttore sostenendo che la follia non è così semplice da interpretare; che a volte i figli sono molto sensibili e si fanno carico, anche senza rendersene conto, della sofferenza

dei genitori, occupandosi di loro invece che di sé stessi. In adolescenza, infatti, non è affatto scontato rimanere concentrati sul proprio sviluppo e può essere più semplice e, apparentemente, più urgente per un figlio farsi carico del dolore di un genitore piuttosto che del proprio.

A questo punto il gruppo si è concluso.

Dopo una breve interruzione per il pranzo, si è tenuto un Ateneo con tutti i partecipanti al Corso. Quelli che hanno voluto chiedere, capire meglio, avere ragguagli sulle modalità di lavoro, sono stati ascoltati. Una buona parte dei temi che sono emersi nel gruppo e le riverberazioni sugli operatori che questo modo di lavorare comporta sono stati analizzati per più di due ore. Tutti sono stati colpiti da alcuni aspetti del lavoro nel GPMF perché lo hanno sperimentato “in vivo”. In particolare si è notato, in modo molto evidente, come questo tipo di gruppo faccia emergere contenuti emotivi molto significativi e profondi in modo estremamente spontaneo; si è vista poi la fluidità della circolazione della comunicazione e del pensiero elaborativo; in terzo luogo si è presentata l’occasione a tutti di confrontarsi con vissuti personali e con la necessità di parlarli a tutto il gruppo.

Quest’ultimo elemento è stato oggetto di una discussione articolata, proprio perché prevede un coinvolgimento diretto di tutti i partecipanti sullo stesso piano emotivo.

Questo GPMF ha permesso a tutti: pazienti, genitori e operatori che abitualmente conducono e/o partecipano al gruppo, nonché tutti quelli intervenuti come discenti, di toccare con mano uno dei punti più delicati che possono emergere in questi gruppi: che i figli non sono personaggi secondari nella storia di una famiglia e che, viceversa, possono avere un ruolo che va ben al di là di quanto ci si attende da loro. Infatti possono essere loro stessi a sentire che un genitore sta male, anche quando questi non ne è consapevole. E possono orientare la propria attenzione prevalentemente su un tentativo di “risoluzione” di questa sofferenza piuttosto che sul proprio sviluppo. Questo atteggiamento può avere effetti deleteri sulla loro crescita e più in generale sulla loro vita (Buonanno, Calvosa, Narracci, 2022).

Sul piano formativo ci sembra di poter dire che si è verificato un apprendimento basato sull’esperienza vissuta: si è infatti costituita una *mente ampliata* del gruppo in formazione che ha preso le mosse da ciò che stava avvenendo all’interno del GPMF.

Si sono così verificati momenti subentranti di rispecchiamento metaforico che hanno creato un nuovo stato mentale in cui il gruppo multifamiliare diventava il motore del cambiamento, attraverso un apprendimento per contenitori multipli prevalentemente su di un livello preconscious (Narracci, 2021).

Alle 16 e 45 si è conclusa la giornata e alla fine del corso sono stati aperti altri tre GPMF.

Bibliografia

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

Corrao F. *Orme Contributi alla psicoanalisi di gruppo*, Vol.2. Raffaello Cortina, Milano, 1998.

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

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

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

*SEMINARIO ANALITICO DI GRUPPO SUI DISTURBI DEL
COMPORTAMENTO ALIMENTARE: MATERIALE CLINICO
INTORNO ALLA COSTRUZIONE DELLA RETE*¹

Anna Bovet e Flaminia Cordeschi

PREMESSE E INCONTRI

Dopo due anni di seminari teorici sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), realizzati nell'ambito del progetto "Ripensare il caso clinico", nel 2023 abbiamo sentito l'esigenza di fare un Seminario Analitico di Gruppo (SAdG) sulla gestione clinica dei pazienti affetti da questi disturbi.

Il seminario è stato rivolto sia agli operatori dei servizi, che avevano segnalato il bisogno di strumenti di formazione non solo teorica, sia a operatori dell'area privata.

I DCA negli ultimi anni sono fortemente aumentati e sono diventati più complessi dopo la pandemia. Le linee guida, oltre a indicare la necessità di un'équipe multidisciplinare, si limitano ad alcune indicazioni schematiche di prassi che non riescono a tener conto della complessità del fenomeno e della specificità di ogni singolo caso.

È frequente la difficoltà d'integrare le diverse professionalità (psicologiche, psichiatriche e medico-nutrizionali) coinvolte nella cura e non sempre tutte sono reperibili nei dipartimenti di salute mentale, a meno che non siano reparti specializzati.

Il DCA, inoltre, può diventare riconoscibile o manifestarsi anche durante un percorso terapeutico, con il rischio di dover interrompere il lavoro se non si trova il modo per individuarlo e affrontarlo adeguatamente, attivando anche altri professionisti e istituzioni.

Nei DCA la disarmonia tra corpo e mente è pervasiva e la scelta delle priorità tra spazio privato del paziente, spazio della famiglia e cure

¹ Il lavoro è frutto di una riflessione comune alle due Autrici, come ne è la responsabilità. Tuttavia, la prima parte (Premesse e incontri) va attribuita in particolare a Flaminia Cordeschi, la seconda parte (Tematiche trasversali) ad Anna Bovet.

mediche diventa cruciale. Le tempistiche del trattamento sono fondamentali per cercare di tenere insieme le esigenze del corpo reale e il vissuto soggettivo, dando spazio alle possibilità di evoluzione. Spesso fare rete coinvolgendo operatori con identità professionali diverse vuole dire creare una fluidità rappresentazionale che può tenere insieme, contemporaneamente e nello stesso spazio, i vari livelli del paziente.

Lo strumento del SAdG è in questo senso particolarmente utile perché attraverso l'elaborazione della mente gruppale si possono creare nuove aggregazioni psichiche che permettono di costruire i punti di contatto tra la mente e il corpo. Ne deriva la possibilità di rappresentare il vissuto di pazienti che hanno difficoltà a mentalizzare i propri stati interni: aree di connessione che la mente individuale non riesce a individuare e aspetti non consapevoli che iniziano a essere riconoscibili solo nello spazio somatopsichico del gruppo attraverso una rappresentazione collettiva e progressiva.

Solitamente non si usa fare i SAdG su una specifica patologia, ma nel nostro esperimento abbiamo verificato l'utilità di questa scelta perché:

- 1) i disturbi del comportamento alimentare hanno un'eziologia multifattoriale ed è stato possibile, caso per caso, osservare meglio l'intreccio di fattori individuali, familiari e sociali ben rappresentati dalle diverse osservazioni dei partecipanti;
- 2) ci ha consentito d'inquadrare, accanto al livello autodistruttivo del comportamento alimentare, il livello evolutivo del DCA, nelle diverse forme nelle quali si è espresso, che è spesso un modo per gestire gli aspetti precari del sé, il senso d'inadeguatezza e il vissuto di vulnerabilità contribuendo, in alcuni casi, a definire un primo confine tra interno ed esterno;
- 3) abbiamo potuto mettere l'accento sulla gestione dell'urgenza medica e sulle frequenti *impasse* terapeutiche. Preservare le diverse identità professionali dei vari operatori, coltivare la necessaria permeabilità alle considerazioni dell'altro, riuscire a superare una lettura univoca dei fenomeni che ricrea i conflitti interni del paziente, può consentire la costruzione di una rete mentale che tenga insieme aspetti diversi e possa poi permettere una rete reale.

GLI INCONTRI

I seminari sono stati realizzati con cadenza mensile per 7 mesi e abbiamo analizzato 5 situazioni cliniche, 2 approfondite per due volte su richiesta del Gruppo.

Negli incontri si è proceduto con una descrizione del caso da parte del terapeuta, alla quale è seguito un paio di giri di domande e approfondimenti per lasciare poi spazio a commenti, sensazioni, dubbi, impressioni e varie immagini del paziente attivate dal materiale clinico.

Questo modo di procedere ha permesso di cogliere in modo creativo aspetti di solito oscurati, muti, dissociati e di individuare le aree traumatiche spesso comunicate attraverso agiti del paziente, ma anche degli operatori nel rapporto con il paziente.

Il ruolo di noi conduttrici è stato quello di raccogliere e sottolineare le diverse chiavi di lettura del caso e di favorire il pensiero spontaneo del Gruppo.

Anche se i comportamenti di questo tipo di pazienti hanno caratteristiche “seriali”, si è potuto cogliere la complessità delle forme e delle fluttuazioni sintomatiche.

Si riportano in modo schematico i casi trattati in questa prima edizione dei SAdG sui DCA.

Primo incontro. Ragazza di 15 anni seguita da una terapeuta privata

Presentando un lungo periodo terapeutico, è stato interessante far emergere come il DCA fosse legato alla fobia del vomito. Paura di mangiare per paura di doversi trovare a vomitare.

La fantasia sottostante al sintomo era causata dal timore di essere costretta a espellere qualcosa di psicologicamente tossico, come era successo nella passata esperienza della paziente.

La possibilità di vomitare, anche se era sentita come una tutela, un modo per proteggere la propria identità in situazioni estreme, rappresentava al tempo stesso la paura di ritrovarsi a vivere nuovamente esperienze traumatiche e di cogliere negli altri l'idea che dentro di lei c'era ancora qualcosa di tossico.

Ridurre l'introduzione di cibo sembrava alla paziente un modo per tenersi lontana da questi rischi.

Secondo incontro. Ragazzo di 18 anni seguito da una terapeuta con i genitori trattati in parallelo da un'altra collega, tutti in ambito privato

Sintomo d'iperfagia del ragazzo all'interno di una famiglia molto presente.

La prima lettura è di un figlio primogenito sul quale i genitori hanno riposto grandi aspettative di realizzazione, ma che al tempo stesso doveva rimanere il figlio malato per tenere unita la coppia genitoriale.

Nel materiale clinico era evidente un'evoluzione del paziente, che secondo i genitori era invece drammaticamente peggiorato.

Le versioni totalmente diverse tra il vissuto del figlio e quello dei genitori hanno richiesto al Gruppo di trovare un difficile punto di contatto tra le due versioni.

Terzo incontro. Ragazza di 24 anni vista in un DSM

I sintomi originari erano attacchi di panico e ansia.

Dopo una pausa estiva è emersa la paura di deglutire e la perdita di peso.

Il sintomo post-estate appariva legato alla separazione terapeutica e ad alcuni contenuti non digeribili. Gli attacchi di panico avevano preso una nuova forma, l'impossibilità di mangiare era sentita dalla paziente come un modo per essere considerata concretamente malata con l'aspettativa d'essere più seguita. Il disturbo era anche sentito come un modo maggiormente soggettivo, personale e attivo di esprimere i suoi disagi rispetto all'attacco di panico.

Quarto incontro. Ragazza di 22 anni non vedente trattata in ambito privato

La paziente non vedente dalla nascita voleva essere considerata gra-

vemente anoressica, anche se non aveva una situazione di denutrizione troppo preoccupante.

La sua disabilità fisica veniva vissuta come ridimensionata grazie allo spazio dato a un altro problema, che ben metteva in evidenza il suo essere psicologicamente fragile.

La paziente voleva così rivendicare la sua fragilità in un modo diverso da quello storico imm modificabile. Un modo per soggettivare e trovare un'autoregolazione attraverso un sintomo considerato come una nuova identità più sopportabile ed evolutiva.

Quinto incontro. Ragazza di 12 anni vista nel DSM

La paziente vive in un contesto familiare molto violento: genitori divorziati, padre che la prende in giro in ragione del suo lieve sovrappeso. La paziente si guarda allo specchio e urla, si vede grassa.

Brava a scuola, era un'allieva modello che doveva realizzare le aspettative materne idealizzate e sadiche. Bullizzata a scuola perché di cultura russa, con il Covid ha smesso di fare sport e ha sviluppato un sintomo anoressico.

La paziente era remissiva, chiusa, depressa, non esprimeva sentimenti. Si adattava a tutte le situazioni, ma emergevano idee persecutorie quali l'essere mandata via e la paura dei servizi segreti.

Solo quando il sintomo anoressico era diventato preoccupante i genitori si erano resi disponibili a farla seguire.

Nel rapporto di transfert con la terapeuta, emergevano aree di privanza e libertà. La paziente veniva aiutata dalla terapeuta a cambiare scuola e a essere più autentica anche quando era difficile reperire la dimensione sognante, se non in modo concreto coltivando l'idea di scappare andando all'università.

La discussione del Gruppo si incentrava sulle tempistiche d'intervento e su un agito particolare della paziente che si sedeva vicinissima alla terapeuta per non farsi sentire dalla madre presente nella sala d'aspetto, agito che ha permesso di cogliere gli aspetti di scissione tra la cultura familiare e la nuova dimensione che la paziente stava esplorando in seduta.

Si è dunque optato per non coinvolgere i genitori in un lavoro terapeutico parallelo, nonostante la giovane età della paziente, per gli

aspetti di persecutorietà che la paziente e la famiglia avrebbero vissuto con il rischio di danneggiamento della terapia.

Il sesto e settimo incontro. Approfondimenti dei primi due casi

Oltre a ritornare sui primi due casi, soprattutto nell'ultimo incontro è stato possibile dare spazio a un intenso e inaspettato vissuto di lutto per la mancanza di momenti formativi di questo genere nelle istituzioni e tra colleghi, per la tristezza legata a ciò che era sentito mancante, per il bisogno di tenersi ben collegati all'esperienza condivisa.

La condivisione e lo scambio emotivo nel Gruppo hanno infatti trasformato dei vissuti angosciosi in una rivitalizzazione del campo terapeutico, soprattutto in relazione al senso d'impotenza e d'angoscia di morte che si ritrovava in tutti i casi esaminati.

TEMATICHE TRASVERSALI

Il particolare assetto del seminario analitico di gruppo ha favorito nei nostri incontri il costituirsi di un clima di forte confidenza e spontaneità pur nelle appartenenze a contesti professionali diversi e nel diverso grado di esperienza terapeutica maturata.

Il clima autentico e paritario ha permesso la condivisione del materiale clinico in un modo progressivamente sempre più libero, lasciando spazio all'articolazione di vissuti, suggestioni e pensieri che coglievano vari livelli dell'esperienza clinica raccontata.

La disposizione prevalente è stata quella di porsi in relazione ai racconti clinici con una propensione volta alla rielaborazione attiva da parte di tutto il Gruppo, alla rilettura di alcuni dei passaggi nodali delle varie terapie in corso, alla messa a fuoco di punti di stagnazione del rapporto terapeutico oppure a cogliere da angolature diverse alcune complesse interconnessioni tra curanti.

Nonostante i casi condivisi abbiano spaziato all'interno di un ventaglio ampio e variegato sia per la diversità delle sintomatologie alimentari sia per il differente funzionamento psichico dei pazienti,

alcune letture d'inquadramento del materiale sembrano essere piuttosto specifiche e ricorrenti nel lavoro clinico con questa tipologia di pazienti. Tematiche trasversali emerse dai resoconti clinici dei terapeuti che creavano, già in un primo giro, impressioni, associazioni e pensieri su due temi ricorrenti e dominanti.

1. Una prima tematica riguardava un livello di lettura del sintomo alimentare come funzionale, seppure in modalità inconscia, a una manovra relazionale, volta a richiamare l'attenzione dell'altro.

Il digiuno come modo di attirare l'attenzione della madre in un caso, il sintomo bulimico che tiene unita la coppia genitoriale in un secondo caso, la fobia di deglutire insorta dopo una separazione terapeutica in un altro ancora.

Questo livello di lettura del racconto clinico era sentito dal Gruppo, nella circolarità progressiva dei vissuti e dei pensieri che si articolavano, come un livello di causalità lineare che tendeva a schiacciare il funzionamento della coppia terapeutica in una dinamica asfittica, e al tempo stesso precludeva la possibilità di "vedere" o riconoscere il paziente nella molteplicità delle dimensioni del suo funzionamento.

La tendenza a utilizzare modelli di lettura eccessivamente lineari dei fenomeni clinici accade più frequentemente nelle situazioni in cui - come nei Disturbi del Comportamento Alimentare - la complessità dei livelli di funzionamento del paziente, la scarsità di simbolizzazione e la pervasività dei vissuti controtransferali sperimentati, necessitano davvero di momenti in cui l'apparato della mente gruppale intervenga a rifornire la coppia terapeutica di sguardi alternativi, rispecchiamenti antidepressivi e funzionamento onirico.

A partire da questo primo livello, dunque, hanno preso corpo e rilievo le libere associazioni del Gruppo come in una visione caleidoscopica, elementi ripescati per esempio nel funzionamento transgenerazionale di madri con sintomi alimentari o di nonne violente, oppure nelle suggestioni più vicine ad aree di funzionamento somatopsichico o ancora in punti di vista che tendevano a ricollocare l'emergenza sintomatica nella necessità di fare un'esperienza di qualcosa di non ancora vissuto.

2. La seconda tematica trasversale ai casi presentati ha riguardato la tendenza a narrare il materiale clinico secondo un'alternanza di

momenti ad alto funzionamento performativo (adolescenti che apparentemente aderiscono ai vari compiti e aspettative familiari, giovani donne con abilità eccellenti, riferimento in generale a una buona capacità di adattamento sociale) e poi di “ricadute” rovinose nella sintomatologia alimentare.

Il termine stesso “ricaduta”, che spesso ricorre nella presentazione dei vari materiali, sembra sia di per sé evocativo di un piano di funzionamento dal quale ipoteticamente non bisognerebbe mai cadere giù.

Le oscillazioni e gli andamenti a montagne russe che caratterizzano, invece, le vicissitudini terapeutiche presentate, hanno fatto lavorare il Gruppo in una direzione tesa a integrare sempre di più livelli di funzionamento altamente dissociati presenti in questi pazienti, e hanno fatto sperimentare, nella dinamica transferale, vissuti di fallimento, di frustrazione e di angosce, relativi alle emergenze del corpo, a volte creando effetti di forte stagnazione emozionale e di impasse terapeutica.

Il Gruppo sembra avere funzionato molto bene anche rispetto a questo secondo livello. Nella circolarità delle associazioni si è venuta a creare una capacità immaginativa intenta a cogliere un modo diverso di essere e di funzionare del paziente, nonché i livelli multipli della sua struttura di personalità, riuscendo a rileggere la presenza del sintomo alimentare come una funzione vitale e rappresentativa dei diversi livelli di funzionamento all’interno del rapporto terapeutico.

In alcuni casi è stato più evidente quanto, il lavoro del Gruppo, potesse contribuire a drenare l’effetto di stagnazione terapeutica, relativo al senso di una ricaduta nel sintomo, senza disconoscerla, ma integrandola nell’osservazione complessiva dei vissuti circolanti e contribuendo così al lavoro di riconoscimento di vissuti emozionali più rappresentabili.

Bibliografia

Bovet A. (2021), Funzioni del luogo di cura specializzata e assetto mentale dell’analista. *Rivista di Argo - Gruppo: omogeneità e differenze*, 7.

Bovet A. (2022), Quando il corpo è campo di riattivazione per prendere vita. *Rivista di Psicologia Analitica, nuova serie*, 105:53.

- Camassa P., Anoressia: un'epidemia del corpo come oggetto superiore, *Rivista di Psicoanalisi*, 3:549-560.
- Ciccolini L. e Cosenza D. (2015), (a cura di) *Il trattamento dei disturbi alimentari in contesti istituzionali*, Franco Angeli, Milano.
- Cordeschi F. (2014), *La psicoterapia psicoanalitica di gruppo per pazienti con disturbo del comportamento alimentare*, in *Fare gruppo nelle istituzioni* a cura di Neri C., Patalano R., Salemmi P., Franco Angeli, Milano.
- Cordeschi F. (2021), La Funzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) nella costruzione dell'identità. Percorsi evolutivi nel doppio setting individuale/gruppo, in *Rivista di Argo- Gruppo: omogeneità e differenze*, 7.
- Cordeschi F. (2022), I DCA dopo il COVID-19. Pandemia, adolescenza, corpo e identità. In *Rivista di Psicologia Analitica: Corpo in/fame. Il cibo tra piacere e colpa*, 105:53.
- Correale A., Neri C., Contorni S., (1995), *Fattori terapeutici nei gruppi e nelle Istituzioni*. Borla, Roma.
- Cosenza D. (2018), *Il cibo e l'inconscio*. Franco Angeli, Milano.
- Ferruta A. (2010), *Il seminario clinico di gruppo come esperienza analitica, accanto all'analisi e alla supervisione*. In: Gabriellini G. (a cura di), *Giovanni Hautmann e il pensiero gruppale*. Felici, Pisa.
- Neri C. (2021), *Il gruppo come cura*. Raffaello Cortina, Milano.

TRA IL QUINTO E IL SETTIMO PONTE

Giorgio Campoli, Barbara Fedeli e Sabrina Gubbini

Parte prima¹

La nostra UOC SM 9 (Unità Operativa Complessa Salute Mentale Distretto 9) appartenente al DSM (Dipartimento Salute Mentale) ASL ROMA 2, situata al settimo ponte, quartiere Laurentino, presenta una particolare disposizione spaziale in quanto il CSM (Centro di Salute Mentale), il CD (Centro Diurno) e la Comunità Terapeutica, che la compongono, sono situate tutte sul ponte, sono contigue e separate da semplici porte. Questa vicinanza determina la possibilità di connessioni e contaminazioni che spesso si svolgono lungo i corridoi, nelle pause di lavoro.

Il tessuto sociale che circonda il nostro servizio è variegato in quanto sono presenti, a distanze ravvicinate, persone e famiglie di diversa cultura, estrazione sociale e stile di vita. Non tutti, pur risiedendo ‘ai ponti’, vivono il quartiere nella quotidianità, e preferiscono utilizzarlo come luogo di ritorno dopo giornate trascorse a lavoro, scegliendo per i figli scuole e attività nel quartiere contiguo, separato da un parco verde, di più “alto livello”. Nel tempo, comunque, questa diversità e separazione si sta affievolendo, dovuta, probabilmente e fortunatamente, al passaggio delle generazioni ed al minore isolamento legato alla comunicazione globalizzata. Permane sempre l’accezione negativa del quartiere, legata ad elementi del passato difficili a volte da scardinare.

Il nostro servizio è comunque integrato nel territorio, conosciuto dai suoi abitanti.

Al nostro CSM afferiscono i residenti del municipio 9 che comprendono non solo gli abitanti dei famosi ponti che connotano il quartiere del laurentino 38, ma anche i quartieri dell’Eur, del Torrino fino a Vitinia e della via Laurentina fino al confine con il comune di Pomezia.

¹ A cura di: *Barbara Fedeli*.

Le persone e le famiglie che si rivolgono al nostro CSM presentano, come sempre accade nei servizi pubblici, situazioni complesse, difficili da dipanare, disturbi e diagnosi non squisitamente psichiatrici.

La presa in carico della persona che presenta il disagio, il così detto “paziente designato”, comporta la presa in carico della famiglia e del contesto di vita (i.e. scuola, lavoro). Del progetto terapeutico si occupa l’equipe curante, in momenti dedicati lo condivide con l’equipe territoriale e con tutto il servizio nelle riunioni plenarie settimanali. Nel tempo il progetto può coinvolgere più operatori: il centro diurno come luogo altro rispetto a ciò che si conosce e che alimenta la patologia ed in alcuni casi anche la comunità. Il CSM, il CD e la Comunità Terapeutica, con la presenza di diverse figure professionali e le proprie declinazioni, attraverso le riunioni degli operatori, l’accoglienza, le visite, le psicoterapie individuali e di gruppo, i gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare, l’organizzazione dei laboratori, la formazione continua degli operatori nel servizio scandiscono il ritmo della quotidianità e forniscono una cornice stabile alle persone fragili (a cui sono rivolti).

Presentano, in altri termini, setting e dispositivi curanti stabili, di cui parla M. Sassolas in “Terapia delle psicosi” (1997).

Gli interventi degli operatori coinvolti nel progetto, le risposte della persona in trattamento e della famiglia (e altre possibili persone coinvolte) possono determinare nell’equipe curante dubbi, perplessità e angosce che cercano risposte sia nella condivisione con gli altri operatori del servizio ma anche in esperienze altre come i seminari analitici di gruppo e l’intervisione.

Nel nostro servizio stiamo effettuando da tre anni un’esperienza di seminari analitici di gruppo e di intervisione che ha permesso agli operatori, oltre a quelli impegnati nel caso presentato, la possibilità di fermarsi nell’agire e lavorare insieme “ripensando al caso clinico”. La diversa prospettiva di osservazione e la possibilità di immaginare altre modalità di intervento, un ascolto attento, ampliano la mente degli operatori e possono fornire linfa vitale al proseguimento del progetto terapeutico. Comprendere l’altro, il suo punto di vista permette di cogliere diversi e nuovi aspetti della persona non solo da parte l’equipe curante, ma dagli altri operatori costruendo e rinforzando lo stile di lavoro di tutto il servizio.

Parte seconda²

Da alcuni anni frequento un CSM e un Centro Diurno in una zona all'estrema periferia della capitale, nel ruolo di coordinatore di un'intervisione che coinvolge molte figure terapeutiche. Psicologi, psichiatra, infermieri, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali impegnati nella cura e nella riabilitazione di giovani uomini e giovani donne attraversati da vicende personali, familiari e sociali piuttosto complicate.

I nostri incontri sono limitati nel tempo, ogni incontro è dedicato ad un caso scelto dal curante e dall'equipe, ma il tempo dedicatogli è potenziato dalla presenza di molti sguardi e dal discorso che ogni componente del gruppo costruisce intorno al paziente prescelto.

Dedicherei qualche parola alla descrizione del luogo fisico in cui i Servizi di Salute Mentale sono collocati: I Ponti. Essi sono noti ed evocati come un luogo di degrado sociale ed urbano e direi che la realtà non contraddice la nomea. Una successione di ponti collega edifici tutti uguali, tutti costruiti in cemento grezzo (in Architettura questo stile è definito "brutalismo" ed è connotato da forme squadrate e dall'uso di calcestruzzo o da mattoni che creano un effetto rozzo e non rifinito). I Ponti sono segnati da numeri e definiscono l'appartenenza territoriale degli abitanti.

È facile perdersi perché il senso dell'orientamento, nel passaggio tra un ponte e l'altro, può venire a mancare, provocando uno spaesamento dovuto all'essere tutti più o meno uguali. Ad ogni Ponte corrisponde un "baretto" davanti al quale sostano personaggi che sembrano usciti da una Roma pasoliniana, persi tra discorsi senza tempo o piuttosto dove il tempo è circolare.

Al settimo ponte ci sono gli ambulatori della ASL e i Servizi di Salute Mentale; si entra in un labirinto formato da scale e terrazze e si accede in uno spazio che è di un contenuto diverso da ciò che lo circonda.

I luoghi della cura mostrano un'attenzione all'accoglienza, si vedono terrazze ricche di piante che creano un filtro protettivo tra l'interno e l'esterno rendendolo meno aggressivo.

² a cura di: *Sabrina Gubbini*

Dentro la struttura gli ambienti sono ampi e pieni di luce, si intravedono stanze adibite ad attività artigianali e creative, c'è persino la stanza della parrucchiera gestita dalle utenti del CD e aperta agli abitanti del quartiere. Lungo i corridoi si incontrano corpi e visi sofferenti, gli sguardi sono diffidenti ed evitano un possibile scambio, si percepisce la difficoltà di ricambiare un sorriso o, al contrario, una mancanza di confini; mi trovo a pensare a quanto possa essere difficile lavorarci quotidianamente e lasciarsi coinvolgere dall'eccesso di umanità mantenendo un pensiero vivo e sufficientemente libero da difese e strategie troppo rigide.

Eppure, succede, quel luogo è uno spazio di cura.

Il caso clinico ovvero il lavoro in gruppo

In una di queste riunioni ci è stata presentata la storia di un giovane uomo attraverso le parole di un'equipe piuttosto numerosa composta da psicoterapeuta, psichiatri, conduttori del Gruppo Multifamiliare e alcune delle infermiere che conoscono il paziente da più tempo.

R. ha manifestato i primi segnali di disagio alle scuole medie attraverso comportamenti incongrui e una scarsa motivazione generale accompagnata da un'ipersensibilizzazione al giudizio degli altri. Nella preadolescenza sono iniziate le prime fughe da casa e le condotte antisociali e tossicomane, continuate fino a fare uso di sostanze quali la cocaina, l'ecstasy e la chetamina, acquistate con i soldi dello spaccio.

Un'infermiera informa il gruppo che la chetamina è una sostanza che veniva usata e somministrata alle partorienti per lenire i dolori del parto, inducendo uno stato di calma e tranquillità nonostante l'intensità delle contrazioni dolorose.

R. ha ottenuto la licenza liceale durante un percorso scolastico molto accidentato e ha fatto il primo accesso ai Servizi di Salute Mentale in seguito all'esordio di pensieri deliranti accompagnati da aggressività; si sono succeduti molti ricoveri e passaggi in strutture comunitarie dove l'assunzione di droghe non si è mai interrotta.

In seguito ad un altro TSO ha iniziato a vivere da solo mantenendosi con lo spaccio, l'esperienza con il SERD di zona non ha funzionato, fin quando la famiglia lo ha ripreso nella propria casa. Dopo il terzo ricovero coatto è stato preso in carico dal servizio presso cui è

avvenuta l'intervisione.

Il racconto del caso è stato disperante: doppia diagnosi, un esordio precoce, tanti ricoveri, cos'altro si può fare o dire? Ma il racconto della psicoterapeuta ha richiamato la mia attenzione e quella del collega che condivideva con me quell'ascolto: R. ricordava, frammentariamente, delle estati trascorse in campagna presso la casa dei nonni e del lavoro del nonno che era un macellaio. Lo descriveva come un uomo rude e freddo, forse come quelle costruzioni che ci circondano, e secondo lui sarebbe stato lui la causa della sofferenza di suo padre. La morte di entrambi i nonni ha preceduto le fughe da casa.

I corto-circuiti che hanno segnato la vita della famiglia di R. hanno avuto sempre come esito la telefonata al 118: scene di inseguimenti, litigi violenti, aggressioni fatte e ricevute. Dei temi hanno in comune R. e i genitori, la mancanza di protezione dalla "crudezza" della vita per lui e l'assenza di protezione dalla sua violenza, da parte delle istituzioni, per i genitori. All'inizio essi chiedevano soltanto una presenza e un contenimento essenzialmente fisici.

Il curante del padre riporta un'insoddisfazione affettiva dell'uomo dovuta alla freddezza della moglie e della sua depressione, di lei non si conosce molto, ma c'è una cosa che ha iniziato a cambiare: la frequentazione di un gruppo Multifamiliare la fa più attenta e in ascolto dei problemi degli altri, il pensiero diventa meno concreto restituendole una maggiore morbidezza.

Il marito è riuscito a trascorrere dei fine settimana lontano dalla casa in cui vivono tutti, durante i quali si intrattiene aggiustando e rimettendo in funzione oggetti rotti.

L'eccesso di concretezza e di ruvidità ha caratterizzato la vita di queste tre persone, lo stesso che sembra essere proiettato dalle strutture murarie brutali che li circondano. Le pareti sensoriali di R. sono state solo apparentemente rinforzate dall'uso delle sostanze che hanno costituito una corazza chimica nei confronti di sensazioni spiacevoli, ma la sua struttura psichica si è indebolita fino a un "non essere".

R. ha mostrato scarsa tolleranza a qualsiasi tipo di sofferenza e di tristezza (la chetamina delle partorienti lo ha aiutato), le frasi dei colloqui sono interrotte per essere depotenziate da contenuti temuti come troppo invasivi e urticanti. Ma la leggerezza e l'ironia con cui le dottoresse lo accolgono sono una risorsa per imbastire un dialogo che consenta di mantenere un po' di speranza.

All'interno di quella struttura R. sembra aver trovato un ascolto che lenisca quella continua irritazione data da un eccesso di stimolazioni grezze e dalla mancanza di contenimento.

La scelta del titolo di questo scritto "Tra il Quinto e il Settimo Ponte" descrive il percorso fatto da R. nel corso della settimana: al quinto trova la roba che "fa stare bene lui perché lo eccita e lo attiva," (l'ecstasy e la cocaina), al sesto c'è quella che "fa stare bene la sua famiglia", (la chetamina), e al settimo c'è il CSM dove si reca quasi tutti i giorni per parlare con le curanti, chiedendo ogni volta un'attenzione particolare per non essere confuso con gli altri. Questo percorso non è sempre virtuoso perché viene condotto anche al contrario con ricadute, allontanamenti e ritorni.

R. ha una quasi-ragazza che si chiama come il colore di una sostanza, "che rappresenta uno spicchio di vita tolto alla droga e al gioco d'azzardo, ma anche lei è quasi-tossica e bisogna sostituirla", dice lui.

Da alcuni mesi R. ha iniziato a frequentare un canile municipale come volontario, si prende cura dei cani abbandonati e così può curare quelle parti di sé solitarie e abbandoniche che sono vissute allo stato brado fin da piccole e che richiedono una vicinanza discreta; contemporaneamente inizia a prendersi cura della madre che ha dei problemi ed è invecchiata.

Potrebbe essere un superamento dei Ponti e un approdo a un'area transizionale dove poter finalmente giocare. Lo speriamo.

Parte terza³

Incontro volentieri il Servizio di Salute Mentale del Settimo Ponte, un Servizio ben radicato nella comunità, dotato di un gruppo di operatori che si prende cura con dedizione e competenza dei pazienti, organizzato secondo stabili e nello stesso tempo flessibili dispositivi curanti dei quali l'Intervisione - così definita dal Servizio, per me inteso come un Seminario Analitico di Gruppo - costituisce da alcuni anni una componente sia pure a bassa frequenza. Intendo questi incontri

³ A cura di: *Giorgio Campoli*.

come uno strumento per riflettere in gruppo sui contenuti, i comportamenti ma soprattutto aperto all'immaginare, al sognare ad occhi aperti, all'associare intorno ad una situazione clinica che può risultare infine trasformata nella mente del gruppo e quindi anche dei curanti.

Uno strumento che trovò una traccia germinale in me con la lettura in Searles (1965) delle riunioni di tutto il personale a Chestnut Lodge; che ho potuto poi mettere a punto nel lavoro nei Servizi dove le supervisioni in gruppo furono molto presenti.

Con Ferro A. (2006) e 'il campo olografico onirico', ancora Ferro (2014) e il suo privilegiare la psicoanalisi per gli apparati per sognare, sentire, pensare alle supervisioni in gruppo. E infine con A. Ferruta (2010) che ha dato nome e tracciato la struttura dei nostri Seminari.

Cercherò di ripercorrere ora alcuni movimenti del gruppo, almeno per quella che è stata la mia esperienza, nel SAdG che con le colleghe abbiamo scelto di presentare.

Sabrina Gubbini e Barbara Fedeli hanno fornito un resoconto sintetico ed efficace, rispettivamente della situazione clinica di R e la sua famiglia, che ci venne presentata nello scorso autunno, e dell'organizzazione e funzionamento del Servizio che se ne prende cura.

Per la prima parte del SAdG si percepiva nel gruppo preoccupazione, più per la violenza crescente segnalata dai genitori che per i due Trattamenti Sanitari Obbligatorii in SPDC seguiti da ricoveri in clinica, o per l'emergere della sofferenza di R già durante gli anni della scuola dell'obbligo, segnata anche dalla presenza dell'angoscia persecutoria. Per parte mia ero colpito soprattutto dal ripetersi della sequenza urgenza-ricovero-presenza in carico del servizio-abbandono delle cure-urgenza.

Ero restato, mentre la psicologa che aveva distribuito l'estratto scritto e la psichiatra che lo conosceva da maggior tempo procedevano nella presentazione, inusualmente molto concentrato sui contenuti e i comportamenti. Fui presto come sommerso, soprattutto, dalla stabilità dei suoi abusi di cocaina alla quale aveva aggiunto chetamina ed MDMA, dalla ripetitività e brevità dei tentativi di liberarsi dalle sostanze, dagli abbandoni delle terapie prescritte e di ogni rapporto con il Servizio, seguiti dai ritorni in situazioni di preoccupazione crescente dei suoi genitori. Vi era stato sì il suo inserimento, grazie alla collaborazione tra DSM e SERD, in una Comunità Terapeutica per il trattamento delle dipendenze, ma dopo la dimissione avvenuta un anno

dopo, R (ed i suoi?) aveva[no] optato per le cure con specialisti privati.

Erano trascorsi ben undici anni dal primo contatto e si profilava una situazione senza speranza di cambiamento.

E poi la sua improvvisa decisione di andare ad abitare fuori Roma ed il rientro ancor più tumultuoso dopo due anni di assunzione massiccia di cocaina.

Le colleghe avevano riportato anche delle sue spinte protettive nei confronti dei genitori e dei due fratelli minori «devo portare il dolore della famiglia», oppure «prendo l'MDMA per curare mio papà e mia mamma», ma queste restavano per me decisamente in secondo piano. C'era un clima di ascolto, ma al contempo mi sembrava come raggelato o forse ero io a sentirmi così.

Mi resi conto, ad un certo punto, che avevo cominciato ad andare con lo sguardo sempre più alle numerose ed alte finestre che affacciano sull'attiguo ampio terrazzo con piante e a vagare oltre, fino al cielo nuvoloso.

Un mio desiderio di fuga riecheggiante le fughe di R. dal Servizio?

Il mio sguardo insisteva in particolare, sull'unica finestra, un po' laterale, che aveva la serranda completamente abbassata e lasciava parte della stanza in ombra.

Finalmente pensai che questa finestra buia esprimesse il mio essere nell'oscurità della mia mente: era la mia prima associazione dopo un lungo 'silenzio psichico'. Non la comunicai per il momento. Mi sembrava di essere nella situazione inversa rispetto a quella della metafora utilizzata da Freud nella lettera a Lou Andreas Salomè del 25 maggio 1916 a proposito della scrittura dei testi psicoanalitici.

Posso in questa sede citarlo per esteso: «So che, mentre lavoravo, mi sono artificialmente accecato per raccogliere tutta la luce su di un punto oscuro, rinunciando alla connessione, all'armonia, all'edificazione e a tutto ciò che Lei chiama simbolico, spaventato dall'esperienza che ognuna di queste esigenze, ogni aspettativa, comporta il pericolo di veder deformato, sebbene abbellito, ciò che deve essere conosciuto» (Freud, p. 285, trad.it. 1983).

Una metafora ripresa, sognata e trasferita nella stanza d'analisi da Bion (1974) durante un Seminario Brasiliano: «Invece di provare a fornire una brillante, intelligente, bene informata illuminazione per chiarire i problemi oscuri, suggerisco di procurare una diminuzione della 'luce' [virgoletta di Bion]. Un penetrante raggio di oscurità; un

reciproco del faro. La particolarità di questo raggio penetrante è che esso si potrebbe dirigere verso l'oggetto della nostra curiosità che assorbirebbe tutta la luce già esistente, lasciando l'area in esame priva di tutta la luce che possedeva.

L'oscurità sarebbe così assoluta che raggiungerebbe un assoluto vuoto luminoso. Cosicché se un qualche oggetto esistesse, per quanto indistinguibile, si mostrerebbe molto chiaramente», (Bion, p. 123, trad. it. 1981).

Grotstein (2007) nel suo, per l'appunto, *Un raggio di intensa oscurità*, racconta che Bion durante una seduta, si era alzato insolitamente dalla sua poltrona, era andato alla libreria, aveva preso un libro e gli aveva letto traducendolo all'impronta dal tedesco, quel brano di Freud. Il 'raggio di intensa oscurità' costituisce nell'opinione di Grotstein: «il filo rosso che avrebbe attraversato il pensiero successivo di Bion», (Grotstein, p. 7 trad. it. 2010) e sarebbe alla base del suo senza memoria e desiderio.

Dopo il Seminario ricordai anche il paragrafo *Dal muro* in Bollas (1989) *Forze del destino*, quando, interrogandosi durante una lunga vacanza su dove fosse stato negli ultimi dieci anni di lavoro e sul suo essere psicoanalista, arriva a porsi l'ulteriore domanda se alcune delle sue interpretazioni potessero essere collegate al muro, ai cambi di luce favoriti dalla sua superficie irregolare. E sviluppa il suo discorso nel paragrafo successivo, *Le fonti dell'interpretazione*.

Nel SAdG non si interpreta, ovviamente.

Le finestre, la finestra buia, il buio dentro di me, che potevano anche essere collegate al mio stato d'animo di quel giorno, erano soprattutto il risultato di identificazioni reciproche, di elementi del campo del Seminario. E questi erano in relazione con le relazioni interne ed esterna di R. con l'oggetto e l'ambiente primario, sottoposte ad altri trasferimenti e interazioni, come quelli in corso con le colleghe e gli ambienti del Servizio.

In parte confortato da questi ricordi e pensieri, pensai anche alle mie recenti supervisioni ai Servizi per soggetti affetti da dipendenze, situazioni nelle quali era stato molto difficile per il servizio cogliere le potenzialità di collaborazione dei pazienti e procedere a trasformazioni significative. Eppure, si era proceduto.

La psichiatra riferì di avere appreso da una fonte esterna, nei primi mesi del 2023, che R. aveva minacciato pesantemente i familiari ed

era stato ricoverato in SPDC. Lei stessa aveva ricontattato i genitori e fissato loro un appartamento. Erano stati molto polemici con lei e con il Servizio, accusandoli di averli abbandonati. Aveva tenuto a precisare, con energia, che in realtà il Servizio era stato abbandonato da tutti loro; aveva poi preso i contatti con il reparto ed R. che, dopo la dimissione, «era vuoto». Sarebbe ritornato presto alla cocaina.

A quel punto il Servizio prese la decisione di ampliare la sua proposta di cura offrendo dei contenitori differenziati.

La psicologa, proseguendo nella presentazione, lesse: «Vengo inserita nel caso a Marzo del 2023, R. accoglie lo spazio con entusiasmo iniziando a raccontare la sua storia in modo caotico, senza riferimenti temporali».

Mi ritrovai quasi di getto ad esclamare: «Uno spiraglio di luce! [e indicando la finestra] Come quello spicchio di azzurro che si è aperto ora nel cielo». Proprio in quel momento – e credo fosse solo in apparenza un caso – il mio sguardo aveva incontrato non più quella finestra con le tapparelle abbassate, ma uno scorcio di luce.

Il fatto che la collega avesse nominato la sua caoticità mi fece pensare al pressante bisogno di comunicare con un soggetto terzo rispetto alla famiglia. Si intravedeva la speranza ancora presente di trovare nella relazione psicoterapeutica un contenimento del proprio dolore psichico qualitativamente differente rispetto alle vie ricercate fino a quel momento.

Ci era stato raccontato che per R. l'assunzione delle sostanze era collegata al Quinto e al Sesto Ponte. Dissi che forse potevamo pensare ad un passaggio dal difendersi dall'agonia del precipitare per sempre con la frequentazione del Quinto e del Sesto Ponte, alla possibilità di prendere vita al Settimo Ponte, luogo del servizio.

Uno psichiatra cominciò a prendersi cura del padre e della sua melanconia che aveva origini antiche, come lo stesso R. aveva rilevato.

Venne costituito un Gruppo Multifamiliare condotto da uno psichiatra, uno psicologo e un'infermiera, i quali specificarono di non poter ancora aggiungere il termine Psicoanalitico a questa loro funzione poiché stavano avviando il loro percorso specifico di formazione.

L'ingresso dei genitori al gruppo era stato 'esplosivo': «State uccidendo nostro figlio!». Si erano mostrati invece meno critici nei confronti della psichiatra. Dopo furono assidui. Notarono che la madre

considerava la sofferenza del figlio primogenito R. come fosse una malattia somatica. Il padre, dopo una lunga serie di presenze alle sedute, aveva preferito assentarsi per dedicarsi ad una passione abbandonata da molti anni. I curanti e il gruppo sentirono questo come una notizia positiva: qualcuno iniziava a prendere vita. R. partecipò un'unica volta, ma ad un certo punto si era alzato di scatto ed era uscito di corsa.

Intervenne un'infermiera per chiedere: «Era lui quel ragazzo che il tale giorno andò a fumare appoggiato al balcone?»

I conduttori confermarono.

Fu uno dei pochi interventi degli infermieri a quel Seminario, a differenza da quanto era avvenuto in quelli precedenti.

R., malgrado la gravità della sua sofferenza non era forse diventato un paziente "istituzionale".

R. Tagliacozzo (1989), nella riflessione sulle sue supervisioni al Servizio, intende per istituzionali quei pazienti conosciuti direttamente e indirettamente da ogni operatore per la potenza e la ricorrenza delle situazioni di emergenza proposte.

Fu importante quella domanda perché quella scena di lui che fumava 'tranquillo' sul terrazzo era la copia quasi identica di un episodio che era stato riferito alcuni minuti prima: i genitori ed i fratelli, temendo la sua aggressività, erano fuggiti per strada ed avevano chiamato il 118; gli ambulanziere, saliti a casa, lo avevano trovato al balcone che fumava 'tranquillo'.

Non possiamo sapere quali pensieri e fantasie attraversassero la sua mente, se fosse proprio tranquillo. In entrambe le circostanze, però, stava cercando di auto-placare la sua angoscia e la sua rabbia.

Non fu semplice per la psicoterapeuta costruire un setting costante di una seduta settimanale. R. cancellò delle sedute avvertendola, chiese spostamenti di orari; le sue richieste vennero accolte e si riuscì a dare al setting la sua funzione di cornice silenziosa, con la frequenza di una seduta settimanale. Bleger (1967) ci ha insegnato come il setting sia il depositario della simbiosi originaria e della parte psicotica della personalità. Possiamo pensare che la parte psicotica della personalità, propria di ciascuno di noi, in R. piuttosto ampia, abbia trovato il suo contenitore.

Iniziò a circolare il pensiero della simbiosi. Mentre pensavo a

quella famiglia unita nella comune abitazione, i genitori ed i figli impegnati ciascuno nella propria attività ma sempre uniti, ad eccezione di R, il soccombente, il 'Mostro' come era stato definito, la psicoterapeuta parlò di R anche come il 'Bambinone'. Una prima trasformazione che nasceva nel gruppo. Pensai al padre melanconico ed alla madre, presente ma nello stesso tempo lontana, figura di sfondo, poco definita del SAdG. Una madre psichicamente morta?

Mi chiedo ora a quali identificazioni primarie ella avesse stabilito con la propria madre che, ci era stato detto, era affetta da disturbo bipolare, e come queste identificazioni primarie avessero intessuto le identificazioni primarie a lei del figlio primogenito.

La psicoterapeuta raccontò che un giorno R. le aveva chiesto di poterla incontrare tutti i giorni, al di fuori degli incontri fissati, anche per pochi minuti e che aveva rivolto la medesima richiesta alla psichiatra. La psicoterapeuta gli aveva risposto che non le sarebbe stato possibile, ma che lui avrebbe potuto ugualmente venire in ambulatorio qualora ne avesse sentito il bisogno. R. era venuto poche volte in sala d'attesa ed aveva avuto solo dei 'micro contatti' con la dottoressa. Micro contatti ritenuti molto preziosi da Giuseppe Berti Ceroni durante gli incontri tra i nostri Servizi quando lavoravamo lui a Bologna, io a San Lazzaro di Savena. Micro contatti, aggiungo, che comprendevano anche le altre figure del Sevizio, le sue mura, l'ambiente.

Veniva colta in quella richiesta di incontri quotidiani più che le spinte tossicomane, che pure erano presenti, la potenzialità trasformativa: un possibile ponte tra le mortifere sostanze tossiche e la dipendenza da figure femminili vive; un richiamo forse della simbiosi familiare, ma anche la ricerca di un nuovo ambiente. Ancora: dal Quinto e dal Sesto Ponte al Settimo Ponte.

Eravamo andati molto avanti nell'incontro quando la collega lesse il resoconto di una recente seduta.

R. la iniziò raccontando dei suoi «Vortici ... un rodimento, un fastidio che devo urgentemente raccontare a qualcuno per liberarmene».

Prima doveva raccontarli a un'amica amata e odiata che associava alla cocaina.

Un altro trasferimento alla terapeuta.

Continuò dicendo che aveva cominciato, fatto del tutto nuovo, a frequentare il canile municipale che raccoglie cani randagi: prendersi cura di esseri abbandonati e/o randagi, di sé stesso, dei suoi genitori?

Mi venne in mente il Canaro della Magliana, protagonista nel 1988 di un episodio di cronaca nera che ebbe rilevanza nazionale: il feroce assassinio da parte del canaro, nella sala-toilette per cani, del suo compagno di malavita, datore di lavoro e sadico persecutore. Accadde a pochi chilometri dai Ponti. Il fatto che fu trasformato, trent'anni dopo, dall'estetica e dalla tecnica di Matteo Garrone, un regista che ama abitare le periferie prima e durante le riprese, trovandovi anche gli attori protagonisti.

Dogman è il film di Matteo Garrone: Cane/Uomo – Uomo/Cane. Con le differenti, opposte declinazioni che possono segnare il mutare di queste relazioni. Pensai anche alla storia reale di Marcello Pesce, chiamato da Garrone a recitare la parte del canaro, compito che ricoprì egregiamente, lui emigrato a Roma, mite occupante e custode del Teatro Valle e del cinema Palazzo.

Immagini forti e contrastanti che alludono ad aspetti del campo.

Nel corso di quel SAdG l'immagine di R è sembrata mutare, arricchirsi. L'iniziale bidimensionalità di una compulsione tossicomantica senza apparente via d'uscita (la finestra con le tapparelle completamente abbassate), si era trasformata nell'immagine di un uomo solo, spesso violento e minaccioso in una famiglia simbiotica, che però cerca nuovi oggetti e nuovi ambienti per poter raccontare la sua storia (lo squarcio di luce) e tentare forse di creare nuovi legami.

Bibliografia

Bion W. R. (1981), *Il cambiamento catastrofico*. Loescher, Torino, (1984).

Bion W. R. (1974), *Brazilian lectures. Imago Editora Ltda. Trad. it. Seminari brasiliani in Il cambiamento catastrofico*, Loescher, Torino, (1981).

Bleger J. (1967), *Psicoanalisi del setting psicoanalitico*. In: Genovese C. (1988). *Psicoanalisi e Setting Psicoanalitico*. Raffaello Cortina, Milano.

Bollas (1989). *Forze del destino*. Borla, Roma, (1991).

Ferro A. (2007), *Il paziente miglior collega: trasformazione in sogno e trasformazioni narrative*. Rivista di Psicoanalisi, 53, 4, 1083-1090.

- Ferro A. (2014), *Le viscere della mente*. Raffaello Cortina, Milano.
- Ferruta A. (2010), *Il seminario clinico di gruppo come esperienza analitica, accanto all'analisi e alla supervisione*. In: Gabriellini G. (a cura di). *Giovanni Hautman e il pensiero gruppale*, Felici, Pisa.
- Freud S., (1916), *Lettera a Lou Andreas-Salomè*. In: *Freud S., Salomè L.A. (1963). Eros e conoscenza. Lettere 1912-1936*. Boringhieri, Torino, (1983).
- Grotstein S.G., (2007), *Un raggio di sole di intensa oscurità*. Cortina, Milano, (2010)
- Sassolas M., (1997), *Terapia delle psicosi*, Borla, Roma, (2001)
- Searles H. F. (1965), *Scritti sulla schizofrenia*. Boringhieri, Torino, (1974).
- Tagliacozzo R. (1989), *Funzione della supervisione nelle istituzioni. Gruppo e Funzione Analitica*, 10, 2: 45-48.

DISCUSSIONE

Giuseppe Riefolo: Mi era sfuggito il passaggio emozionante della madre, e non sapevo di questa modalità di brutalismo in architettura. Insomma, suona male; però dice che qualcosa di brutale può diventare una modalità di presentazione di luoghi, di transiti, anche mentali.

Pensavo che a nessuno di noi fosse sfuggito il passaggio che attraverso i gruppi multifamiliari e la presa in carico di questo paziente, presa in carico affettiva, la madre ad un certo punto diventa capace di ascoltare gli altri del gruppo, mentre il padre si darà al bricolage, dove ripara qualcosa. Un bel percorso, se vogliamo proprio dei ponti: si passa dal quinto al settimo dove c'è la cura e dal settimo al quinto dove c'è la crisi. Volevo anche riprendere il passaggio del padre al bricolage, avvenuto, come ci hanno raccontato i conduttori del gruppo multifamiliare, dopo un certo percorso compiuto in gruppo. Il padre a un certo punto non è andato a una seduta: è andato a fare il bricolage e i conduttori hanno inteso questa assenza non tanto come espressione di una resistenza, ma come, finalmente, il segno di aver trovato la possibilità di recuperare una passione che da anni aveva abbandonato completamente.

Questi due episodi vanno ben oltre l'aspetto formalmente analitico in cui a noi piace vedere. Chi lavora nei servizi con queste gravità sa che quando accadono questi eventi, c'è un cambiamento enorme sul piano della struttura, non solo del paziente e di tutto ciò che riguarda il paziente, ma anche del sistema all'interno del cuore del paziente. Per questo, anche in considerazione dei due bei passaggi della madre e del padre, vorrei metterli un po' come apertura alla discussione.

Gli stimoli sono tanti: a chi trasmettere, dicevano i colleghi del ruolo pubblico, e i sottolivelli, soprattutto, perché a chi trasmettere lo sappiamo da tempo. Un po' il problema che ci stiamo ponendo è il come: c'è una modalità diretta di trasmettere, ma noi stiamo parlando di una modalità complessa e circolare di trasmettere, dove il problema della trasmissione diventa anche quello del come apprendere. I colleghi dei gruppi multifamiliari ci dicevano che l'apprendimento è sul campo, che non è il solito modo comune, democratico, in cui noi siamo bravi perché apprendiamo dal paziente.

Questi possono essere anche dei modi di dire, però si tratta veramente di partecipare, di essere immersi in un campo relativamente al quale noi non sappiamo niente e dobbiamo farci continuamente sorprendere da quello che i pazienti fanno, o da quello che il contesto istituzionale fa. Volevo però soprattutto proporvi una mia sensazione, bella devo dire, di oggi; mentre ascoltavo tutti pensavo prima di tutto che nessuno di noi si sta negando la gravità delle situazioni in cui interveniamo. Sono tutte situazioni altamente gravi, e dovremmo smetterla di pensare che la gravità sia un ostacolo all'intervento analitico nelle istituzioni. La gravità è quello che le istituzioni portano, noi siamo chiamati non a chiedere che le istituzioni debbano essere meno "gravi" perché sennò noi non possiamo intervenire. Noi ci dobbiamo confrontare con la gravità: pensavo che questo rispetto della gravità ci deve esimere da una lamentazione. Nessuno di noi chiede a un paziente psicotico che vede la Madonna di non vederla più.

Dobbiamo confrontarci con la gravità oggettiva delle istituzioni prima ancora che dei pazienti.

Pensavo ai servizi con cui noi abbiamo a che fare in questo periodo e rispetto ai quali ci sono abbondanti lamentele: ci tolgono i soldi e il personale, tutte cose vere, gravità evidenti. Sarebbe diverso, però, se un servizio che possiamo immaginare in questo periodo si permettesse tutte le riflessioni o le soluzioni di cui stiamo parlando.

Sono soluzioni che hanno a che fare con un sapere psicoanalitico. Giorgio diceva che il sapere psicoanalitico non deve essere un sapere superiore; io dico di sì, che noi dobbiamo introdurre il sapere superiore, ma non perché noi siamo meglio degli altri, ma perché l'approccio psicoanalitico è l'approccio migliore perché non ci sia una soluzione simmetrica alla gravità. Non è che il problema grosso dei servizi è che c'è la gravità. La soluzione simmetrica alla gravità non porta da nessuna parte, si entra in una situazione necessariamente di implosione e di crisi e chiederemo solo risorse. Le risorse vanno bene, ma noi dobbiamo ascoltare la gravità dei servizi. Pensavo che se noi avessimo adesso un servizio che si può permettere tutte le riflessioni di cui stiamo parlando, sarebbe un buon servizio, i pazienti starebbero bene. Si troverebbero bene le anoressiche o i portatori di disturbi alimentari di cui stiamo parlando, potrebbero essere accolti perché ci sarebbero degli operatori sensibili, formati analiticamente ad affrontare la gravità. Se tutto questo tornasse nei servizi, sarebbe una cosa buona, e i

servizi sarebbero vivi.

Vorrei aprire la discussione visto che siamo anche nei tempi; le sollecitazioni sono state tante.

Vediamo se i relatori vogliono pure precisare delle cose. Va benissimo, siamo andati molto veloci, le proposte sono state abbastanza schematiche. Chi vuole intervenga.

Ringrazio per queste sollecitazioni prodotte dalle presentazioni. La cosa più bella è che la gravità è uno stimolo: deve farci pensare non deve farci lamentare.

Rossana Calvano: Vorrei ringraziare tutti per la ricchezza della mattinata e per i tantissimi stimoli ricevuti, e presentarmi: sono Rossana Calvano, psichiatra, componente del Gruppo Nazionale Soci con Ruolo Pubblico e Direttrice di struttura complessa presso il DSM di Napoli Centro. Stamattina ho sentito molteplici risonanze e pertanto ho piacere di condividere alcune considerazioni: si è parlato del piacere di sapere in psicoanalisi, come di un sapere “superiore”, espressione che rischia di essere moralistica rispetto a quella di un *meta sapere*, che andando oltre il visibile ed il manifesto, riesce, meglio di ogni altro sapere, a darci una *rappresentazione* della complessità e profondità dei processi psichici, e che inoltre nel proporsi come un *sapere vivo*, cioè pregno di affetti, mentre lo pratici *trasforma e ti trasforma*. È emerso il quesito interessante se è un sapere capace di contaminare i nostri luoghi di lavoro e Riefolo, in tal senso, ha parlato attraverso la lente psicoanalitica dello sviluppo di una “sensibilità” negli operatori, utile nella cura della salute sia psichica che fisica dei nostri pazienti: considerazione non trascurabile in relazione alla scissione mente corpo e a quella tra funzionamenti più evoluti e più regrediti (fino a cadute rovinose), presente nei nostri pazienti gravi e che ci richiede un continuo lavoro psichico di integrazione e/o articolazione. Da qualche tempo ho cominciato a sostenere nei servizi in cui lavoro che, come operatori della salute mentale, siamo esperti di *complessità*, piuttosto che l'ultima spiaggia cui approdano i pazienti gravi dopo molteplici pellegrinaggi, poiché abbiamo le competenze tecniche e professionali per una presa in carico globale e multilevel: individuale, di gruppo, familiare, di rete tra istituzioni e agenzie diverse.

Presa in carico anche affettiva dei nostri pazienti, come l'esperienza di stamattina ci ha evocato, che non attiene solo a una migliore cura

della sofferenza psichica ma anche alla manutenzione del gruppo di lavoro; manutenzione necessaria che sto sperimentando *nel campo* perché l'esperienza di intervizione col metodo delle associazioni libere, sta nutrendo me stessa, in modo preliminare nella mia posizione di responsabilità, ma anche il gruppo di lavoro nel suo insieme fino all'operatore più respingente e in assetto difensivo, perché attraverso il linguaggio del *fantasticare e del sognare* è più possibile valorizzare il contributo di ogni operatore, sollecitandone il senso di appartenenza e la motivazione al lavoro. Non solo pertanto manutenzione del gruppo ma anche manutenzione del singolo operatore attraverso la *capacità essere vivo, stare bene e stare sveglio* che ci ricorda Winnicott e l'attitudine a restare visionari, a guardare avanti, oltre che a creare ponti simbolici e operativi. Tema quest'ultimo che mi è piaciuto molto stamattina, che abbiamo utilizzato anche noi nel riferirci alla *circolarità formativa* alla base di una buona rete tra Università e tirocinio dei candidati dell'INT ma che mi ha evocato, associativamente, anche il bellissimo articolo di Renè Roussillon sui *débarras*, cioè sui *ripostigli, sgabuzzini* di cui ogni istituzione curante si dota, intesi come spazi temporali (le pause) o fisici (corridoi, tisanerie, sale d'attesa) dove si depositano i resti indigeriti costituitisi nella mente degli operatori, che possono restare parti scisse o rimosse dell'istituzione oppure, se intercettate da un osservatore attento e sensibile, assumere un valore rivelatore delle dinamiche inconscie in campo ed essere messe al servizio del lavoro della cura. Ora mi fermo e vi ringrazio per avermi rammentato la bellezza, oltre alla nota complessità, del nostro lavoro.

Antonio Braconaro: Buongiorno a tutti, ringrazio gli organizzatori di questa giornata ricca da molti punti di vista.

Mi chiamo Antonio Braconaro e sono un analista del Centro di Psicoanalisi Romano.

Non immaginavo di intervenire e sono stato sollecitato a farlo dai lavori letti e dal clima generale della giornata, ma anche perché sono ritornato a rivivere alcuni ricordi affettivamente intensi e intimi dove proverò a portarvi per qualche minuto.

Ho condotto per quattro anni un gruppo di psicoterapia al Centro Diurno diretto da Stefano Zengarini al settimo ponte del Laurentino 38 in via Orio Vergari. Questo lavoro è terminato nel 2001 e quindi

sono trascorsi, ormai, più di venti anni ma attraverso il resoconto clinico della collega Gubbini ho rivisto nitide le immagini delle strade, l'architettura Brutalista, i ponti, il C.S.M. e lunghi corridoi del C. D. Sono stato colpito particolarmente dalla descrizione fatta e dai possibili significati del movimento del paziente descritto, tra l'abitazione e il quinto ponte dove prende le sostanze per poi procedere dal quinto ponte per arrivare al settimo e recarsi al C.S.M. a ricevere qualcos'altro, ma cosa? Penso al transito, che si ripete più e più volte in questa persona, da una dipendenza tossica, iniziata forse in famiglia, a una dipendenza sana e che cura.

È a questo punto che ricordo il primo incontro fatto in previsione della costituzione del gruppo terapeutico. Sono accompagnato da Stefano Zengarini, responsabile del C.D., in un laboratorio di sartoria e presentato, già lì si percepisce un ambiente molto caldo e molto attrattivo per i pazienti che vengono prestissimo la mattina a partecipare a tutte le attività dei vari laboratori occupazionali. Il senso di calore si percepisce dall'impressione che i pazienti restituiscono e cioè di avere ricevuto qualcosa.

Il ricordo che voglio riportare riguarda un episodio in cui il gruppo psicoterapico è già ben avviato. È il gruppo stesso che, trovandosi ad essere oggetto di interrogativi, scatena paure primitive e in questa fase del lavoro il gruppo è già in grado di contenerne alcune, ma ancora non tutti i componenti del C.D. sono riusciti a partecipare. Tra le persone non ancora entrate c'è Paola. La prima volta che la vedo cammina avanti e in dietro per il lungo corridoio cantando canzoni di Iva Zanicchi e di Mina e un giorno terminato il gruppo mi ferma per farmi sentire alcuni ritornelli di queste canzoni, ha fatto la pipì nei pantaloni. Ad un certo punto le infermiere mi riferirono che Paola nel trascorrere delle settimane esce dal laboratorio nell'orario del gruppo e si avvicinava alla stanza a volte ad origliare, altre volte prende una sedia e ancora dopo sta fuori dalla porta del gruppo seduta ad ascoltare. Un giorno Paola entra nel gruppo e da allora partecipa a tutti gli incontri, sempre in orario.

Sempre silente segue i discorsi che si fanno e a volte interviene congruamente, altre volte dialoga internamente con le sue voci a cui dà delle risposte sottovoce o canticchiando, dice che "andrà tutto bene" redarguisce i ritardatari, sorride spesso ed è affettuosa con tutti. Ecco questo è quello che mi colpisce molto e mi emozionava

perché quando Sabrina ha detto di questo movimento del suo paziente tra il quinto e il settimo ponte allora mi è venuta in mente Paola che si avvicinava alla porta un po' alla volta e dopo del tempo è potuta entrare.

Concluderei dicendo che è molto convincente il discorso fatto sulla questione della trasmissione ma affiancherei anche la capacità attrattiva che ha un ambiente come era allora il C. D. o anche nel caso della Gubbini il C.S.M. La questione dell'attrattività, seguendo quello che dicono questi esempi clinici, riguarda l'investimento vitale che gli operatori fanno su questo lavoro, è questo che rende vivo un luogo, poi diventa attrattivo per i pazienti. Ecco oggi ho risentito che essere lì aveva un senso, era questo che vi volevo partecipare, vi ringrazio e lascio la parola agli altri colleghi.

Paola Ferri: mi ero già presentata prima; comunque sono del centro milanese, lavoro in una neuropsichiatria infantile, sono nella redazione di spiweb ...questo è anche importante perché secondo me dovremmo produrre anche qualcosa diffondibile attraverso il nostro sito. Io pensavo stamattina fosse più una riunione diciamo "teorica": come le nostre esperienze si potessero amalgamare sul piano di indicazioni generiche.

Mi piace molto che voi siate entrati nel merito della clinica, anche noi ne abbiamo tanta come tutti quelli che lavorano nei servizi: io lavoro in neuropsichiatria infantile al San Gerardo di Monza e ci sono molte risonanze con i casi che avete presentato, soprattutto relativamente ai disturbi alimentari che sono sveltati, come veniva mostrato dalle colleghe.

Per natura anche personale, trovo interessante il fatto che noi abbiamo trovato una modalità anche affettiva di esprimerci e di condividere le nostre emozioni, che ci avvicina al nostro lavoro con passione. Non è così scontato purtroppo: c'è stata una lenta burocratizzazione del nostro modo di fare gli psicanalisti. Io almeno la ritrovo all'interno della nostra istituzione che è la Società di Psicoanalisi: poi essendo milanese probabilmente risento di una certa freddezza nordica; invece, nel lavorare con i colleghi del Sud ho ritrovato una condivisione empatica ed emotiva che avevo perso un pochettino all'interno del centro milanese.

Se noi siamo in grado di lavorare nei contesti più difficili e con i

pazienti gravi, la psicoanalisi non morirà.

Questo l'ho visto anche all'ultimo Congresso b/a di Firenze: è stato un Congresso molto interessante. L'esperienza dell'*infant observation* può essere un ottimo stimolo per tutti i discorsi che verranno fatti anche a proposito della violenza sulle donne ... ve la butto lì tanto per mettermi su di un tema di attualità, su cui noi potremmo dire qualcosa. Ora si sta tanto parlando di educazione all'affettività beh insomma qualcosa potremmo dire partendo proprio dall'interazione madre neonato, se qualcuno ci ascolterà ovviamente; perché è una questione, anche, di equilibri politici in cui la SPI deve riuscire a inserirsi.

Grazie comunque della giornata molto interessante e stimolante e a presto, spero.

Giovanna Cocchiarella: Buongiorno, mi presento sono Giovanna Cocchiarella e sono la responsabile di UOC di Salute Mentale campana nonché responsabile area adulti del CTP del centro napoletano. Allora intanto volevo ringraziarvi per aver invitato in questa vostra iniziativa il nostro gruppo del ruolo pubblico. Come dicevi tu, Giuseppe, mi sembra che ci siano molti punti di contatto tra il nostro lavoro che ha uno sguardo un po' più ampio a livello nazionale che il vostro, che ha uno sguardo e un impegno più locale. Nonostante questo mi sembra che le intenzioni e i punti di riflessione siano veramente molto importanti. Volevo ringraziare in particolare le stimolazioni di Sabrina Gubbini che con il suo caso clinico così sentito e dettagliato ha messo in campo quello che è il lavoro con cui si confrontiamo costantemente con la gravità della patologia che non è solo la gravità della patologia nei pazienti con cui ci confrontiamo ma è anche la condizione con cui dobbiamo confrontarci all'interno delle istituzioni. Le istituzioni sono in una condizione di gravità e di complessità importante. Prima Paola Ferri parlava di procedure protocollari, modalità localizzate che hanno svuotato dell'elemento emotivo il lavoro con la sofferenza e la patologia grave e mi sembra che quello che oggi noi stiamo mettendo a fuoco e che è anche emerso molto come dato, sia la possibilità di introdurre una sensibilità che è quella che si è persa e uno sguardo diverso, uno sguardo non solo alla clinica dei nostri pazienti ma anche al funzionamento dell'istituzione e alla patologia istituzionale con cui quotidianamente ci dobbiamo confrontare e dalla quale spesso noi stessi siamo schiacciati e limitati nell'esercizio della

nostra attività. Io direi che lo sguardo analitico e la possibilità di formare sul campo possa essere una chiave di cura del contenitore dell'istituzione e che, quindi, possa avere una ricaduta positiva chiaramente sulla clinica e affrontare così e sollevare la sofferenza dei pazienti che appunto si rivolgono a noi. Grazie.

Antonella Granieri: grazie, io sono Antonella Granieri del centro torinese, mi sono già presentata prima. Volevo dare un piccolo tassello ulteriore su cosa intendevo nel parlarvi della formazione in università come preparazione anche a un *outcome* nei servizi, sia per quanto riguarda i tirocini. Chi di voi insegna in università sa che il nuovo *leit motiv* e la terza missione dell'università non è più solo la didattica e la ricerca, ma è importante portare fuori dall'accademia il sapere declinandolo in un metodo clinico. Mi ha fatto molto piacere il *leit motiv* dei gruppi multifamiliari in questa mattinata perché credo che Torino e il 'modello Torino' che un po' descritto ha potuto avviare il suo lavoro nella terza missione in modo robusto con i tirocinanti, anche perché si era preparata con la scuola di specializzazione a livello di teoria della tecnica. Qui colgo l'occasione per ringraziare molti di voi che sono venuti a Torino, uno per tutti Andrea Narracci che ci ha preso per mano, dopo gli insegnamenti di Badaracco, e ci ha dato una mano per poter realizzare il gruppo multifamiliare nel 'sito contaminato' di Casale e anche Francesca Borgogno che aveva fatto l'esperienza in Argentina e si è messa a servizio con la scuola. Questo ha comportato che noi abbiamo un corso quadriennale, Cagliari nell'università è che quando poi si vanno a fare i tirocini nei servizi o sul territorio arrivano dei tirocinanti specializzando non *tabulae rasae* che devono imparare e che quindi possono essere una voce da subito integrata, seppure più ai primi passi ma sintonizzati su quell'ascolto che così tanto abbiamo tutti sottolineato. Questo era il tassello che tenevo a mettere a fuoco. A che cosa serva la circolarità che nella relazione del ruolo pubblico è stata citata da più punti di vista. Serve ad andare nelle esperienze con un bagaglio già un po' formato, integrato nella propria valigia professionale in modo che i supervisori dei servizi possano far crescere ancora di più e meglio i giovani colleghi. Grazie.

Maria Moscara: sono psichiatra, abito a Modena, afferisco al Centro Psicoanalitico di Bologna, volevo riprendere le domande che abbiamo poste nel nostro intervento perché Pino Riefolo, in uno dei suoi interventi, diceva che forse non ci è chiaro *a chi trasmettere*; posso dire che al nostro Gruppo Soci Ruolo Pubblico è chiaro chi sono i possibili destinatari; oggi è venuto fuori un allargamento della platea, perché oltre i “tradizionali” professionisti dei Servizi Pubblici, oggi sono emersi tra i possibili destinatari gli studenti universitari di Psicologia, grazie all'esperienza all'Università di Torino di cui ci ha riferito Antonella Granieri; così come emerge nella mia pregressa esperienza di insegnamento e di tutor per studenti del Corso di Laurea in Infermieristica e del Corso di Laurea per tecnici della Riabilitazione Psichiatrica all'UNIMORE, ma anche attraverso una piccola esperienza che abbiamo fatto a Bologna con un'Associazione di Studenti di Medicina (SISM), presente in più di 30 sedi universitarie italiane, che ha coinvolto l'anno scorso una trentina di studenti nel 2022 e 44 nel 2024.

È interessante che sia stata un'esperienza richiesta dagli studenti dall'Associazione, che ha potuto contare su un piccolo finanziamento autorizzato dall'Università. Si è trattato di due moduli di quattro ore, quindi 8 ore in totale; abbiamo proposto diversi strumenti di gruppo tra cui i Seminari Clinici di Gruppo, a partire dal materiale di osservazione degli studenti nel corso dei loro tirocini ospedalieri.

Un ampliamento della platea, questi studenti come quelli di Psicologia a cui faceva riferimento Antonella Granieri, sono in questa fase storica della nostra nazione “buttati in campo” per ritornare alle parole prima citate. Ricordo che dal momento del Covid non c'è più nemmeno la fase di transizione tra la Laurea in Medicina e l'esame di stato per conseguire l'abilitazione alla professione, quindi appena laureati i medici sono abilitati.

Dicevo, un ampliamento della platea, che nella mia esperienza professionale, sin da molti anni fa, includerei MMG e medici ospedalieri sempre attraverso momenti di discussione di casi clinici.

Un'altra cosa che mi è venuta in mente rispetto agli interventi di questa mattina, è *come il chi e il come qui si integrano*.

I colleghi hanno presentati i casi di DCA, casi molto complessi e con una complessità specifica. Come nelle realtà in cui c'è una diffusione di quella che giustamente Riefolo chiama ‘sensibilità’, la psicoa-

nalisi che lavora nei Servizi chiamata ad affrontare sfide a livelli sempre crescenti: su queste tematiche è molto importante il lavoro di confronto che facciamo, nel Gruppo Soci Ruolo Pubblico e come è stato possibile fare grazie a iniziative come quella di questa mattinata. Vi ringrazio molto.

Maria Teresa Colella: Mi presento, sono Maria Teresa Colella, psicoanalista del Centro Torinese di Psicoanalisi, faccio parte del gruppo nazionale Soci Ruolo Pubblico e nel Servizio Pubblico, nell'ASL Città di Torino, lavoro come psichiatra con ruolo organizzativo di responsabile di Centro di Salute Mentale.

Nel contributo che abbiamo presentato mi sono occupata della parte che riguarda la formazione sul campo e i tirocini. Dedico un'attenzione particolare ai tirocinanti: si tratta di allievi di varie scuole di specializzazione in psicoterapia, ma anche di allievi del corso specialistico di Medicina Generale e, da quest'anno, dei candidati di training della SPI. Accogliamo poi anche gli studenti del V anno di Medicina che hanno l'obbligo di svolgere un breve tirocinio nelle varie sedi dell'ASL, sia territoriali che ospedaliere.

La domanda che mi pongo di fronte a questi giovani colleghi verte su cosa *di analitico* si trasmette e come, domanda di cui abbiamo parlato nel nostro contributo per cui non mi ripeto, ma volevo riprendere due cose che peraltro sono state già citate, la prima riguarda il discorso della "sensibilità" sia dell'ascolto (cioè dare importanza non solo al significato pragmatico delle parole ma anche al significato affettivo di esse) che dell'atteggiamento complessivo verso la cura della sofferenza grave, "sensibilità" che mi pare sia emersa anche nel materiale clinico presentato dai colleghi.

In questo senso ritengo la *sensibilità* di cui stiamo parlando *la qualità analitica di trattare le comunicazioni e i comportamenti del paziente come connessi alla vita mentale inconscia, sia rimossa che non-rimossa e legata a memorie implicite traumatiche*.

Questo vertice ontologico-esistenziale, per dirla con Ogden, a mio avviso delinea una cornice teorica molto chiara e fruibile nell'Istituzione Pubblica, alla quale mi sembra faccia riferimento ad esempio il discorso di Riefolo sulla cura della relazione intima e sulla centralità dei "micro-contatti" del paziente con le varie figure dell'equipe.

Lavorando da alcuni anni nell'Istituzione, infatti, e non parlando lo

“psicoanalitichese”, cioè non usando termini formali e connotanti una teoria specifica, a mio avviso incongruo e inutile perché non favorirebbe lo scambio costruttivo e il confronto tra le figure multiprofessionali, rifletto su cosa passi agli infermieri ad esempio del mio essere psicoanalista e del mio approccio tra virgolette “psicoanalitico” nel momento in cui faccio le stesse cose che fanno gli altri psichiatri.

Quello che ho capito, e che mi viene rimandato come marcare una differenza, è proprio il dare una “cornice” agli eventi che accadono, cioè il leggerli da un vertice unitario e non caotico; traduco questa “operazione di cornice” come una “operazione di pensabilità” e di tessitura di un filo di significati o di ipotesi di significati a fronte del caos che la gravità della psicopatologia genera.

La seconda cosa che vorrei sottolineare in questo mio breve intervento è che l’approccio analitico permette un’attenzione specifica a ciò che sembra informale, secondario e invisibile.

E questo richiama il discorso di Riefolo su ciò che accade nei corridoi come espressione di qualcosa non immediatamente visibile, campo fertile, a mio avviso, di ricerca, di “scoperta” e di “riscoperta” che chi lavora nelle Istituzioni può mettere a disposizione degli altri colleghi SPI; una ricerca sul campo che riguarda le patologie gravi e l’entrare in contatto con i pazienti in una dimensione di gruppo attraverso i loro “micro contatti” con infermieri e con educatori alla porta e nei corridoi, come diceva bene la collega che prima ha presentato un caso molto interessante.

Dovremmo darci il compito in qualche modo di formalizzare queste riflessioni; e questa giornata è un’occasione per confrontarci e metterle “in ordine”, renderle più pensabili visto che, nell’agire quotidiano di un Servizio, per vari motivi è difficile accedere ad una dimensione elaborativa per il fragile equilibrio tra il fare e il pensare.

Ben vengano allora anche gli spazi informali di confronto, spesso i soli che nei Servizi ospitano aree libere di pensiero, cioè non saturate da un compito, aree di apertura potenziale ad aspetti secondari che diventano centrali e quindi pensabili da una prospettiva diversa.

L’importanza di considerare le cose che sembrano secondarie da un vertice nuovo e complesso è forse il valore aggiunto che mi viene più frequentemente rimandato dall’equipe e adesso grazie a questa giornata è come se l’avessi meglio focalizzato e avessi dato nuove pa-

role per descrivere questa modalità, quindi vi ringrazio di questa opportunità.

Giuseppe Riefolo: Maria Teresa, due sottolineature del tuo intervento che propongo anche come provocazione al dibattito. La prima: cosa trasmettere all'infermiere che ti chiede di risolvere un problema, eccetera; non proporre soluzioni standard, ma una formazione per fare l'esperienza di quel problema, accompagnare l'infermiere in una occasione formativa che per noi oggi sta diventando l'occasione dei seminari analitici di gruppo oppure quella dei gruppi multifamiliari, contesti nei quali i colleghi operatori fanno formazione diretta.

La seconda riguarda la tua sottolineatura della gravità dei pazienti: non so che cos'è la pazzia e come avrei detto io una volta non esistono casi difficili; ma so che cos'è la gravosità!

Allora noi ci occupiamo della *gravosità* e certe volte siamo paralizzati da essa; mentre un paziente si presenta *per quello che è*, la gravosità è *qualcosa che fa* non solo nei Servizi, ma se vogliamo anche nelle stanze di analisi, dove la cultura raffinata della psicoanalisi ci dovrebbe aiutare. Metto le mie riflessioni di oggi così, giusto come provocazione: credo che la gravità non potrà essere un concetto analitico, mentre la gravosità sì.

Fausta Calvosa: Volevo ringraziare tutto per questa mattinata molto ricca e intensa e formativa, della quale sono molto contenta. Volevo riprendere, a proposito di gravità, le parole di Rossana Calvano, che mi erano piaciute molto. Anche io lavoro come psichiatra in un CSM, e mi era piaciuto molto questa definizione di 'esperti di gravità'. Pensavo però che nei servizi in cui lavoriamo siamo esperti di gravità ma anche un po' 'malati di gravità' o, per dirla con Riefolo, di gravosità. Operatori, a volte lamentosi ma perché in contatto quotidianamente con la psicosi, con transfert psicotici veramente pesanti. In questo senso, sia il GPMF sia i SAdG che da noi ormai abbiamo avviato da un po' di tempo – adesso stiamo facendo un GPMF che fa da ponte tra il nostro CSM e un TSMREE.

Abbiamo fatto anche una grande formazione dipartimentale – finita proprio questa settimana – con i gruppi di psicoanalisi multifamiliare a cui ha partecipato anche Andrea Narracci in qualità di formatore, in

cui abbiamo cercato di occuparci anche della fatica, della sofferenza e della difficoltà degli operatori. Questo vale anche per il SAdG che facciamo con Giovanna Montinari sempre insieme al TSMREE. Perché penso che il rischio che la psicoanalisi dei servizi significa anche questo: occuparsi affettivamente della gravosità a cui sono esposti gli operatori. Invece io vedo che lavorando sia con il gruppo che con i SAdG, gli operatori stessi riescono a fermarsi, ad avere un approccio più vivo, più penetrante. Questo è il valore aggiunto e la ricchezza di avere nei servizi questi dispositivi.

Con queste nuove assunzioni, credo ci siano sempre più psicoanalisti o operatori in formazione psicoanalitica che possano portare nei servizi stessi elementi di pensabilità. In questo senso vedo che anche oggi ci sono alcuni colleghi che stanno facendo il training della SPI che partecipano alla giornata, e che lavorano nei servizi. Ci troviamo, come voi Soci del Ruolo Pubblico, a coordinare, rafforzare e sostenere questo tentativo di portare il pensiero psicoanalitico proprio operativamente, attraverso l'esperienza come avviene nei gruppi, per occuparci della fatica che si sente nei servizi e della gravosità degli operatori.

Flaminia Cordeschi: sarò brevissima, volevo collegarmi a questo ultimo intervento di Fausta. Proprio per avere una formazione affettiva e rilanciare la psicoanalisi, mi viene in mente come abbiamo chiuso i sette seminari, ovvero con un momento finale inaspettato di lutto, per quanto nei servizi in particolare, per quelli di noi che vi lavorano, hanno espresso un lutto per la mancanza di momenti formativi di questo genere. Però la cosa bella è stata che proprio da questo momento di lutto il gruppo si è rivitalizzato. Mi chiedevo se bisognasse tenere presente di poter dare spazio a quello che manca, ciò che non c'è, alla tristezza e al lutto, per poter poi veramente poterlo attraversare e rilanciare. Qua si tratta sempre di poter immaginare cose positive; però c'è anche un po' di stratificazione di affetti luttuosi che permangono nell'aria. Mi aveva molto colpito questo aspetto, che è stato affettivamente intenso.

Mariantonietta Masia: Buongiorno sono Mariantonietta Masia, una psicologa psicoterapeuta con una formazione psicoanalitica, e

multifamiliare, allieva di Andrea Narracci, lavoro nella Clinica Psichiatrica della Università di Cagliari. Ho trovato molto interessanti tante vostre testimonianze, in particolare una frase del Dr. Riefole sull'importanza della formazione degli operatori; a questo proposito vorrei fare alcune considerazioni sulla mia esperienza.

Il DSM di Cagliari, di cui fa parte la Clinica, da dodici anni ha attivato un progetto di formazione in PMF che ha condotto all'attivazione di 6 gruppi, un GPMF in ogni CSM e uno per i due SPDC.

In questi anni ho constatato che lavorare nel GPMF significa fare un continuo esercizio nella capacità di rapportarsi ai genitori; fattore assolutamente necessario nel lavoro con i disturbi psicotici, caratterizzati da relazioni di interdipendenze patogene e patologiche.

Nel mio lavoro in passato avevo spesso avvertito i rapporti con i familiari come ostici e non solo perché abituata a lavorare con i pazienti individualmente.

Anche con i colleghi ci ritrovavamo spesso a condividere l'idea che i rapporti con i genitori fossero prevalentemente difficili e un ostacolo alla cura.

Per ovviare allora provavamo, con modesti risultati a seguire, ognuno di noi separatamente, i pazienti e genitori.

Ora posso dire che uno dei benefici avvertiti in particolare modo, riguarda proprio la capacità di lavorare con i genitori e sentirli come una risorsa.

Credo che l'esercizio che ho fatto e che faccio nel gruppo, lavorando con i familiari, mi abbia aiutato e mi aiuti molto a migliorare, oltre che la capacità di rapportarmi a loro, anche le relazioni con i colleghi, con i loro orientamenti differenti, o a volte senza un preciso indirizzo.

In altre parole, sono consapevole che da quando frequento il gruppo sicuramente questa capacità di comunicare con loro o di impegnarmi per trovare modi per comunicare, al di là delle differenze e delle distanze, a volte avvertite insormontabili, ora sia migliorata molto, anche se c'è tanto lavoro da fare.

Questi cambiamenti facilitano anche la possibilità che man mano i colleghi incomincino nel lavoro con i pazienti, a pensarli in una cornice differente. Questo almeno è la mia esperienza.

L'altra testimonianza importante invece riguarda più nello speci-

fico l'organizzazione della Clinica dove lavoro, dove il GPMF è entrato da tempo come parte dell'insegnamento e della formazione psicoterapeutica; gli specializzandi in psichiatria partecipano per un tempo al gruppo, al post gruppo e a volte al pre-gruppo, durante il quale rivediamo le videoregistrazioni del gruppo precedente.

In sintesi mi interessa sottolineare, a proposito della psicoanalisi multifamiliare, come apprendere a lavorare con i gruppi ci aiuti a collaborare anche con i colleghi che sentiamo più distanti, ma è anche vero che se non apprendiamo a lavorare con i colleghi (quelli che non conducono-coordinano), il gruppo non può entrare nel Servizio, ma rimane tra quattro mura. Considero il lavoro nel GPMF una vera e propria scuola che aiuta a produrre modalità non simmetriche in risposta alla patologia che incontriamo, da qualunque parte provenga.

Beniamino Marchi: Buongiorno a tutti, sono molto emozionato nel fare questo intervento. Sono, rispetto a tutto quello che si è detto oggi, un po' la testimonianza vivente di quest'esperienza che oggi viene proposta. Vengo dal luogo delle origini, dove tutto è nato, all'esordio della riforma psichiatrica e nella presenza del DSM, dove ho lavorato per vent'anni e ulteriori vent'anni nel servizio di NP diretto prima da Massimo Ammaniti e poi da Giorgio Campoli, che è stato il mio primario. Ho collaborato alla nascita del primo Centro Diurno a Roma, il 'Gottardo'; mi sono formato nel pensiero analitico quando, negli anni '80, avevo intorno ai 25 anni. La formazione è stata con l'orientamento di Ammaniti prima e poi con Giorgio Campoli e tanti colleghi psichiatri, psicoanalisti e psicologi, tutti orientati analiticamente. Vorrei sottolineare, per esempio, la presenza della società di psicoanalisi nella persona del dr. Sergio Bordi, scomparso diversi anni fa. Bordi conduceva sistematicamente un servizio di supervisione durato dieci anni con supervisioni mensili che venivano svolte nel DSM, in collaborazione anche con il DSM diretto inizialmente dal dr. Antonucci, poi anche diretto da Boccara e Riefolo. Tali servizi ricordo che erano gestiti con un lavoro proprio e sistematico di supervisione. Tutto quello che è stato detto oggi fa parte della mia storia ed è un po' nella mia testa e 'nel mio sangue'. La mia è quindi una testimonianza anche di saluto alla fine della mia carriera istituzionale, di un pensiero che ho visto nascere. Come diceva prima Riefolo ha orientato l'analisi non tanto come modello 'taglia-incolla' per seguire, ma proprio come il

miglior modo di approcciare la complessità e la gravità delle situazioni.

Ringrazio di questa possibilità e anche di continuare a pensare insieme.

Giuseppe Riefolo: Grazie a Beniamino! È bello il tuo suggerimento! Però tutti noi conosciamo l'importanza della supervisione di Bordi e Ammaniti. La cosa interessante è che nel frattempo le cose stanno cambiando per fortuna, e sulla base di quegli stimoli le supervisioni di una volta che erano trasmissione della psicoanalisi – onesta, fatta bene, ad alto livello - la trasmissione si sta modificando anche da quello che stiamo dicendo, ma pare che questo sia il dibattito di oggi in comunicazione e allenamento alla sensibilità analitica per gli operatori che è un bel passaggio.

Beniamino Marchi: scusa se intervengo e infatti è proprio questo il passaggio. Io oggi ho portato un'esperienza; diciamo che è passato, ma giustamente tu dici e lo so benissimo che la situazione è stravolgente. Questo è l'aspetto anche importante: cioè, non rimanere vincolati ai modelli passati, ma la dinamicità della trasformazione che lo strumento analitico in qualche modo testimonia attraverso il passaggio nelle istituzioni pubbliche. Grazie ancora.

Alessandro Antonucci: Buongiorno e volevo dare il mio contributo raccontando un po' la mia esperienza nei servizi. Intanto mi presento, sono uno psicoanalista di Roma e lavoro come direttore della terza UOC della Asl Roma 1. Prima di diventare direttore ho lavorato in tantissimi servizi del dipartimento: dalle comunità terapeutiche ai centri diurni, fino a essere stato per tanti anni un responsabile di UOS. Allora secondo me parlare della mia esperienza è molto legata ai gruppi multifamiliari. Parlare di gruppi multifamiliari significa parlare di un livello di complessità non solo del paziente, ma anche organizzativa di un servizio. Io ricordo che quando ho iniziato a essere responsabile di UOS, molti o moltissimi colleghi lavoravano prevalentemente da soli nelle loro stanze. Vedevano il paziente, valutavano la gravità, davano i farmaci e poi, come dire, il carico di questo paziente

era completamente su di loro. Via via si è sentito sempre di più l'esigenza di condividere invece il peso e le difficoltà di curare i pazienti e il gruppo di psicoanalisi multifamiliare è stato davvero uno strumento come è tutt'ora di grande condivisione tra colleghi. Peraltro, curare un paziente grave o gravoso, come diceva Pino, significa curarlo sul suo territorio nel senso che quel ragazzo o quell'uomo vive con i genitori per lo più, frequenta delle aree più o meno riabilitative sul territorio, quindi non si può curare un paziente a prescindere da questi elementi. Per cui è stato fondamentale iniziare a incontrare con regolarità e con sistematicità i genitori. Peraltro nel tempo il rapporto con i familiari è diventato una delle voci dei PDTA, nel senso che è una voce che bisogna in qualche modo osservare e onorare. Il gruppo di psicoanalisi multifamiliare permette a noi operatori di creare anche tra noi un livello di rapporto e di confidenza, di sintonia, di sensibilità. Forse anche di amicizia. Per cui poi si sta insieme a discutere su quel paziente ed è inevitabile che si parli di transfert, di controtransfert, di simbiosi, cioè hanno cominciato a circolare nel vocabolario più quotidiano di colleghi tutti i termini psicoanalitici che in qualche modo costringevano le persone a rifletterci. Così come gli infermieri via via hanno lasciato il loro spazio di *front office* o di segreteria ma sono diventati *case manager*, si sono sempre più inseriti nelle équipes di lavoro e hanno messo in mezzo tutta la loro esperienza, la loro umanità, le loro difficoltà, e sono stati un contributo preziosissimo per il funzionamento dell'organizzazione del DSM. Quindi direi che oggi noi abbiamo almeno non posso parlare di tutte le UOC sebbene in tutte le UOC della ASL Roma 1 ci siano gruppi multifamiliari. La mia idea è di avere una UOC ad organizzazione multifamiliare perché è da lì e da quel punto che poi si dipartono tutta una serie di riflessioni sulla cura e la gravità dei pazienti. Peraltro, e finisco, i gruppi multifamiliari ci hanno dato la possibilità di abbassare la paranoia tra i colleghi. Molti colleghi quando mi incontravano guardavano per terra o il muro, per paura che io gli assegnassi dei pazienti complessi o gravi. Oggi la possibilità di lavorare con i gruppi multifamiliari ha abbassato tantissimo questo livello di paranoia perché si sente che c'è un gruppo, e che è dentro un gruppo per poter lavorare con questi pazienti, vi ringrazio.

Andrea Narracci: Buongiorno a tutti e grazie, occasione molto preziosa. Volevo portare solo una riflessione un po' di fondo: come

faccio a cambiare le istituzioni passando il messaggio psicoanalitico? Io credo che ci sono due strade principali: una passa per il sapere che sia i pazienti che i familiari e le cinque diverse componenti dei servizi sono esperti in maniera molto differenziata, e che questo non facilita la costruzione di un linguaggio comune. Oppure possiamo passare dalle emozioni.

Rispetto alle emozioni siamo esperti tutti. Allora forse si tratta di far esistere un clima emotivo che permetta a tutti di farsi delle domande per capire di più, come il lavoro di Marco ha proposto e come veniva adesso ribadito da alcuni colleghi.

Io penso anche un'altra cosa: che anche la SPI è un'istituzione e che stiamo per proporre l'istituzione di un gruppo multifamiliare comune ai due centri clinici di Roma.

Non lo dico provocatoriamente, ma proprio nell'ottica di superare qualcosa di cui alcuni colleghi hanno parlato, ovvero il pericolo di una burocratizzazione da una parte, e dall'altra la considerazione che faceva Pino che la grande ricchezza, che viceversa hanno fatto un po' tutti oggi, deriva dall'instaurare una circolarità con il contatto con i servizi. Quindi una grande ricchezza che può arrivare al mondo psicoanalitico da una circolarità sistematica del contatto con i servizi e con un'impostazione che appunto sia fondata su questa riscoperta comune delle emozioni e delle domande che si celano dentro ognuno di noi. Vi ringrazio.

Giuseppe Riefolo: Grazie Andrea. Darei la parola a Gabriella De Intinis. Gabriella ha curato il quaderno in collaborazione con l'editore Vecchiarelli. Tra l'altro trovate sia una recensione di Paolo Boccara che maggiori notizie su questo quaderno su Spiweb. Questa è un'operazione nostra del gruppo Psicoanalisi e Istituzioni in collaborazione con il portale *Psicoanalisi e Sociale*, sito curato da alcuni colleghi sempre in collaborazione con Vecchiarelli.

Gabriella De Intinis: volevo ringraziare veramente tutti perché è stata una giornata molto bella, forse meglio di quanto mi aspettassi. Ho apprezzato l'integrazione anche di questi due gruppi, ho apprezzato moltissimo le relazioni del gruppo degli psicanalisti del ruolo pubblico. Tutte le relazioni sono sembrate di una ricchezza molto importante.

Vorrei riallacciarmi all'intervento di Paola Ferri. Mi presento Gabriella De Intinis del Portale Psicoanalisi e Sociale, socia Ordinaria della SPI e dell'AIPPI dove insegno l'*Infant Observation*.

Mi è sembrato stimolante il riferimento alla I.O. e al Congresso sul lavoro psicoanalitico con bambini e adolescenti, che si è tenuto a Firenze il 25 e 26 novembre 2023, a cui seguirà un libro che raccoglie i contributi presentati e discussi. È interessante pensare con Paola Ferri che l'osservazione della relazione madre bambino possa costituire una base per qualsiasi discorso all'educazione all'affettività.

Due parole sull'esperienza della I.O. secondo il metodo di Esther Bick: consiste nel fare un'osservazione prolungata della durata di due anni (o di un anno), e permette all'osservatore di assistere da un posto privilegiato all'instaurarsi dei primi legami emotivi del neonato con il suo ambiente, alle manifestazioni corporee e relazionali di un piccolo che cresce in seno alla sua famiglia.

L'osservazione psicoanalitica del bebè favorisce e rafforza la capacità di percezione delle manifestazioni della vita psichica primitiva, tanto utile non solo nelle analisi dei bambini quanto anche nell'analisi degli adulti, Bick (1964). La ricerca sulle capacità precoci del lattante evidenziano le capacità sociali e la percezione di corrispondenze transmodali e ci restituiscono l'immagine di un lattante competente nella relazione.

Penso che l'ampliamento della capacità di osservazione sia essenziale nello sviluppo delle capacità analitiche, e osservare la relazione di una madre e del suo bambino costituisce un'esperienza emotiva che esige un lavoro mentale, si tratta di farne esperienza e di pensarla (non semplicemente di reagirvi). Permette inoltre di entrare in contatto con nostre emozioni, come dire con il bebè che siamo stati; l'intensità dell'impatto di questa esperienza e il suo contributo fondamentalmente formativo è in relazione sia alla comprensione psicodinamica degli incontri intimi con altre menti e delle relazioni, sia rispetto all'apporto di simili incontri nella comprensione del Sé.

La discussione in gruppo dei protocolli delle osservazioni, direi il "gruppo" permette di riflettere sull'esperienza emotiva dell'osservatore.

Se non vogliamo favorire processi di idealizzazione dobbiamo anche pensare la coppia madre-bebè alle prese con momenti di soffe-

renza intensa, pianti che sembrano inconsolabili, momenti di non incontro, situazioni penose che possono, nella maggior parte dei casi riequilibrarsi attraverso processi trasformativi (*rêverie* materna) che raccolgono ed elaborano quei momenti di sofferenza. Si entra in contatto con la fragilità e la vulnerabilità del neonato che spesso generano un senso di impotenza nell'osservatore, nello stesso tempo risulta evidente come l'importanza delle cure sia in primo piano e permette di ripristinare il delicato equilibrio che regola il legame empatico e intercorporeo madre-bambino.

Quando invece l'oggetto materno non è accessibile, oppure traboccante di proiezioni come nei casi di depressione materna, l'introiezione di un oggetto ostruente ostacola lo sviluppo. Parliamo di depressione materna contestualizzandola a fattori non solo derivanti dalla vita fantasmatica ma anche legati all'ambiente familiare e sociale.

Possiamo ipotizzare che l'uomo che agisce con violenza abbia gravi carenze del sé e che tenti di disfarsi di parti fragili che vengono attaccate in quanto temute. A contatto con sensazioni e bisogni di sé e dell'altro che suscitano sentimenti incontenibili è incapace di regolare le emozioni e sviluppa un modo di pensare e di agire violento.

I modelli di cura madre bambino potrebbero costituire delle nuove esperienze che permettono di sviluppare e organizzare nuove configurazioni e nuovi modelli di regolazione diadica. Il prendersi cura è qualcosa che bisogna imparare o reimparare soprattutto quando vicende traumatiche affievoliscono la capacità di pensare l'altro e di stare in relazione.

Anna Bovet: Volevo fare solo una piccola aggiunta. Riprendendo quello che diceva la collega Colella, che ricordava quanto la dominanza del fare, della velocizzazione delle pratiche fosse una questione che abbastanza presente e pervasiva nella cultura clinica dei servizi e quanto questa cosa effettivamente riguardi anche molto di servizi specialistici DCA, dove nonostante si lavori a livello multidisciplinare e quindi in un'ottica anche di gruppo, c'è una tendenza ad appiattire il discorso della complessità clinica in termini di remissione sintomatica veloce, e quindi i colleghi che poi hanno partecipato al SAG, hanno portato questo aspetto in modo molto evidente, sostenendo quanto l'estensione delle coordinate spazio-temporali presenti nella modalità dell'intervento del seminario, potesse essere davvero un recupero. A

tal proposito c'è stato proprio un elogio della lentezza, degli elementi in cui piano piano lo spazio e il tempo fornito fossero assolutamente necessari al processo di integrazione. Grazie.

Marisa Foglia: Buongiorno! Marisa Foglia del Centro Napoletano di Psicoanalisi e componente del gruppo Ruolo Pubblico. Intanto volevo ricordare che il nostro gruppo si caratterizza anche per l'alta percentuale di soci che ancora lavorano nei servizi pubblici e che sono ingaggiati ogni giorno con le questioni di cui stiamo parlando qui stamattina.

Nell'ascoltare gli interventi di questa giornata, ho ripensato alla composizione dell'attuale gruppo SPI ruolo pubblico, formato in buona parte da soci che ancora lavorano nei servizi sanitari, immersi e implicati ciascuno nelle dinamiche di cui stiamo discutendo.

Vorrei tuttavia riprendere il discorso sulla trasmissione del sapere psicoanalitico nei servizi, cui accennava anche Riefolo, per rilanciare su una questione che interroga la psicoanalisi a proposito degli affetti che si mobilitano entro i contesti di cura istituzionali.

Dovremmo domandarci, mantenendo in asse la questione trasmissione, come testimoniare la nostra presenza nei luoghi istituzionali, in che modo rendere generativa la nostra partecipazione alle attività sanitarie, tanto nella clinica quanto nelle organizzazioni che istituiscono le relazioni di cura.

Mi preme tuttavia dire qualcosa sul tutoraggio di tirocinanti e specializzandi - alcuni dei quali candidati INT/SPI - obbligati ad un'esperienza formativa che - ancor prima di essere avviata - è sempre più spesso svuotata degli investimenti affettivi e rappresentativi necessari ad 'implementare' il percorso, ahimè considerato 'esercizio alla pratica'.

Il tirocinio formativo ha per vocazione il transfert. È una forma di filiazione e si trasmette per eredità e sui lasciti ricevuti. È un tempo propedeutico, inattuale se vogliamo, promotore di un'esperienza complessa che coniuga i processi di conoscenza sul campo, i metodi con cui questi apprendimenti sono elaborati, le dinamiche organizzative che presiedono ai contesti sanitari.

Il tutoraggio e il tirocinio, dunque, non come procedure da assolvere, ma dispositivo formativo *'iniziatico'* alla clinica istituzionale dove i gruppi di lavoro non sempre sono in grado di mantenere lavoro

di gruppo.

Nella mia esperienza di tutor aziendale in un servizio di prevenzione primaria nell' Asl Napoli 1 Centro, ad esempio, continuo a registrare un costante scollamento tra i programmi formativi delle singole scuole, i contesti sanitari convenzionati ai tirocini e le esperienze cliniche offerte ai tirocinanti che, inevitabilmente, sono costretti a giocare in contemporanea più partite, scomposte e scollegate tra loro. È una questione complessa, trascurata, sottostimata.

Le esperienze di tirocinio dovrebbero congiungere le conoscenze e sostenere le competenze; esse riguardano e interrogano proprio la trasmissione inter/transgenerazionale troppo spesso interdetta nel lavoro istituzionale, con conseguente disaffezione e demotivazione al lavoro *impossibilitante* più che *impossibile*.

Se puntiamo ad una formazione robusta dei/nei giovani, che resista e si opponga alle semplificanti risoluzioni tecniche, cominciamo a pensare ad un tirocinio come quota formativa in campo il cui obbligo interroga prima di tutto la responsabilità di un tutoraggio qualificato, in grado di fare *transfert* sui soggetti e sugli oggetti di lavoro.

Vincenzo Panella: sono uno psicologo psicoterapeuta. Mi sono formato allo Spazio Psicoanalitico di Roma. Ho quindi una formazione psicoanalitica classica. Lavoro da quattro anni nel servizio pubblico, da due anni e mezzo lavoro nella Salute Mentale Adulti della Asl Roma 1. Quattro anni fa ho lasciato il setting privato per dedicarmi al servizio pubblico. Ho dovuto affrontare la sfida su come conciliare una formazione analitica classica con il servizio pubblico e, in particolare, con il setting del servizio pubblico (ne ho parlato anche nei Seminari Analitici di Gruppo). Mi ha colpito un passaggio in cui ho ascoltato l'episodio definito di "self-disclosure" del dr. Narracci, come se avesse dato una svolta alla dinamica di quel gruppo, e ciò mi ha fatto interrogare sulla mia presenza nei Gruppi Multifamiliari del mio servizio cui partecipo come conduttore da due anni e mezzo, sulla mia immersione in questi gruppi, nell'affettività di questi gruppi. Mi interrogavo sulla forza di un intervento di "self-disclosure", sulla forza soprattutto dell'operatore che sente di poterlo fare nei Gruppi Multifamiliari, anche alla luce della mia formazione sul concetto di neutralità dell'analista.

Ecco, era soltanto un'osservazione riguardo l'affettività con cui mi

confronto nel frequentare questi gruppi. Grazie.

Marco Grignani: Questo della *self-disclosure* è un problema molto importante. Ne abbiamo discusso a lungo, penso che sia complicato. Andrea Narracci è bravissimo a fare questa cosa in un modo delicato. In quella occasione c'era stato un punto molto più emotivamente carico prima del nostro e forse quello era, a mio parere, eccessivo perché il rischio è di entrare in agiti emotivi.

Invece Andrea è stato bravo perché la sua *self-disclosure* è stata molto delicata. Credo che l'abilità della conduzione sia esattamente quella. D'altra parte il GPMF è un gruppo che necessita dell'emotività di tutti, anche dei conduttori. Quindi inevitabilmente c'è un aspetto di partecipazione all'emotività, anche in quella sede e anche nella formazione. Quello che noi intendevamo dire in quella comunicazione è esattamente questo: la formazione passa anche attraverso il coinvolgimento emotivo e quindi c'è un contatto con la propria interiorità, altrimenti non è formazione ma semplicemente istruzione.

Giuliana Rocchetti: Intanto ringrazio davvero molto di questa giornata gli organizzatori e i relatori. Il *fil rouge* della mattinata, anche dagli interventi che mi hanno preceduto nella discussione, mi sembra sia stato quello che è poi un tema centrale per il nostro gruppo – specialmente in questa epoca – ossia come portare, o meglio ri-portare, la formazione psicoanalitica all'interno dei servizi di cura e delle istituzioni. A me sembra che dobbiamo riconoscere come necessarie, all'interno di questa *mission*, alcune linee di forza. Senza dubbio la prima è disporre di alcuni strumenti 'tecnici' validi, con il relativo armamentario teorico e di nostra esperienza, e gli strumenti che attualmente riteniamo di proporre sono i Seminari Analitici di gruppo (SAdG), i Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF), le Intervisioni. Sintetizzando molto, e semplificando di conseguenza, direi che tutti questi dispositivi hanno in comune – pur nelle loro differenze – il fatto di riguardare contemporaneamente utenti dei servizi, operatori, conduttori: sono cioè dispositivi di lavoro in gruppo da un vertice psicoanalitico. E il termine 'psicoanalitico' dovrebbe a mio avviso essere già comprensivo del corollario di quelle che ho chiamato 'linee di forza'

necessarie: me ne vengono in mente alcune, come ‘emozioni’, ‘passione’, ‘libertà’. Il termine ‘psicoanalitico’ le comprende secondo me, perché la psicoanalisi comprende il loro declinarsi all’interno di un setting in grado di accoglierle e favorirne lo sviluppo e le trasformazioni. Sono temi alcuni già toccati oggi, e penso in particolare all’intervento di Marco Grignani, che ci ha parlato appunto di emozioni. Ritengo che le emozioni, nostre e dell’altro e del gruppo, siano un aspetto ineludibile del nostro lavoro di psicoanalisti e del nostro *essere* psicoanalisti (Campoli, 2014), nella stanza d’analisi come nell’istituzione. Bion (1967) affermava che non possiamo sfuggire al campo di forza emotivo che ci attraversa e nel quale gli individui sembrano a tratti perdere il proprio confine di individui e diventare ‘aree’. La nostra stessa formazione analitica personale, nonché quella successiva, spero che possano avercelo insegnato. Qualcuno, forse Marisa Fiorillo, ha poi detto oggi che ‘la motivazione è altamente contagiosa’, lo trovo vero e mi piace molto, ampliarei il concetto di motivazione affermando che ‘la passione può essere altamente contagiosa’.

Penso ancora a Bion (1963) quando dice che se c’è passione ci sono almeno due menti in relazione, e penso al bel lavoro dei nostri colleghi pubblicato sulla *Rivista di Psicoanalisi* (Boccaro, Meterangelis, Rieffolo, 2023) su “L’analista appassionato” dove la passione è posta come origine e <<sostegno alla realizzazione di potenzialità sospese>>, un luogo che deve essere preliminarmente abitato dall’analista. Ecco, a mio avviso queste qualità descritte per la relazione analitica sono altrettanto valide se declinate – e in qualche modo ‘trasformate’ – all’interno di un gruppo di lavoro istituzionale. E per venire, infine, all’altro punto che oggi mi viene in mente come necessario, la libertà: premetto che ho lavorato per diversi decenni nei servizi di salute mentale con diverse esperienze, più o meno felici, alcune poco felici, altre molto felici e sono ora in pensione. Faccio parte del gruppo Psicoanalisi e Istituzioni dei Centri romani della SPI dalla sua nascita, circa 10 anni fa, e conduco insieme ai colleghi i SAdG rivolti agli esterni. Il SAdG è uno strumento che ho sentito da subito molto consonante, forse anche perché nella mia esperienza di varie organizzazioni e situazioni dei servizi, quella più lunga e più formativa a mio avviso è stata un’esperienza nella quale la riunione clinica settimanale, alla quale partecipavano tutti gli operatori, era una sorta di seminario analitico di gruppo *ante rem* (dato che era così organizzata dal 1996, e

non conoscevamo purtroppo ancora i contributi di quegli anni o subito successivi di Hautmann, conoscemmo poi subito dopo quelli di Anna Ferruta). Si parlava di una situazione clinica che qualcuno o un'équipe sceglieva, in genere per difficoltà da fronteggiare, e tutti gli operatori esprimevano liberamente i loro pensieri, associazioni, fantasie, dubbi. Un esempio di questo è riportato nel già citato lavoro di Campoli sulla *Rivista di Psicoanalisi* (2014). Per inciso voglio precisare che in quel servizio esistevano anche altri dispositivi gruppali: vari gruppi terapeutici, supervisioni esterne, e dai primi anni 2000 (2006?) il GPMF.

Ci si poneva, riprendo un'espressione usata prima da Andrea Narra-ccci, nel senso di facilitare il porsi delle domande, piuttosto che dare risposte, queste potevano emergere dal lavoro nel gruppo.

Aggiungo che c'è il porsi delle domande, ma soprattutto è importante che si respiri la libertà per tutti di potersi porre – e anche di poter porre – delle domande, e questo deve essere garantito da una leadership che riconosca tale libertà senza (per dirla con Winnicott) fare 'rap-presaglie'.

Oggi si parla anche di organizzazione. Ora noi portiamo due strumenti importanti, SAdG e GPMF, che io credo possano esprimere appieno la loro importanza anche formativa, se si realizza poi all'interno dei servizi un *modus vivendi* direi, nel senso di un modo che possa appartenere più o meno a tutti di pensare al paziente e a se stessi e al gruppo in relazione tra loro, nelle dinamiche quotidiane, con i cambiamenti, le *impasses*, i conflitti, i successi e le difficoltà e la fantasia per fronteggiarli. Un modo che ovviamente non presume che tutti debbano poi avere lo stesso pensiero o soluzione, ma che faccia sì che ciascuno – per come è – possa porre e ampliare la propria attenzione, sensibilità, capacità di relazione. Diversamente possono esserci servizi dove gli operatori e anche i pazienti restano comunque soli al di fuori di quei momenti comuni, se il SAdG o il GPMF restano momenti isolati. Io credo che questi siano strumenti utilissimi formativi e di cura, per pazienti e operatori, quindi per noi stessi e in definitiva l'istituzione, che devono però calarsi all'interno di una organizzazione del servizio che mantenga operanti forme di presenza, di pensiero, e di libertà.

Aggiungerei l'autenticità, ma andremmo troppo lontano.

Ritengo che sia inoltre importante un modo 'gentile' di portare un

pensiero – psicoanalitico nel nostro caso –, un modo che sia ad esempio autenticamente rispettoso delle differenze, sempre numerose all'interno dei servizi e tra i servizi, rispettoso delle storie perché si interessa a conoscerle. Solo così, portando questi aspetti che credo appartengano profondamente alla psicoanalisi, il pensiero psicoanalitico può a mio avviso riprendere a circolare in modo fertile e diventare poi uno strumento proprio delle persone e delle organizzazioni: uno strumento che naturalmente ciascuno potrà declinare ed esprimere nel modo a lui più consono.

Ultimo punto: quello che noi per primi abbiamo criticato, ossia il portare un 'supposto sapere', rischia di essere sempre dietro l'angolo, dobbiamo fare attenzione.

È importante anche ascoltare i lamenti degli operatori, che prima qualcuno ci ricordava. Tra noi per esempio, nel nostro gruppo, recentemente sono arrivati alcuni colleghi più giovani che sono in training all'INT e lavorano nei servizi con tutte le attuali difficoltà, e purtroppo li sentiamo ancora poco nelle nostre riunioni. Allora mi chiedo se non rischiamo di saturare troppo con le nostre proposte/risposte, prima di ascoltare le loro domande o proposte. In ogni caso concordo con Pino Riefolo, sul fatto che una cosa la sappiamo: che il pensiero psicoanalitico abbia una sua potenza specifica, anche all'interno dei servizi, e funziona davvero molto, perché poi si sperimenta sul campo con i pazienti, e si sperimenta sulla nostra pelle, l'ampliarsi ad esempio della capacità di lavoro e di contatto profondo con la sofferenza e con il gruppo.

Giuseppe Riefolo: è chiaro tutto quello che ci hai detto. Mi piace il servizio come luogo di libertà, luogo che deve essere libero nei servizi. Bisogna sentirsi liberi dei servizi. Il problema della lamentazione è che bisogna ascoltarla, ma evitare che una struttura associativa.

Maria Moscara: Ancora un ringraziamento per tutta la giornata, in particolar modo alle colleghe che hanno parlato dell'esperienza disturbi del comportamento alimentare; ci hanno offerto uno spunto molto importante. Parlavano della presenza delle linee guida che indicano tutti 'i prodotti' e i servizi da erogare.

Credo che questo spunto sia molto importante per ribadire una cosa

che forse per noi è naturale e perfino ovvia: costruire un gruppo di lavoro che è una cosa diversa dal semplice trovarsi tra tanti professionisti di diversa professionalità o della stessa famiglia professionale; le nostre colleghe ci hanno mostrato come sia necessario che ci impegniamo in un'ottica di integrazione a partire dai tirocini fino ad arrivare ai professionisti dei servizi nell'alveo teorico dell'integrazione funzionale di Zapparoli.

Un'altra cosa che volevo dirvi è che nella esperienza personale di servizi e del Centro di Bologna vediamo come sia importante *sentirsi liberi di esprimersi* nella conduzione di gruppi (faccio riferimento soprattutto a seminari clinici di gruppo) e, parafrasando Pino Riefolo, anche a dire qualcosa di noi senza dire nulla di nostro, focalizzandoci sull'integrazione tra i conduttori. Lavoro di gruppo che a Bologna chiamiamo *'delle retrovie'*, del trovarci di sera a ragionare su un'esperienza, a programmare insieme: tutto quel lavoro che facciamo tra di noi, poi si traduce in una funzione integrata nella conduzione che ci permette di sentirci ancora più liberi, perché sappiamo - questa è la mia esperienza - di poter contare sempre sull'altro collega e conduttore del gruppo. Grazie a tutti.

Giuseppe Riefolo: grazie a voi tutti. Quanto detto da Giuliana, Vincenzo e adesso da Maria, mi ha fatto venire in mente il film *Monsieur Lazhar*. C'è questo maestro e pensavo che pronunciasse una frase che mi ha colpito molto, e che ci riguarda.

Lui dice che la classe - noi diremmo il servizio - è un luogo 'di garbo', nel senso che deve essere un posto dove ci deve essere la possibilità di muoversi, di star bene. Un luogo di garbo. Io sono veramente contento oggi, e mi sembra che si veda, di questa bella mattinata. Continueremo a collaborare con il gruppo dei colleghi del Ruolo Pubblico che ringrazio molto per oggi. Sono stati di grosso stimolo per noi. Per il prossimo anno stiamo pensando di puntare soprattutto ad una riflessione che è emersa oggi, ovvero di dare spazio ai colleghi giovani, ai candidati i quali stanno a metà fra l'INT ed i servizi, e che magari soffrono di più in questa situazione. Dare spazio a loro per capire che modo loro si collocano e possono essere aiutati e possono anche aiutare noi a trovarsi in una situazione in cui devono fare da ponte fra i servizi e la SPI. Perché la SPI ha bisogno di questi stimoli che vengono dai servizi. Non c'è da andare a colonizzare, c'è da apprendere

dai servizi. Quindi il prossimo seminario che si farà non l'anno prossimo ma fra due anni, - questo lo dico anche ai colleghi del ruolo pubblico - sarebbe buono se ci incontrassimo anche su questo tema che fissa l'interesse soprattutto sulla partecipazione dei giovani candidati e dei giovani associati. Perché è vero: il 50% degli analisti lavorano nei servizi. Se tutte queste persone lavorano nei servizi, occupiamocene. Prendiamo da loro dei suggerimenti. Grazie.

POSTFAZIONE

Andrea Narracci

È un grande onore, per me, essere stato chiamato ad intervenire a conclusione della raccolta di lavori presentati nella giornata promossa dal Gruppo Inter-centri Romano “Psicoanalisi e Istituzioni” e dal Gruppo Nazionale “Psicoanalisi e Ruolo Pubblico”. Sono entusiasta di come è andata la giornata e mi auguro che il nostro movimento contribuisca ad un’evoluzione della SPI nella direzione di una sempre maggiore attenzione, in particolare alle Istituzioni e a chi lavora al suo interno, in generale, alla Società e all’evoluzione dei suoi bisogni.

Io penso che chi ha avuto la fortuna di conoscere la Psicoanalisi ha il dovere di diffonderla e di provare a cercare i modi in cui questo obiettivo, a prima vista piuttosto difficile da raggiungere per via della particolarità della natura stessa della Psicoanalisi, possa essere raggiunto.

A me sembra che questa sia una posizione nuova rispetto a quella tradizionale, che ha spinto gli analisti a sentirsi depositari di un sapere condivisibile con pochi altri, sia analisti che pazienti.

Viceversa, mi pare che questa posizione, che propone l’idea di una diffusione dell’utilizzabilità dei concetti psicoanalitici come mezzo decisivo per la riorganizzazione della rete dei Servizi della Salute Mentale, stia acquisendo sempre più spazio e forza.

Non soltanto perché appare sempre più chiaro che la Psicoanalisi costituisca un pilastro formativo di cui non si possa più fare a meno, rappresentato dalla necessità che ogni operatore dei Servizi di Salute Mentale, a qualsiasi professionalità appartenga, accetti di sottoporsi, come i futuri psicoanalisti, alla contingenza di sperimentare in prima persona l’esperienza di un rapporto terapeutico nel ruolo di paziente o, per lo meno, di vivere un’esperienza che gli permetta di farsi un’idea di che cosa significhi, partecipando ad un Seminario Analitico di Gruppo o a un Gruppo Multifamiliare. Mi sembra che ciò appaia, ogni giorno di più, come uno spartiacque da cui risulti difficile prescindere.

Questo aspetto appare sempre più chiaramente necessario nella

misura in cui non accettiamo più di produrre Servizi Psichiatrici che puntino esclusivamente al silenziamento o, quanto meno, al mero contenimento dei comportamenti patologici e aspiriamo a riqualificare i nostri Servizi nel senso di riuscire a metterli nelle condizioni di sapere andare a cercare le motivazioni dell'origine della malattia mentale e, conseguentemente, di mettere in grado i pazienti e le loro famiglie di cimentarsi in percorsi evolutivi.

Se non bastano più: l'osservazione dei sintomi, il rilevamento di una diagnosi e della corrispondente terapia farmacologica e intendiamo procedere nella direzione di farci un'idea su "da che cosa dipenda" che una persona inizi o riprenda ad esprimere un livello di sofferenza insopportabile, che lo porta a sperimentare modi di essere inusuali, non possiamo fare a meno di pensare che per compiere questa operazione, "di dare un senso alla sofferenza", sia necessario immaginare di poter avere a disposizione operatori che non esitino ad affrontare la propria sofferenza, prima di occuparsi di quella degli altri o mentre se ne prendono cura.

Ma anche perché procedere nella direzione di ampliare il raggio di utilizzazione dei concetti psicoanalitici, così come si evince dai preziosi contributi espressi nella giornata del 16 dicembre 2023, presso i Centri Psicoanalitici Romani che, come accennato, hanno ospitato i pregevoli contributi del Gruppo Nazionale "Psicoanalisi del ruolo pubblico", significa poter acquisire informazioni e indicazioni utili al ripensamento e all'evoluzione dei concetti psicoanalitici stessi.

Appare sempre più chiaro, e i contributi romani ne sono un esempio evidente, che l'utilizzazione dei concetti psicoanalitici riveste un ruolo di primaria importanza per la gestione dei casi complessi, come quelli che vengono seguiti nei Servizi Pubblici e per contribuire alla formazione di nuovi e più preparati operatori psichiatrici. Allo stesso modo, seguendo un'ottica circolare, non possiamo non citare Kaës quando ci ricorda che il lavoro degli psicoanalisti nei confronti delle famiglie e dei gruppi ha modificato la psicoanalisi nel senso di averne provocato un arricchimento ed una evoluzione.

A tutto ciò, andrebbe aggiunto un terzo risultato, che già si manifesta attraverso l'uso del Seminario analitico di Gruppo o di tecniche, a mio parere, equivalenti, come per es. la tecnica usata dal gruppo della dott.ssa Caivano e che conosce, a mio parere, un'ulteriore possibilità mediante l'introduzione dei Gruppi di Psicoanalisi

Multifamiliare. Mi riferisco alla possibilità di modificare il clima presente in un Servizio e, in particolare, di riuscire a migliorare i rapporti tra i pazienti, i familiari e gli operatori e tra gli operatori dello stesso Servizio, anche se appartenenti a professionalità differenti o a Scuole di Formazione Psicoterapeutica diverse.

Io penso che le qualità degli analisti emergano proprio quando si espongono, alla pari, al confronto con gli altri: proprio come avviene nei Seminari analitici di gruppo e nei Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare. In entrambi questi setting di lavoro, che appaiono significativamente differenti, per quanto riguarda la composizione degli stessi, il lavoro si basa sulla dinamica che si mette in moto all'interno del gruppo di menti dei loro partecipanti, che si dispongono a risuonare consapevolmente e inconsapevolmente rispetto ad un racconto o ad una testimonianza.

Nel SAdG, il racconto portato da un giovane collega costituisce l'occasione per l'apertura di una serie di interventi, provenienti da ognuno dei partecipanti, operatori con diverso grado di formazione, che permettono l'emersione di parti di sé di quel paziente fino ad ora sopite e l'apertura di una riflessione maggiormente approfondita a proposito della natura e della evoluzione del caso stesso, nel suo complesso.

Nel GPMF, il gruppo di operatori che "conduce il gruppo", compreso l'analista, affronta, in diretta, l'intersecarsi di opinioni diverse a proposito delle problematiche universali, come le definisce Maria Elisa Mitre (pag. 89, in cui tutti sono coinvolti e che appartengono sia ai membri delle famiglie presenti, che fanno parte di generazioni diverse, sia agli operatori che accompagnano il racconto dell'evoluzione delle loro storie e provano ad interferire con esse, ma che anche hanno l'occasione di ripensare alle proprie.

Torno a ripetere: il setting è differente ma il meccanismo che si sviluppa in ognuna delle due diverse situazioni è lo stesso: in entrambi i casi si propone e si cerca di attuare un'interazione tra i presenti basata sul confronto tra le emozioni che emergono in ognuno dei presenti.

A me sembra che proprio questo lavoro sul campo costituisca il miglior biglietto da visita della Psicoanalisi, che così dimostra in pieno il suo grande valore.

È un po' come se gli psicoanalisti, già formati o in formazione, come anche altri tipi di operatori interessati a partecipare

all'esperienza, accettassero di cimentarsi in un agone, guidati soltanto dalla possibile emersione delle proprie emozioni.

Accettare di esporsi al pericolo di esprimere la prima cosa che ti viene in mente a proposito di quel caso, per quanto riveduta e corretta nel e dal dibattito a cui si partecipa, nel SAdG, così come arrivare a formulare un proprio contributo correlato all'argomento di cui si sta parlando ma con la possibilità che se ne discosti e introduca un proprio punto di vista o una propria riflessione non soltanto su quell'argomento ma anche su altro, come nel GPMF, costituiscono le trame di un tessuto originale, alternativo al vivere nella società, in cui, finalmente, viene accordato ad ognuno di riflettere e parlare delle proprie riflessioni spontanee, più o meno elaborate.

Ne sono così convinto da aver proposto che il Gruppo Romano Inter-centri "Psicoanalisi e Istituzioni" si faccia promotore dell'istituzione di un SAdG, una volta al mese, aperto ai soci dei due Centri e agli esterni che volessero parteciparvi.

Credo che questo possa permettere ad ognuno di avvicinare la potenza che si sprigiona da un'interazione tra individui, provenienti sia dall'interno dell'Istituto Psicoanalitico che dall'esterno, che accettino di farsi guidare, oltre che dai supporti cognitivi, anche e, soprattutto, dalle associazioni libere che ci si disponga a lasciar emergere, per lavorare insieme.

Bibliografia

Kaës R. (2001), Il concetto di legame. *Ricerca Psicoanalitica*, XII, 2: 161-184.

Kaës R. (2014), *La realtà psichica del legame*. In Nicolò A.M., Benghozi P., Lucarelli D. (a cura di), *Famiglie in trasformazione*. FrancoAngeli, Milano, (2015).

Mitre M.E. (2016), *Le voci del silenzio. Perché si curano i pazienti che si curano, lavorare con le ipotesi universali*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, (2021).

INDICE AUTORI

Alessandro Antonucci, Psicoanalista SPI, Psicoanalista di Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare, Direttore UOC3 DSM ASLROMA 1, ale.antonucci@tiscali.it.

Loredana Betti, psicoanalista SPI e IPA, già psicologa dirigente e psicoterapeuta UFSMA Arezzo, ASL Toscana Sud Est, lo.betti30@gmail.com.

Anna Bovet, è psicologa specializzata in Psicologia Clinica presso l'Università di Roma "La Sapienza" e membro Associato della Società Psicoanalitica Italiana. Dal 1997 svolge attività clinica presso il suo studio. Dal febbraio 2001 al luglio 2011 ha collaborato con L'ABA (Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, bulimia e disordini alimentari) dove ha svolto attività di presa in carico psicoterapeutica individuale e di gruppo. Dal settembre 2011 è socia fondatrice dell'associazione DAI (Disturbi Alimentari in Istituzione) e della federazione FIDA dove si occupa della presa in carico di terapie individuali e familiari, anna.bovet@gmail.

Antonio Braconaro, Psicologo, Psicoanalista (SPI IPA), Psicoterapeuta di Gruppo (IIPG), antonioBraconaro@gmail.com.

Rossana Calvano, Specialista in Psichiatra – Psicoterapia, Direttore Unità Operativa Complessa Salute Mentale Distretti Sanitari 24/73 e 31 ASLNAPOLIICENTRO, Psicoanalista Socio Associato SPI (Società psicoanalitica Italiana), IPA (International Psychoanalytical Association), SIPP (Società Italiana Psicoterapia Psicoanalitica), EFPP (European Federation Psychoanalytic Psychotherapy). Membro Gruppo Nazionale SPI Soci con Ruolo Pubblico, rossanacalvano@gmail.com.

Fausta Calvosa, MD, PhD, Psichiatra, Psicoanalista SPI e IPA, Membro Associato Centro Psicoanalitico di Roma (CPDR), Referente per il CPdR del Gruppo di studio intercentri "Psicoanalisi e Istituzione", Psichiatra presso il CSM D8 Asl Roma2 dove è referente Servizio Giovani

e dove svolge un Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare per giovani 16-24 anni e le loro famiglie con il servizio dell'età evolutiva (TSMREE), fausta.calvosa@gmail.com.

Giorgio Campoli Psichiatra, Psicoanalista, Membro Ordinario della S.P.I., Full Member dell'International Psychoanalytical Association, giorgiocampoli@alice.it.

Giovanna Cocchiarella, Psichiatra, Direttore U.O.C.S.M. distretto 53 58 ASL NA 3 Sud, Psicoanalista SPI-IPA, Responsabile Area Clinica Adulti CCTP CNP, giovannacocchiarella@gmail.com.

Maria Teresa Colella, psichiatra e psicoanalista, Membro Ordinario della SPI e dell'IPA, componente dell'Esecutivo del Centro Torinese di Psicoanalisi e componente del Gruppo Nazionale Soci/e con Ruolo Pubblico. Lavora in regime privato e nel Servizio Pubblico con ruolo organizzativo di referente di due Centri di Salute Mentale del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL Città di Torino, dove accoglie e segue come tutor tirocinanti di varie scuole di specializzazione. Da molti anni collabora con l'Università di Torino, in modo particolare con la Scuola di Specializzazione di Psicologia Clinica e con altre scuole di psicoterapia, mtcolella@inwind.it.

Flaminia Cordeschi, specializzata in Psicologia clinica, è Membro Associato delle Società Psicoanalitica Italiana (SPI) e Socio ordinario della Scuola Romana Rorschach. È Presidente dell'Associazione DAI (Disturbi Alimentari in Istituzione) e della FIDA (Federazione Italiana Disturbi Alimentari), flaminia.cordeschi@gmail.com.

Gabriella De Intinis, psicologa, Membro Ordinario della SPI, Membro Ordinario AIPPI, Docente AIPPI per l'Infant Observation, Redattrice di R&P, Socio fondatore Portale Psicoanalisi e Sociale, gabriella.deintinis@gmail.com.

Barbara Fedeli: Psichiatra-Psicoterapeuta, Referente attività clinica e organizzativa SRTR Sillani "Il ponte e l'albero" UOC SM 9- DSM ASL Roma 2. Psicoanalista SPI. barbarafedeli69@gmail.com.

Paola Ferri Psicologa psicoterapeuta, Psicoanalista, Membro Ordinario SPI, qualificata b/a, Psicoterapeuta b/a presso Neuropsichiatria Infantile Ospedale San Gerardo di Monza. Referente b/a per la redazione di Spiweb. Impegnata politicamente con spazio e interventi pubblici nel settore sanitario, è stata membro di un Esecutivo del CMP, e rappresentante b/a nel Coordinamento b/a Spi. È una delle referenti del gruppo Ruolo pubblico. È attiva nei gruppi Psicoanalisi agevolata, e Studio sul gender, presso il CMP; appartenente al gruppo Psicoanalisi e Musica che ha recentemente pubblicato on line un lavoro che sta girando per l'Italia. Attiva nel Sociale sul piano del volontariato in ambito di soccorso psicologico per i più svantaggiati, paolasilvia.ferri@gmail.com.

Marisa Foglia, Psicologa Dirigente Asl Napoli 1 Centro – Area Prevenzione e Cure primarie. Tutor aziendale per i tirocini abilitanti e specialistici. Psicoterapeuta, specializzata in Psicologia del Ciclo di Vita – Università degli Studi di Napoli Federico II. Psicoanalista SPI/IPA. Referente area Psicoanalisi e Istituzioni CNP. Membro gruppo nazionale SPI Soci Ruolo Pubblico, mafoglia@unina.it.

Riccardo Galiani, Psicoanalista, membro ordinario Società Psicoanalitica Italiana - International Psychoanalytical Association, Professore Associato t. d. di Psicologia Dinamica, Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”, Redattore Rivista di Psicoanalisi, rgaliani67@gmail.com, riccardo.galiani@unicampania.it.

Antonella Granieri, psicoanalista ordinaria SPI e IPA, professoressa ordinaria di Psicologia Clinica e direttrice scuola di specializzazione in Psicologia Clinica Università di Torino, antonella.granieri@unito.it.

Marco Grignani, Direttore del DSM USL UMBRIA, membro associato SPI/IPA. Lavoro da trentasette anni nei servizi pubblici e mi occupo prevalentemente di riabilitazione e intervento precoce nei disturbi mentali gravi. Sono membro del direttivo nazionale SIRP e coordinatore del comitato scientifico della associazione di comunità Terapeutiche Mito e Realtà. marco.grignani@live.it.

Sabrina Gubbini, Membro Associato della Società Psicoanalitica Italiana e del Centro Psicoanalitico di Roma. Vive e lavora a Roma. Oltre all'

attività di psicoanalista e psicoterapeuta ha svolto lavori di coordinamento e gestione di varie strutture della salute mentale quali Comunità e Case Famiglia. Attualmente lavora in un Centro Diurno di Roma1 allestendo Laboratori d'Arte e di Lettura oltre a svolgere gruppi terapeutici, sabrinagubbini@libero.it.

Francesca Mancia, Psicologa, psicoterapeuta infantile modello Tavistock, Socia ordinaria SPI-IPA, Perfezionamento b/a Spi, Dirigente psicologa sostituto f.f. UOC Cure Tutelari AST Ancona, manciafrancesca@yahoo.it.

Daniela Marangoni: Psichiatra psicoanalista, Membro Associato della SPI e dell'IPA. Ha lavorato come psichiatra nelle Istituzioni dal 1988 ed è stata Responsabile UOS del CSM di Ravenna dell'AUSL ROMAGNA fino al 2022. Attualmente è referente per Istituzioni del Centro Adriatico di Psicoanalisi e componente del Gruppo Nazionale Ruolo Pubblico, mara.dani@virgilio.it.

Mariantonietta Masia, Psicologa Psicoterapeuta a orientamento psicoanalitico (specializzata presso CERP, Padova), socia LIPsiM, lavoro presso la Clinica Psichiatrica, AOU Cagliari, marianto.masia@gmail.com.

Maria Moscara, Medico Chirurgo, Specialista in Psichiatria, Specialista in Criminologia e Psichiatria Forense. Membro Ordinario della SPI ed IPA. Ha lavorato nei Servizi di Salute Mentale della Regione Emilia Romagna, attualmente svolge attività libero professionale; conduce gruppi di discussione clinica in ambito istituzionale: Centri di Salute Mentale, Servizi per le Dipendenze, Comunità Socio-Sanitarie, Medici di Medicina Generale e Medici ospedalieri. Partecipa ad alcuni Gruppi di studio e ricerca nazionali della SPI e ad alcuni Gruppi di studio e ricerca del Centro Psicoanalitico di Bologna. Ha documentato l'attività di studio e ricerca su Riviste nazionali ed internazionali e su testi collettanei. Vive e lavora a Modena, moscaramaria@gmasil.com.

Andrea Narracci, Psichiatra, Psicoanalista SPI, presidente e cofondatore LIPSIM, co-direttore scientifico della Rivista "Il Vaso di Pandora. Dialoghi in psichiatria e scienze umane", già Direttore del DSM ASL RMA. Via degli Scipioni, 295 – 00192 Roma. andrea_narracci@hotmail.com.

Vincenzo Antonio Panella, Psicologo, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo ASL Roma 1, Socio de Lo Spazio Psicoanalitico, Docente presso la scuola di specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica de Lo Spazio Psicoanalitico, vincenzopanella@tiscali.it.

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

Giuliana Rocchetti medico psichiatra, Psicoanalista membro ordinario SPI-IPA, socia del Centro di Psicoanalisi Romano del cui Comitato Esecutivo è membro (2021-2025), giurocchetti@gmail.com.

Anna Maria Saccani, Farmacista e psicologa, Membro Associato della SPI e dell'IPA. Lavora come Dirigente Psicologa presso CSM di Ravenna AUSL della Romagna nel programma 14-25. Attualmente partecipa al Gruppo Psicoemergenze del Centro Bolognese di Psicoanalisi ed è membro del Gruppo Nazionale Ruolo Pubblico, bebasaccani@gmail.com.

“Psicoanalisi e Istituzioni” è un gruppo di studio dei due centri psicoanalitici romani (CPdR-CdPR) nato nell'anno 2014 che da circa 10 anni propone, con il patrocinio della SPI, un progetto, denominato “Ripensare il caso clinico”, la cui finalità è di promuovere il rapporto e l'incontro tra la psicoanalisi e l'esperienza dei servizi e delle istituzioni attraverso due strumenti esperienziali: i Seminari Analitici di Gruppo e la Psicoanalisi Multifamiliare. Tutti i colleghi che fanno parte del gruppo lavorano o

hanno lavorato nelle istituzioni o ne hanno rapporti di consulenza e formazione. Negli anni sono stati organizzati diversi eventi scientifici presso la sede della SPI di Via Panama che si sono tradotti nella pubblicazione di 3 Quaderni Scientifici, nonché vari contributi sono stati presentati ai Congressi Nazionali della SPI e ai Seminari Multipli di Bologna. I primi referenti del progetto sono stati Francesca Piperno e Alessandro Antonucci; successivamente il gruppo è stato coordinato da Giovanna Montinari e Giuseppe Riefolo. Attualmente i referenti sono Giuseppe Riefolo, giusepperiefolo1@gmail.com, e Fausta Calvosa, fauستا.calvosa@gmail.com.

Il Gruppo nazionale Soci con Ruolo Pubblico è attivo nella SPI da circa tre anni e si compone di psicoanaliste e psicoanalisti che lavorano o hanno lavorato con vari ruoli nei Servizi pubblici e nelle Università. Aperto anche a colleghe e colleghi nel percorso di training interno alla SPI lavora e riflette intorno ai temi della formazione e della clinica sociale secondo un modello psicodinamico adattato alla Salute mentale di comunità. Ha prodotto diversi lavori e collaborazioni con gruppi di ricerca interni ed esterni alla SPI, interventi in ambito universitario e recenti contributi in via di pubblicazione al XXI Congresso della SPI. Referenti, Loredana Betti, lo.betti30@gmail.com, Paola Ferri paolasilvia.ferri@gmail.com, Maria Moscara, moscaramaria@gmail.com