



Centro di Psicoanalisi Romano

Centro Psicoanalitico di Roma

Via Panama 48-Roma

Sabato 13 dicembre 2025

Ore 9:00 – 13:30

Seminario del Gruppo Intercentri di Roma

“Psicoanalisi e Istituzioni”

**LA CURA PSICOANALITICA NELLE ISTITUZIONI:
PATOLOGIE EMERGENTI E MODELLI DI INTERVENTO**

A cura di:

Gabriella de Intinis, Nicoletta Faccenda, Adriano Purgato, Pier Luca Zuppi

Quaderno 4

www.psicoanalisiiesociale.it



VECCHIARELLI EDITORE

© Vecchiarelli Editore – 2026
Piazza dell'Olmo, 27
00066 Manziana (Roma)

Tel. 06.99674591

vecchiarellieditore@gmail.com
vecchiarelli_editore@inwind.it
www.vecchiarellieditore.it

ISBN 978-88-8247-474-4

Associazione culturale

INDICE

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

INTRODUZIONE, *Giuseppe Riefolo e Fausta Calvosa*

DIALOGHI DALLA SOLITUDINE, *Gaia Petraglia*

SE UNA NOTTE DI INVERNO UN VIAGGIATORE... SGUARDO ETNOCLINICO E DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE IN MIGRANTI DI SECONDA GENERAZIONE, *Anna Maria Dalba*

LE ISTITUZIONI A LAVORO CON DINAMICHE FAMILIARI COMPLESSE, ADOLESCENTI MULTIPROBLEMATICI E FRAGILITÀ DELLA FUNZIONE GENITORIALE: L'INTERVENTO PSICOANALITICO SULLA RETE DEGLI OPERATORI, *Fausta Calvosa, Anna Maria Dalba, Giovanna Montinari*

SEMINARI ANALITICI DI GRUPPO: UN'ESPERIENZA TRA SERVIZI PER LE DIPENDENZE, *Andrea Francesco Auletta, Claudia Lilli, Sofia Romanelli*

IL GRUPPO PSICOANALITICO MULTIFAMILIARE NEL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE, *Filippo Maria Moscati*

DIBATTITO

LA PSICOANALISI E LA CLINICA EMERGENTE: UTENTI, OPERATORI, ISTITUZIONI, *Gruppo SPI Soci Ruolo Pubblico (GSRP): Loredana Betti, Simone Bruschetta, Rossana Calvano, Giovanna Cocchiarella, Paola Ferri, Antonella Granieri, Francesca Mancia*

DISTURBI ALIMENTARI E SEMINARI ANALITICI DI GRUPPO: ALCUNE RIFLESSIONI TEORICHE, *Anna Bovet*

DCA: LA FUNZIONE DI CURA E FORMAZIONE DEI SAdG, *Flaminia Cordeschi*

DISCUSSIONE

I SEMINARI ANALITICI DI GRUPPO, ESPRESSIONE DELLA PSICOANALISI CONTEMPORANEA RELAZIONALE-INTERSOGGETTIVA, *Paolo Boccara*

IL GRUPPO DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE (GPMF), *Andrea Narracci*

INDICE AUTORI

PRESENTAZIONE DEI CURATORI

Gabriella de Intinis, Nicoletta Faccenda, Adriano Purgato, Pier Luca Zuppi

Il Quarto Quaderno del Portale *Psicoanalisi e Sociale* esplora il tema dell'estensione della tecnica, interrogandosi su ciò che accade quando la psicoanalisi incontra territori nei quali il setting classico non può più operare senza pensarsi in trasformazione. In questo movimento — insieme clinico, umano e istituzionale — si collocano i contributi raccolti nel volume. Il pensiero psicoanalitico contemporaneo si confronta da tempo con i limiti e le possibilità del proprio sguardo di fronte a forme di sofferenza segnate dalla precarietà, dall'emergenza, dalla frammentazione dei contesti di vita e dall'irruzione del corpo nella relazione di cura.

I lavori qui presentati attraversano tali questioni da prospettive differenti: i setting instabili, la posizione mutevole dell'osservatore, la clinica dei transiti e delle marginalità, le forme di sofferenza prodotte dall'incertezza sociale e culturale. Sullo sfondo emerge una domanda di cura che eccede spesso le categorie cliniche tradizionali, costringendo la psicoanalisi a confrontarsi con nuove configurazioni della soggettività contemporanea.

Sulla scorta dell'esperienza maturata con il Terzo Quaderno, il Quarto prosegue nel misurare la pratica analitica con forme di esistenza 'al limite': questa apertura implica inevitabilmente una ridefinizione del concetto stesso di setting e, più in generale, del rapporto tra sofferenza psichica, legame sociale e funzione clinica. Come ricordava Bleger (1967), il setting non costituisce soltanto una cornice tecnica, ma una funzione psichica di sostegno e continuità. Quando esso si modifica o si indebolisce, emergono aspetti primitivi e non simbolizzati dell'esperienza. Nei contesti descritti in questo volume, il dispositivo analitico è dunque chiamato a farsi più flessibile senza perdere la propria capacità trasformativa, mantenendo una funzione di contenimento e pensabilità anche laddove prevalgano frammentazione, urgenza e instabilità.

In questa prospettiva, Ogden (1994a; 1994b) ci ricorda che la 'coesistenza inquieta' è specchio costante della condizione del clinico, chiamato costantemente a sostare in spazi psichici attraversati da elementi contraddittori e ancora privi di una forma stabile. Molti dei contributi qui raccolti interrogano proprio la difficile convivenza tra interno ed esterno, individuale e sociale, pensiero e azione, che caratterizza larga parte della sofferenza contemporanea.

La 'psicopatologia dell'attuale' proposta da Bastianini insieme ad altre colleghe (2021) aiuta inoltre a comprendere quanto le configurazioni cliniche contemporanee siano attraversate dalla precarietà dei legami, dall'accelerazione sociale e dalla difficoltà di costruire continuità simboliche sufficientemente stabili. In questo scenario, il lavoro analitico non può limitarsi all'interpretazione del conflitto intrapsichico, ma è chiamato a confrontarsi con forme di sofferenza che si esprimono direttamente sul piano dell'agire, del corpo e della frammentazione identitaria.

Le riflessioni di Guignard (2014) sulle patologie limite — dove i confini tra pensiero e azione tendono progressivamente ad allentarsi — attraversano in filigrana molti dei lavori presentati. La clinica dell'urgenza, delle dipendenze, delle condotte impulsive e delle vulnerabilità narcisistiche mette continuamente alla prova la capacità del dispositivo di trasformare l'agito in esperienza pensabile e condivisibile.

In questo quadro acquista particolare rilievo il tema della costruzione del paziente analitico, così come elaborato da Busch (2014): il paziente dell'analisi non coincide immediatamente con il soggetto che domanda aiuto, ma prende forma progressivamente all'interno della relazione terapeutica e delle condizioni che rendono possibile il lavoro simbolico. Nei contesti istituzionali e nei setting estesi, tale costruzione richiede spesso tempi lunghi, mediazioni gruppali e una continua rinegoziazione del campo clinico.

Winnicott aveva colto con grande anticipo anche il disagio del clinico esposto a contesti di intensa sofferenza e deprivazione, nei quali possono emergere sentimenti di impotenza, scoraggiamento o di sottovalutazione delle proprie possibilità terapeutiche. Le sue riflessioni del 1962, riprese anche

nel recente volume curato da Ferruta e Boffito (Winnicott, 2025), mantengono ancora oggi una forte attualità nel descrivere il disagio emotivo dell'operatore impegnato nei contesti istituzionali complessi.

Le trasformazioni della soggettività contemporanea non possono infine essere separate dall'impatto delle tecnologie e dalla crescente virtualizzazione dell'esperienza. La 'vertigine tecnologica' descritta da Ansermet (2015) richiama la tensione tra ampliamento delle possibilità di esperienza e perdita dei riferimenti simbolici tradizionali. Una tensione che attraversa, spesso silenziosamente, molte delle pratiche cliniche qui presentate.

I contributi del Quarto Quaderno raccontano anche una psicoanalisi impegnata a includere nei percorsi di cura le famiglie di origine, ove presenti. Spesso considerate esclusivamente come ostacolo o fattore primario della sofferenza del paziente — talvolta designato come portatore del sintomo familiare — le famiglie emergono invece, nelle esperienze qui raccolte, come risorse preziose di cambiamento. L'esperienza dei gruppi di psicoanalisi multifamiliare continua a testimoniare l'efficacia di dispositivi capaci di trasformare il legame gruppale in spazio di simbolizzazione condivisa e riconoscimento reciproco. Il lavoro con questo dispositivo sui giovani migranti di seconda generazione ne offre ulteriore conferma.

Il volume è inoltre arricchito da un vivace dibattito che ha seguito la presentazione dei contributi teorico-clinici, nel quale relatori e partecipanti si sono confrontati attorno a questi temi. Questa parte del volume è quella inevitabilmente più ricca di intuizioni derivate dalla pratica clinica quotidiana.

Si tratta di un lavoro continuo, fatto di avvicinamenti e prese di distanza, oscillazioni e riarticolazioni del legame, non dissimile da quanto accade nella stanza d'analisi tra paziente e analista. Una dinamica che richiama, sul piano istituzionale, quello che Winnicott (1974) definiva spazio potenziale: un'area intermedia nella quale può emergere creativamente qualcosa di nuovo, purché vi sia sufficiente affidabilità del legame.

Un ringraziamento va infine e come sempre all'Editore Vecchiarelli, che sostiene questo progetto editoriale fin dai suoi inizi e senza il quale queste voci non avrebbero potuto trovare un contenitore di così ampio spessore culturale e scientifico.

Bibliografia

- Ansermet, F. (2015). *La vertigine tecnologica*. Raffaello Cortina, Milano, 2015
- Bastianini, T., Ferruta, A., & Guerrini Degl'Innocenti, B. (2021). *Ascoltare con tutti i sensi. Estensioni del paradigma dell'ascolto psicoanalitico*. Giovanni Fioriti Editore, Roma
- Bleger, J. (196e). *Psicoigiene e psicologia istituzionale*. La Meridiana, Molfetta, 2011.
- Busch, F. (2014). *Creating a psychoanalytic mind: A psychoanalytic method and theory*. Routledge New York.
- Guignard, F., Passone, S.M. (a cura di). (2014). *La psicoanalisi del bambino e dell'adolescente. Stato dell'arte e prospettive*. FrancoAngeli, Milano.
- Ogden, T. H. (1994a). *The analytic third: Working with intersubjective clinical facts*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 3–19.
- Ogden, T. H. (1994b). *Subjects of Analysis*. Jason Aronson, Northvale, NJ,.
- Winnicott, D. W. (1962). L'integrazione dell'Io nello sviluppo del bambino. In *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando Editore, Roma (1974)
- Winnicott, D. W. (1971). *Gioco e realtà*. Armando Editore, Roma (1974).
- Winnicott, D. W. (2025). *Il sentimento del reale. Scritti inediti*. A cura di A. Ferruta e S. Boffito, Raffaello Cortina Editore, Milano.

➔ [torna all'indice](#)

INTRODUZIONE

Fausta Calvosa e Giuseppe Riefolo

Dal 2013 si è costituito a Roma un gruppo intercentri della SPI, inizialmente denominato ‘Gruppo Psicoanalisi e Servizi’ e successivamente ‘Psicoanalisi e Istituzioni’. Ne hanno fatto parte psicoanalisti che, a vario titolo, lavorano o hanno lavorato nei e/o con i servizi di salute mentale per adulti, per l’infanzia e l’adolescenza, nei consultori, in strutture convenzionate o del privato sociale.

L’idea di fondo è sempre stata che, da una parte, fosse necessario contrastare la progressiva perdita, nei servizi, della presenza e della circolazione di una cultura psicoanalitica; dall’altra, che mantenere una prospettiva psicoanalitica significasse declinare posizioni squisitamente psicoanalitiche come l’ascolto partecipato e l’attenzione alla dimensione relazionale e inconscia, come anche una posizione che va oltre l’opacità del sintomo, e cerchi di cogliere la complessità delle storie di sofferenza psichica, in contesti spesso attraversati da urgenze, precarietà e scarsità di risorse.

Si è così preservata l’idea che, nella pratica quotidiana, anche con i pazienti più fragili che interrogano i servizi, la psicoanalisi possa ancora rappresentare una bussola culturale e clinica capace di orientare il lavoro nei luoghi di cura.

La nostra proposta alle istituzioni, denominata “Ripensare il caso clinico”, prevedeva inizialmente seminari teorici, che alcuni analisti tenevano presso i servizi, e Seminari Analitici di Gruppo (SAdG), che si svolgevano nella sede di Roma della SPI, a Via Panama, dove operatori di cultura e formazione psicoanalitica venivano ospitati nei luoghi ‘istituzionali’ della psicoanalisi romana. Nel tempo ci siamo resi conto che la domanda di seminari teorici si riduceva progressivamente, mentre, grazie al contributo di alcuni di noi, primo fra tutti Andrea Narracci, abbiamo iniziato a mettere a fuoco come uno strumento d’elezione per riportare il pensiero psicoanalitico nella cura delle situazioni complesse all’interno delle istituzioni fosse anche il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare. Negli anni, dunque, l’interesse e il lavoro di studio e ricerca del gruppo si è focalizzato principalmente su questi due modelli: i Seminari Analitici di Gruppo e i Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare.

I Seminari Analitici di Gruppo (SAdG) nascono nel Centro Milanese di Psicoanalisi: il modello, introdotto da Giovanni Hautmann (2007) e sviluppato da Anna Ferruta (2010), veniva proposto dai colleghi di Milano a professionisti dei servizi e in diversi contesti istituzionali. Nel nostro progetto, i SAdG sono rivolti sia a équipe o a singoli operatori che lavorano nei servizi, sia a professionisti privati che si occupano di situazioni complesse. Negli anni, inoltre, diversi servizi hanno inserito cicli di SAdG all’interno dei loro progetti formativi, coinvolgendoci nella conduzione presso le loro sedi istituzionali. Si tratta di un vero e proprio lavoro analitico di gruppo, in cui la prospettiva gruppale, mente del gruppo, inconscio condiviso, campo analitico, comprende tanto i conduttori quanto i partecipanti. Il SAdG si configura come un luogo mentale condiviso, nel quale possono essere accolti e pensati quegli aspetti della mente del paziente grave o dell’operatore in difficoltà che nella relazione terapeutica duale non si riescono a contenere. Le situazioni di elezione sono infatti quelle in cui la cura sembra bloccarsi e le emozioni risultano troppo intense per essere elaborate. Nel gruppo, che si riunisce con cadenza regolare, la funzione della mente gruppale permette di ampliare la capacità di pensiero laddove il singolo terapeuta o l’équipe si trovano imprigionati in dinamiche cristallizzate in una rigida coazione a ripetere. Attraverso le libere associazioni suscitate dalla presentazione del caso, anche quando i partecipanti non conoscono direttamente il paziente (come per i gruppi che si tengono presso la sede SPI di via Panama), emergono emozioni, fantasie, personificazioni inconsce che danno voce ad aspetti scissi o denegati della relazione terapeutica. A un certo punto del lavoro, l’analista conduttore o talvolta un altro membro del gruppo può cogliere una ‘scena centrale’, una sorta di ciò che, secondo un lessico bioniano, possiamo chiamare ‘scena prescelta’. Si tratta di una configurazione significativa e sintetica che rappresenta un momento di svolta: un punto oscuro o non pensato del paziente o del legame terapeutico, attorno al quale si riorganizzano i contributi di tutti. Come in un

mosaico, la mente gruppale compone così un nuovo ritratto del caso, favorendo sviluppi clinici e riattivando la capacità trasformativa del processo di cura e soprattutto dei partecipanti.

I Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF), secondo il modello proposto da Jorge Garcia Badaracco e introdotti in Italia da Andrea Narracci, organizzati da anni nei Dipartimenti di Salute Mentale, sono gruppi in cui la presenza contemporanea, insieme a psicoanalisti e operatori, di vari nuclei familiari di pazienti seguiti nel servizio, favorisce il riconoscimento dell'esistenza dei legami di interdipendenza patologica e patogena tra genitori e figli. Nel gruppo, ognuno dei membri delle diadi patologiche sperimenta la possibilità di recuperare la propria 'virtualità sana' e, grazie a fenomeni di 'rispecchiamento metaforico' con membri di altre famiglie, è facilitato l'accesso alla mentalizzazione. Nel gruppo, infatti, l'attualizzazione della dinamica di 'interdipendenza patogena', che trova lo spazio per essere messa in scena, compresa e riformulata dai partecipanti, permette l'apertura al 'terzo', costituito dal pensiero del gruppo stesso che si insinua tra la diade simbiotica, e l'attivazione di un movimento riparativo che si contrappone all'immobilità della ripetizione. Il GPMF costituisce quindi non solo un luogo di elezione per la cura delle situazioni cliniche più complesse che ingaggiano i servizi, in cui il disagio generalmente non riguarda solo il paziente designato ma coinvolge l'intero nucleo familiare, ma diventa anche un luogo di formazione e di condivisione dell'équipe terapeutica, che può così affrontare quella sensazione di impotenza e di solitudine così comune nella pratica clinica quotidiana nelle istituzioni, soprattutto nelle situazioni più gravi.

In questi anni abbiamo organizzato, a dicembre e con cadenza biennale, delle giornate di studio in cui condividiamo il lavoro svolto dal nostro gruppo attraverso l'introduzione di questi due modelli nei contesti istituzionali. In occasione di queste giornate abbiamo anche avviato un dialogo, rivelatosi molto fertile, con i colleghi del gruppo nazionale che si occupa di psicoanalisi e istituzioni, il gruppo "Soci ruolo pubblico", con cui, anche in questo seminario, proseguiamo il confronto.

Quest'anno abbiamo pensato di proporre questo tema da un'altra prospettiva. Molti di noi che lavorano nei servizi hanno osservato come, nell'ultimo periodo, si stia assistendo a cambiamenti importanti nel tipo di utenza che si rivolge ai servizi di salute mentale. Si registra infatti un aumento delle richieste da parte della popolazione giovanile, adolescenti e giovani adulti e, tra questi, un incremento dei giovani migranti di seconda generazione. Inoltre, il disagio giovanile si manifesta spesso attraverso l'uso di sostanze, con un esordio sempre più precoce, oppure con sintomi afferenti all'area dei DCA, che compaiono già nella preadolescenza.

Questo volume raccoglie i contributi di colleghi che hanno approfondito queste tematiche e che, a vario titolo, sono entrati in dialogo con i servizi, mantenendo, ove possibile, l'attenzione focalizzata sull'uso di questi due strumenti, i SAdG e i GPMF, per affrontare queste nuove patologie emergenti.

Bibliografia

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.
Hautmann G. (2007), *Il paziente tra la dualità analitica e la molteplicità gruppale*, in *Rivista di Psicoanalisi*, 4, 1057-1064.

➔ [torna all'indice](#)

DIALOGHI DALLA SOLITUDINE

Gaia Petraglia

Nascere, crescere, percorrere la propria adolescenza, scegliere un partner per costruire la propria famiglia in Italia, rispettando le proprie appartenenze, cercando uno spazio di libertà per divenire un adulto frutto di più specie, un innesto di diverse culture, un 'se stesso' sospeso in uno spazio tra, ma ancorato alla propria storia.

Accanto a questi bambini, che diventeranno giovani uomini e donne in formazione in questo paese, ci sono i loro genitori, stranieri che provengono da infinite, possibili migrazioni: alcuni chiedono asilo politico fuggendo da guerre e persecuzioni, altri tentano la via dell'esilio per migliorare le condizioni economiche dei propri familiari rimasti in patria, alcuni sono adolescenti soli che percorrono rotte migratorie che li espongono a soprusi e torture, altre ancora – spesso le donne – sono state scelte come spose nel proprio paese e la migrazione è stata la conseguenza di questa unione.

Da qualunque tortuoso percorso migratorio si arrivi, questi uomini e queste donne si trovano spesso a generare e crescere i propri figli in Italia, molte donne sono da poco arrivate, spesso con un basso livello di scolarizzazione a cui fa seguito la difficoltà ad apprendere la lingua seconda e, presto in attesa del primo figlio, devono esplorare il proprio accesso alla maternità in una totale solitudine.

Tema di questo scritto è quello di sottolineare la complessità di questo incontro, l'incontro tra un figlio e una figlia e un padre e una madre. Un incontro difficile, un incontro tra diversità che rischia di scavare il solco dell'incomunicabilità allo scoccare dell'adolescenza, perché non ci si riesce a riconoscere quando si è fatti, come già sostenuto da Moro e Nathan nel 1989, di diverse paste, quando si è stati forgiati di diversi metalli.

Offrire un ascolto psicologico alle famiglie migranti non tenendo conto delle alterità culturali e della complessità di questo incontro, vuol dire dunque ignorare non solo le dimensioni identitarie dei singoli componenti ma anche il portato traumatico di ogni migrazione, trauma che investe sia chi ha compiuto il transito migratorio in prima persona, sia i propri discendenti.

“Mio padre era molto severo con me e mi picchiava con estrema violenza, però io lo sentivo molto simile a me, condividevamo gli sport, il lavoro, tutto quello che rappresentava per me l'essere un uomo. Con mio figlio ci sto provando, con tutte le mie forze, ma siamo diversi, la vicinanza che c'era con mio padre, anche se lui è stato terribile come padre, non riesco a trovarla con mio figlio”.

Accorata e commossa, una madre si rivolge a me per chiedermi: “scusi, dottoressa, mia figlia è nata in Italia ma è anche pakistana, allora qual è la cultura più importante per lei, quella italiana o quella pakistana”?

La risposta della ragazza, istantanea, sussurrata ma lapidaria è: “nessuna delle due”.

“La gravidanza di mio figlio in Italia è stata terribile. Ho vomitato così tanto fino al parto che hanno dovuto ricoverarmi. Avevo già una figlia a quel tempo, ma era nata nel mio paese d'origine. Con lui è tutto diverso, quando siamo arrivate in Italia la mia prima figlia era alle medie e mio marito non ha voluto continuare a farla studiare in Italia, aveva molta paura che potesse prendere una brutta strada. Quello di cui avevamo paura allora, è successo ora con questo secondo figlio nato in Italia, ora adolescente”.

Questi fermo-immagini provengono da sedute che si sono svolte presso il Centro Etnoclinico 'L'albero delle parole' che ho l'onore di dirigere all'interno della Cooperativa Sociale Rifornimento in Volo, con famiglie che provengono da diverse parti del mondo.

La presa in carico di questi nuclei segue il modello del dispositivo a geometria variabile proposto da Marie-Rose Moro, che a sua volta lo ha adattato dal dispositivo gruppale originario inventato da Tobie Nathan a Parigi alla fine degli anni '70 del secolo scorso.

Il suo adattamento si è reso necessario per prendere in carico genitori e figli, bambini e adolescenti di seconda e terza generazione per i quali «le rappresentazioni culturali dei propri genitori sono

scomparse o sembrano esserlo» (Moro, Baubet 2004, p. 69), al fine di rendere lo spazio della consultazione familiare un luogo abilitato alla costruzione del *métissage* culturale. Tale dispositivo mi appare come quello maggiormente in grado di far coesistere il setting parallelo della presa in carico degli adolescenti – ovvero un terapeuta che vede il ragazzo o la ragazza e un altro che vede la coppia genitoriale – con l’attivazione del dispositivo gruppale, laddove le dimensioni culturali stiano mandando in stallo gli interventi individuali. Nell’ottica di questa presa in carico, gli adolescenti sono seguiti in psicoterapia individuale e i genitori in terapia parallela; dopo un certo tempo, laddove se ne riscontri il bisogno, si incontra il nucleo familiare nella sua interezza al fine di trovare, insieme, le ‘parole per dirsi’, per spiegarsi, per capirsi.

L’adolescente, già impegnato sulla via della costruzione identitaria, fatica molto a conciliare i due mondi che lo hanno formato fin dalla nascita – quello, originario, familiare ma, per certi versi, per sempre straniero – con quello del paese d’accoglienza del quale frequenta le scuole e del quale padroneggia la lingua, paese che lo accoglie ma al contempo lo rifiuta, negandogli un passaporto che sancirebbe la sua appartenenza. Accanto a lui siedono i suoi genitori, spesso con i loro abiti tradizionali, con il loro italiano stentato, con le spalle curve sotto «il peso dello strappo migratorio, delle frustrazioni e dei rifiuti che ricevono nel nostro paese» (Petraglia 2026).

Uno stato emotivo che genitori e figli condividono e che risulta loro difficile da cogliere prima che venga dispiegato negli incontri che si svolgono presso il nostro centro, è che sia gli uni che gli altri sperimentano un uguale e doloroso vissuto, ovvero quello di sentirsi stranieri a sé stessi.

L’adolescente, quando torna ‘al paese’, luogo natale dei propri genitori, dopo averlo assaporato con gioia e trasporto da bambino, quello che incontra – spesso traumaticamente – è una diversa rappresentazione dei ruoli di genere, un’intrusività spiccata del mondo adulto, un giudizio sulla sua eccessiva ‘occidentalizzazione’. In questo mondo che non è il suo, si trova ad essere definito ed etichettato come uno straniero mentre osserva i suoi genitori che, finalmente a casa, rifioriscono sotto i suoi occhi. I ruoli si invertono, quei genitori sperduti e inabili con i quali vive in Italia, al paese tornano a brillare, conoscono le logiche del paese, parlano la lingua fluentemente, si ritrovano in ogni aspetto del cibo, del clima, delle relazioni familiari e tra pari, ma soprattutto sono riconosciuti come persone di valore.

Al paese, quindi, l’adolescente sperimenta per la prima volta quella sensazione che i propri genitori vivono ogni giorno in Italia, l’estraneità, l’esclusione, la solitudine, lo smarrimento dei propri confini. E, potremmo dire in *après coup*, esplode nell’adolescenza quel crollo già avvenuto le cui impronte possiamo rinvenire in un senso di estraneità che definirei primaria. Quella fastidiosa e persistente sensazione di essere ontologicamente diverso cova nell’adolescente – che come l’Asterione di Borges si specchia e si duplica nella sua solitudine aspettando che arrivi un Altro a non restituirgli la sua perenne diversità – fin dalla sua gestazione.

In molte culture l’antropopoiesi del nascituro, ovvero la fabbricazione culturale del neonato che diventa, oltre a corpo biologico anche essere sociale, avviene attraverso il rapporto con le generazioni precedenti, all’interno di una genealogia e di un’appartenenza a un lignaggio, che renderà il nascituro un umano tra gli umani. Nascere in terra straniera, come ben descrive la scrittrice Jhumpa Lahiri, nata a Londra da genitori bengalesi, «senza neppure un nonno, un genitore, uno zio al suo fianco [...] sa in qualche modo di casuale, di vero per metà. Mentre accarezza, allatta e osserva suo figlio, non può fare a meno di compatirlo. Non ha mai visto nessuno venire al mondo così solo, così svantaggiato» (Lahiri, 2003, p. 40).

Gravidanza, parto e post partum sono processi complessi che coinvolgono la dimensione biologica, quella psichica e, potentemente, quella culturale.

Se il feto/bambino si prepara a nascere come essere terrestre, anche la donna nasce al suo essere madre in un processo di fabbricazione ontologica, in cui le caratterizzazioni culturali di chi è e che cosa fa una buona madre sono iscritte nel patrimonio gruppale cui la donna attinge più o meno consapevolmente fin dal primo giorno della sua esistenza.

La mancanza di reti protettive fornite dalla presenza di figure femminili che accompagnino la futura madre nelle varie tappe della gestazione e del post partum e «la perdita del contesto culturale,

implicano una carenza di sostegno e una perdita di fiducia nella matrice personale di interpretazione dei propri pensieri, delle proprie sensazioni, dei propri vissuti corporei» (Rezzoug, Baubet, Moro, 2009 pag. 191). Così il parto, «momento di effrazione dell'involucro femminile – fisico e psichico – riattiva la sofferenza dell'esilio» (Moro, Neuman, Real, 2008, pag. 17) e apre ad una rottura nel processo di supporto e di costruzione di senso dell'essere madre.

La donna che partorisce in esilio, essendo sottoposta ad una molteplicità di mondi che le vengono incontro, incrina la sua funzione di *object presenting* (Winnicott, 1965) al bambino. Ogni madre trasmette, infatti, «la sua personale percezione del mondo al proprio neonato ma quando essa risulta caleidoscopica e impregnata di inquietudine, la funzione para-eccitatoria materna diventa fragile rendendo più difficile presentare al bambino il “mondo a piccole dosi”» (Moro, Neuman, Real 2008, pag. 19).

Nel momento di massima trasparenza psichica (Bydlowski 1991) che ogni gravidanza porta con sé, la madre migrante sperimenta dunque ciò che Marie-Rose Moro ha definito come *trasparenza culturale*, ovvero quello stato attraverso il quale ogni donna ha accesso a elementi della propria storia sotto una forma codificata dalla sua cultura. «Tali elementi hanno spesso a che fare con la sua appartenenza, la sua filiazione, la sua propria infanzia» (Moro, Mestre, Réal, 2009 p. 176).

Per questo un adeguato supporto all'elaborazione dei propri vissuti, potrebbe non solo scongiurare l'eventualità e l'irreparabilità del trauma – sia per la madre sia, di conseguenza, per il bambino – ma addirittura rendere accessibili contenuti psichici in grado di rinsaldare l'appartenenza ad entrambi i contesti culturali, realizzando un'iniziazione al *métissage*.

Viceversa, la solitudine – ormai sempre più connaturata alla dimensione culturale del parto in Occidente – gioca un ruolo significativo nella realizzazione del trauma psichico nella madre migrante, spesso legata ad una cultura d'origine in cui il gruppo familiare e quello delle co-madri svolgono un ruolo fondamentale: questa solitudine «modificherebbe gli atteggiamenti materni e renderebbe le madri paradossalmente meno disponibili nei confronti del proprio bambino» (Moro, Mestre, Réal, 2009 pag. 176).

Quando incontriamo le famiglie che provengono da altrove, spesso scopriamo che le madri, pur con i figli ormai adolescenti, sono ancora abitate da questo dolore – nella sua forma più antica e straziante – il timore di non essere riuscite ad affiliare il proprio bambino, percepito come 'straniero', come 'altro da sé', come 'troppo italiano' fin dalla sua nascita. E che l'adolescenza, con l'aggravarsi di quella distanza che già per natura si crea tra le generazioni, come già diceva Abdlemalek Sayad, non sia altro che la conferma di questa illegittimità dei propri figli. Lo sguardo delle madri migranti ci appare, dunque, abitato da questa perenne inquietudine, che la mamma pakistana riesce a trasmetterci così bene con la sua domanda che porta in sé, nella sua apparente ingenuità, tutto il senso del fallimento dell'appartenenza.

«Per questo la nostra proposta terapeutica nell'accogliere i genitori è quella di un'iniziazione a se stessi (Nathan, 2001), al potersi – attraverso il nostro ascolto – riconoscere e raccontare, impedendo che l'acculturazione forzata cui sono stati sottoposti impedisca loro di mostrarsi e raccontarsi ai propri figli. Il rischio che riscontriamo è che senza questo dialogo e questo svelamento reciproco, i figli si rinchiudano in un ostinato silenzio, fatto di passioni segrete e non condivisibili per non incorrere nella delusione genitoriale e nel fallimento del mandato migratorio» (Petraglia 2026, in corso di stampa).

Il reciproco riconoscimento tra genitori e figli è dunque necessario per avviare quel rispecchiamento – che spesso non si è potuto avviare nella prima infanzia – che porta a sentire il proprio Sé come valido e ancorato, quel rispecchiamento che ci consente di sentire che abbiamo un posto nel mondo che ci appartiene, che è quello di cui disperatamente sono alla ricerca gli adolescenti di seconda generazione.

Bibliografia

Bydlowski M. (1991), “La transparence psychique de la grossesse”, *Etudes Freudiennes*, 32.
Lahiri J. (2003), *L'omonimo*, Guanda 2004.

- Moro M.-R., De La Noë Q., Mouchenik Y., Baubet T. (2009), *Manuale di psichiatria transculturale*, Franco Angeli, Milano.
- Moro M.-R., Neuman D., Réal I. (2010), *Maternità in esilio*, Boringhieri, Torino.
- Moro M.-R., Mestre C., Réal I. (2010) *Perinatalità: madri e bambini in esilio*, in Baubet T., Moro M.-R., *Psicopatologia transculturale. Dall'infanzia all'età adulta*, Koinè, Roma.
- Nathan T., Moro M. R., Rabain-Jamin J., Stork H., Si-Ahmed D. (1989), *Il bambino e la sua cultura di appartenenza*, in Lebovici S., Weil-Halpern F., *Psicopatologia della prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Torino (1994).
- Nathan T. (2003), *Non siamo soli al mondo*, Boringhieri, Torino.
- Petraglia G. (2026) “Abbiamo un’eredità ma non un testamento. L’etnopsichiatria, tessitura del legame e della molteplicità”, *Gruppi*, XXV, 1-2/2026, (in corso di pubblicazione).
- Rezzoug D., Baubet T., Moro M.-R. (2009), *Infanzia: tra vulnerabilità e creatività*, in Baubet T., Moro M.-R., *Psicopatologia transculturale. Dall'infanzia all'età adulta*, Koinè, Roma. (2010)
- Sayad A. (2007), *L’immigrazione o i paradossi dell’alterità*, Ombre corte, Bologna.
- Winnicott D. W. (1968), *La famiglia e lo sviluppo dell’individuo*, Armando Editore, Roma (1974).

➔ [torna all'indice](#)

SE UNA NOTTE DI INVERNO UN VIAGGIATORE... SGUARDO ETNOCLINICO E DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE IN MIGRANTI DI SECONDA GENERAZIONE

Anna Maria Dalba

Freud fa riferimento all'origine intersoggettiva della psiche quando nel 1921 scrive che nella *"vita psichica del singolo l'Altro è regolarmente presente, come modello, come oggetto, come soccorritore, come nemico, e pertanto in questa accezione più ampia ma indiscutibilmente legittima, la psicologia individuale è al tempo stesso, fin dall'inizio, psicologia sociale"*. (Freud 1921, pag. 261).

Questo concetto riassume la complessità di un intreccio paradossale tra identità e alterità, tra individuo e gruppo, per cui non si può divenire sé stessi senza avvalersi del rispecchiamento dell'Altro da Sé.

Il processo di soggettivazione (Cahn 1998; 2000; 2007) individuale, ancor più in adolescenza, è profondamente connesso alla situazione ambientale, familiare e culturale di appartenenza e si inserisce in un processo di intersoggettualizzazione (Gutton 2000) reciproca tra individuo, gruppo e società. Tale intreccio nel sistema Sé-Altro produce, come dice Kaës (1976; 1999) un inevitabile scarto narcisistico-oggettuale (in termini di risonanze, sintonizzazione emotiva, di rappresentazioni, aspettative e desideri) e dunque un certo grado di sofferenza, più o meno profonda e intensa nella vita familiare.

Costellata da continui cambiamenti, per poter continuare ad esistere nella sua inevitabile discontinuità, la famiglia necessita di una manutenzione periodica degli argini emotivi tra tutti i suoi membri attraverso una rinegoziazione continua dei confini relazionali, sia nella coppia coniugale-genitoriale che nel rapporto genitori-figli. Questo compito diviene particolarmente impegnativo nelle fasi di transizione del ciclo di vita come può essere la nascita di un figlio, l'adolescenza, la perdita di un lavoro, un lutto, un trasferimento o una migrazione. Si tratta di fasi e momenti critici in cui la ricerca di diverse condizioni di vita e dell'essere, che siano esse desiderate o traumaticamente imposte, assume per i soggetti coinvolti il significato di una nuova ricerca identitaria e di nuovi equilibri intersistemici, in cui possono riattivarsi vecchi conflitti separativi infantili e/o adolescenziali e con ciò avere luogo sentimenti di disorientamento connessi all'implicito processo di disidentificazione, che espone a diversi rischi: isolamento sociale, rotture evolutive, attacchi violenti al legame o al proprio corpo.

Il sistema famiglia, quindi, per le sue caratteristiche intrinseche (legate alla vita e alla morte) è per definizione un sistema in transizione influenzato dal suo tempo.

Chianese (2009) in *"La linea d'ombra dell'eredità. La psicoanalisi di fronte al futuro"* sottolinea come la famiglia abbia una sua relatività storica e culturale: cambia forma nel tempo e nello spazio¹ e con ciò cambiano anche le modalità di interpretazione del ruolo e dei compiti genitoriali, e dunque la qualità dello sviluppo affettivo nei legami di affiliazione. L'elemento che rimane universalmente stabile, invece, è dato dalla posizione di 'essere figlio' rispetto ai bisogni affettivi nei confronti dei propri genitori, condizione che a livelli profondi rimane attiva per tutta la vita. Tale relatività si riflette anche nell'attuale cambio di paradigma dalla clinica individuale alla clinica dei legami intersoggettivi (familiari, gruppali e multifamiliari) per far fronte all'attuale indebolimento narcisistico delle basi identitarie e del vuoto relazionale (Cahn parlava di clinica del vuoto). Ciò è correlato al passaggio, negli ultimi vent'anni, dalla famiglia edipica basata sul conflitto a quella narcisistica basata sull'ideale di perfezione, creando terreno fertile per la commercializzazione contemporanea del

¹ Nella società occidentale del XXI secolo si è passati da una famiglia patriarcale estesa (famiglia allargata) alla famiglia moderna nucleare "lunga e stretta", fino alle ultime forme ricostituite, interculturali, monogenitoriali, unipersonali etc...; inoltre, i ruoli maschili e femminili sono meno rigidi e stereotipati per identità di genere.

culto dell'estetica omologante e la digitalizzazione dei rispecchiamenti narcisistici 'senza corpo', rendendo sempre più fragile il processo di differenziazione nei legami familiari intergenerazionali e nel "2corpo familiare adolescente" (Dalba e Montinari, 2020).

In altri termini, il rapporto tra le generazioni oggi appare sempre più confuso per la mancanza di limiti e confini, al punto tale da generare un sentimento di dispersione del sé, di vuoto soggettivo, di precarietà identitaria, di un claustrofobico senso del tempo fatto di un eterno presente ripetitivo e mortifero. Le conseguenze di ciò sono molto evidenti soprattutto in adolescenza, periodo in cui si soffre fisiologicamente della perdita temporanea (nel migliore dei casi) delle certezze identificatorie e valoriali dell'infanzia e ci si trova impegnati in una transizione neuro-psico-fisica e sociale che necessita dell'appoggio identificatorio del gruppo dei pari per poter sostenere i sentimenti depressivi che tale migrazione identitaria comporta. In mancanza di un ambiente "sufficientemente" sicuro, invece, le fisiologiche sofferenze narcisistiche possono divenire insostenibili a causa di un eccesso di sentimenti di autosvalutazione, di inadeguatezza e perdita di Sé.

Da terapeuta di adolescenti mi confronto spesso con giovani spaventati e fragili, per quali - in condizioni di interdipendenze familiari patogene in cui i conflitti intergenerazionali e le spinte separative sono percepiti dai genitori come degli intollerabili attacchi al proprio Sé traumatizzato - la pulsione di appropriazione del nuovo corpo sessuato e, la conseguente nuova ricerca identitaria, rappresentano fattori dolorosamente alienanti che rischiano di bloccare i processi di soggettivazione adolescente, dando luogo, talvolta drammaticamente, a comportamenti violenti di disaffiliazione che Corcos definisce come dei tentativi di metaforizzare il non pensabile.

In conclusione, nel contesto di questo elaborato il mio obiettivo è mettere in evidenza come il gruppo di psicoanalisi multifamiliare rappresenti un contesto estremamente duttile, "di grande universalità, in cui è possibile mettere a fuoco e a affrontare qualunque problema umano" (Badaracco) che sia di ostacolo alla realizzazione di sé stessi, all'apprendimento e alla crescita emozionale; in altre parole lo sviluppo soggettivante di sé nella ripresa del proprio percorso evolutivo, sia nella posizione di figlio che di genitore. In questo senso, lo sviluppo emotivo riguarda l'ambito dell'intersoggettività familiare, sociale, dell'appartenenza culturale che costruisce nel profondo le tracce psico sensoriali e intergenerazionali dell'identità e del modo personale di essere al mondo anche quando non si vive più nella stessa città o nello stesso Paese di origine.

Famiglie migranti, transizioni adolescenti

Da anni assistiamo a processi di trasformazione multi-etnica della nostra società per gli inarrestabili flussi migratori che popolano il nostro paese di presenze etniche sempre più eterogenee. Questo tipo di utenza richiede strategie istituzionali d'intervento in grado di focalizzare i problemi delle relazioni interculturali, la coesistenza delle differenze e l'articolazione dei processi di integrazione. All'interno di questo quadro complesso, vediamo emergere la salute mentale come uno dei problemi più urgenti della nostra società dove il rischio di isolamento e rottura identitaria, e non solo dei migranti, è connesso alle condizioni di estrema solitudine, fragilità e disorientamento e alla difficoltà di ancorarsi a dei solidi punti di riferimento interni ed esterni, ovvero i cosiddetti garanti metapsichici e sociali (Kaës 1976; 1999).

Il genitore migrante, lontano dalle sicurezze del circuito familiare, parla una lingua diversa e soprattutto ha perduto quella dimensione collettiva originaria, in cui il suo percorso individuale era sostenuto e condiviso dagli altri membri della stessa società. Tale perdita sembra un prezzo necessario da pagare per realizzare, attraverso la nuova generazione, un radicamento nell'Altrove, in quella terra promessa alla quale egli (il genitore) tenta, anche se ambivalentemente, di appartenere. Ambivalenza chiaramente fonte di tante incertezze e sofferenza nei genitori che, universalmente, ripongono nel figlio il desiderio di realizzare sé stessi e il proprio futuro. Nel caso di adolescenti migranti di seconda generazione, la ricerca di una nuova identità può riattivare conflitti identificatori con la cultura di

origine dei genitori, oppure anche, esperienze traumatiche legate alla storia del loro viaggio migratorio, storie spesso profondamente sofferte dai figli senza saperle (il “conosciuto non pensato” di Bollas (1987), “*los otros in nosotros*” di Badaracco (1994; 2000)). A tal proposito il racconto del viaggio migratorio rimane spesso silente nel dialogo genitori-figli, i quali vivono dentro di sé il dolore di un Altrove che non conoscono, di una identità culturale svalutata e precaria di cui ci si vergogna, che porta in sé la ferita della povertà, dei lutti, della violenza, della perdita del senso di appartenenza.

Dunque, un ulteriore elemento di complessità rispetto alla soggettivazione adolescente, è dato dall’essere figlio di genitori stranieri, dovendo compiere un complesso e doppio viaggio interiore: dalla cultura ospite – che ha formato l’adolescente fin dalla sua nascita – alla conoscenza delle origini, di cui l’adolescente meticcio si deve riappropriare per sentire di poter rispondere non solo alla tipica domanda adolescente “chi sono io” ma anche “da dove vengo?”, e poi ancora discostarsene per poterle reinterpretare soggettivamente².

“Questa costitutiva interrogazione apre un percorso accidentato e incerto di soggettivazione della propria origine, in cui complesse domande identificatore si addensano attorno al proprio corpo, al proprio nome, ai propri antenati” (De Micco pag. 47). Per cui *“la questione centrale dell’appartenenza si declina non solo sul versante dell’identità ma anche su quello della memoria. Quest’ultimo implica immediatamente la necessità di dipanare il nodo traumatico connesso all’esperienza migratoria”* dei propri genitori (ibidem, pag. 48). L’adolescente “meticcio” (Marie-Rose Moro in Petraglia 2020; 2021) conosce le logiche del mondo esterno nel quale sta crescendo ma vive conflitti interni di lealtà tra i due mondi, quello della cultura ospite e quello di provenienza dei suoi genitori che il più delle volte non ha mai visitato e che conosce solo in parte attraverso i loro racconti, per lo più parziali ed edulcorati. D’altra parte, i genitori migranti vivono internamente il conflitto paradossale di iscrivere i propri figli nel nuovo mondo per realizzare i propri desideri di crescita economica e culturale, sperando così di raccogliere i frutti del loro ‘sacrificio’, ma allo stesso tempo temono che tale acculturazione comporti una perdita definitiva della propria origine e identità culturale. Tale conflitto può dar luogo nei figli a identificazione alienanti (Faimberg; Badaracco) che si esprimono attraverso comportamenti per lo più violenti o devianti o anche attraverso forme patologiche non inquadrabili secondo i consueti schemi nosografici occidentali. Non potendosi accostare in modo integrato al desiderio di appartenere ad entrambi i mondi, essi (genitori e figli) tendono a vivere condizioni di vita al margine.

Lo sguardo e l’ascolto multiculturale nel GPM presso *La Ginestra in Fiore*³

I Centri per la Famiglia sono luoghi di prevenzione primaria e secondaria previsti dal Piano nazionale per la famiglia del 2012. Sono Presidi permanenti e luoghi di prossimità territoriale per la prevenzione delle fragilità familiari. Su tutto il territorio nazionale sono presenti circa 282 centri, di cui 33 nella regione Lazio. Si caratterizzano per la gratuità del servizio e si rivolgono a famiglie con figli minori presenti nei territori di competenza che spesso presentano importanti fragilità psico-sociali e sono interessate da provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria per decadenza, sospensione o limitazione della responsabilità genitoriale. Il Centro “La Ginestra in fiore” è un progetto gestito dalla Cooperativa Rifornimento in Volo⁴ a partire dal 2021 ed è finanziato dal IV Municipio di Roma tramite i fondi della legge 285/2000. Il progetto si svolge presso una ex scuola materna dell’estrema periferia sud est di Roma interessando prevalentemente la zona di San Basilio e aree limitrofe, ovvero territori caratterizzati da un importante disagio psicosociale. L’accesso può avvenire tramite invio

² Ringrazio la dott.ssa Gaia Petraglia per i generosi contributi teorici forniti in occasione di diversi seminari svolti presso la cooperativa Rifornimento in volo e presso il Centro “La ginestra in fiore”.

³ Parte di questo paragrafo è stato rielaborato a partire di un lavoro pubblicato sul Secondo Quaderno di Psicoanalisi e Sociale nel 2023 e un altro su Adomagazine nel 2025 (vedi bibliografia)

⁴ Capofila in ATI con altri soggetti del Privato Sociale (Associazione “Fiore del Deserto” e la Cooperativa “Obiettivo Uomo”)

istituzionale (servizi sociosanitari, scuola, autorità giudiziaria, associazioni del territorio) oppure in forma spontanea, su richiesta diretta del nucleo familiare.

Il Centro per le famiglie e i minori “La Ginestra in Fiore” svolge *una doppia funzione psichica: di strutturazione e di ricettacolo dell’indifferenziato* (Kaës) e gli ambiti di intervento sono multipli e talvolta attivati in parallelo⁵. Il gruppo di psicoanalisi multifamiliare presso il Centro è attivo da ottobre 2021 per far fronte alle numerose domande, registrando da agosto 2024 a dicembre 2025, un aumento del 30% delle richieste di aiuto e accogliendo in totale 200 nuclei familiari di cui 113 invii istituzionali (53,4%) e 87 accessi spontanei (42,2%). L’80% del totale è costituito da coppie separate. Il 49,5% dei nuclei interessati da un provvedimento dell’A.A.GG. Il gruppo multifamiliare, quindi, ha visto crescere anche la partecipazione delle famiglie che è salito a circa 30 nuclei con figli minori, tra cui quelle che, pur non frequentando con assiduità, periodicamente si ripresentano per una sessione di circa 5 o sei 6 sedute.

Alla “Ginestra in Fiore”, attraverso questo strumento ci prefiggiamo di costruire una possibile relazione di fiducia con le famiglie che vi accedono, e così contribuire a migliorare il loro rapporto con l’intero sistema dei servizi. Esse, infatti, frequentemente sviluppano un pensiero paranoide nei confronti delle istituzioni, poiché trovandosi spesso in condizione di obbligo giuridico si sentono “sotto osservazione” e spaventate (o peggio sfiduciate) nel muoversi tra le varie figure della rete istituzionale.

Il gruppo ha una cadenza quindicinale ed è condotto da due terapeuti con formazione psicoanalitica⁶. Partecipano anche una psicologa coordinatrice (custode del Gruppo e referente per i bambini)⁷ e la figura del tirocinante (memoria del gruppo). Poiché il gruppo accoglie famiglie con figli minori di età diverse abbiamo scelto un setting che contempli la coesistenza di più livelli generazionali, predisponendo due cerchi concentrici: uno interno per i più piccoli - i quali possono sedere su piccole sedioline intorno tavoli di lavoro e utilizzare materiale plastico espressivo - e un cerchio esterno più grande per gli adulti e gli adolescenti, la cui presenza è fisiologicamente discontinua. La funzione del coordinatore, che solitamente raccoglie le prenotazioni per gli interventi, in presenza dei bambini è soprattutto quella di “stare” accanto rendendosi disponibile ad aiutarli se lo chiedono. Un quarto d’ora prima della fine del gruppo i bambini sono invitati a condividere ciò che hanno realizzato.

In questi anni è stato sorprendente vedere come i bambini solitamente restano seduti per tutta la durata dell’incontro (alcuni di essi presentano diagnosi ADHD), lavorando intensamente, con tutto il corpo, il materiale messo a disposizione: pongo, colori, pupazzetti eccetera, rimanendo emotivamente connessi ai temi trattati dal gruppo. Ciò produce un rumore di fondo che accompagna le parole degli adulti, un rumore che rappresenta il suono dell’inconscio che emerge attraverso il gioco o altre forme espressive. È, dunque, evidente come il gruppo possa funzionare come una *mente ampliata*, capace di riflettere e pensare associativamente, passando fluidamente dal pensiero secondario a quello primario e viceversa, in cui ciascuno può comunicare attraverso il proprio linguaggio (verbale, non verbale, iconico o prefigurativo) a seconda del proprio livello maturativo di funzionamento, del proprio ruolo e della propria posizione generazionale.

⁵ 1) sostegno alla genitorialità individuale, di coppia, familiare e multifamiliare; 2) laboratori psicoeducativi, di sostegno all’apprendimento ed espressivi musicali; 3) interventi scolastici; 4) consulenza legale; 5) mediazione linguistico-culturale

⁶ Anna Maria Dalba e Vittoria Quondamatteo

⁷ Sara Cruciani

In questa immagine (Figura 1), un bambino riproduce la frammentazione delle dinamiche familiari, in cui il padre (depresso) è sdraiato nel letto a destra (letto verde), la madre che esercita un controllo dominante è posizionata in piedi sul letto a castello mentre lui è seduto sul divano, da solo, mentre il nonno è caduto davanti a lui...



Figura 1

Viola (7 anni) offre in dono questo disegno (Figura 2) ad una mamma che racconta il dolore di non poter pettinare sua figlia tutti i giorni, essendo affidata al padre.



Figura 2

Qui a destra il disegno (Figura 3) 'l'Abbraccio', che Sara realizza durante la seduta in cui i genitori raccontano delle litigate rabbiose e talvolta violente che non riescono a fermare. Nell'immagine si riconoscono cinque colori così come cinque sono i membri della famiglia.



Figura 3

In questo contesto di cura psicosociale, il GPM può offrire la possibilità di un *lavoro integrativo comunitario* (Mandelbaum 2017), in quanto le più disparate situazioni familiari di chi vi accede offrono un confronto pluralistico in termini psichici, relazionali e culturali.

In altre parole, il gruppo di psicoanalisi multifamiliare rappresenta uno spazio di prevenzione e inclusione sociale, dove famiglie di diverse origini possono condividere esperienze, affrontare traumi e costruire nuove appartenenze e favorire la comunicazione a diversi livelli.

Il paragrafo che segue riporta storie di famiglie migranti che partecipano al gruppo, con l'intento di mettere in luce il valore terapeutico della condivisione delle esperienze e dell'ascolto reciproco e dei sentimenti di nostalgia, i timori del cambiamento, la difficoltà di integrazione e la forza necessaria per affrontare nuove sfide. Particolarmente toccanti sono le testimonianze di adolescenti e genitori che riflettono sulle proprie paure, aspettative e sul coraggio di riconoscere i propri limiti. Rimettere in dialogo diverse culture e generazioni offre la possibilità di recuperare il senso del "noi" e dell'appartenenza ad una collettività più aperta ed inclusiva.

Se una notte d'inverno un viaggiatore...

Incontri di viaggiatori in cerca di un luogo riparato e di una speranza ne abbiamo visti tanti. Storie commoventi e sorprendenti che hanno lasciato il segno e soprattutto ci hanno fatto capire quanto possa essere trasformativa l'esperienza reciproca della qualità profonda dell'ascolto psicoanalitico: ascoltare ed essere ascoltati, ritrovarsi nell'Altro e scoprire di essere Qualcuno per Qualcun altro.

Una famiglia filippina partecipa al gruppo per un intero anno su prescrizione del servizio sociale. Si tratta di due genitori con tre figli di 4, 6, 9 anni. Arrivano sempre puntuali. Il loro italiano parlato è molto povero pur essendo in Italia da circa due anni ma ascoltano con grandissimo interesse le storie che man mano si susseguono in modo sempre più approfondito, soprattutto quelle di migrazione. Per un intero anno non sapremo nulla di loro e dei motivi per cui sono stati inviati.

Insolitamente l'Assistente Sociale di riferimento non ci ha informato di questo invio. Il senso della loro partecipazione si rivelerà solo alla fine del percorso quando ci saluteremo per la chiusura del Centro (questo episodio lo riprenderò alla fine del paragrafo).

Acqua (un uomo eritreo, sposato con una donna italiana e con due figli) sente molto la mancanza di una vita comunitaria come quella vissuta nel suo Paese, dove i legami familiari sembrano espandersi e allargarsi alla comunità intera per cui "non ci si sentiva mai soli". Partecipa al gruppo con sua moglie dal 2022 e nell'ultimo anno ha frequentato anche la figlia (Ambra) ora diciottenne. In presenza della figlia, Acqua ha potuto narrare tanti aspetti della sua esperienza di migrazione in quanto già affrontati nei due anni precedenti in sua assenza, come se avesse avuto bisogno di un tempo per sé prima di aprirsi e mostrarsi vulnerabile anche ai suoi occhi. Racconta di essere fuggito a piedi quando aveva 16 anni perdendo tutti i suoi legami. Non riesce ancora a credere di aver trovato moglie e di aver realizzato una famiglia. In Eritrea vivono ancora sua madre anziana e due sorelle e non vi ha mai fatto mai ritorno da allora. Gli piacerebbe tornare con i suoi figli. Ha altri undici fratelli in giro per il mondo e grazie alle piattaforme digitali ora può sentirli e vederli spesso online. La moglie, Fuoco, una donna con una storia familiare violenta, racconta di sentirsi anche lei, in fondo una "migrante", avendo lasciato la sua famiglia a 18 anni quando è partita per Londra in cerca di condizioni migliori ed afferma: *"Non si è migranti solo perché si scappa dal proprio paese per la guerra o per la fame, si scappa anche quando non ci si sente a casa con la propria famiglia, con i propri genitori"*. Gli altri membri del gruppo risuonano con questa affermazione e condividono le loro storie di migrazioni fisiche ed emotive, tra cui quella di Dolores. Di origine sudamericana, è arrivata in Italia otto anni fa lasciando a sua madre il figlio Pablo, che rivede ora quattordicenne, giunto in Italia solo da circa un mese. Dolores in Italia ha avuto un altro figlio di anni 4 con un uomo italiano dal quale si è separata da poco e, proprio adesso che si è separata ha potuto congiungersi anche con Pablo, il quale non solo rivede la madre in persona dopo moltissimi anni ma si ritrova anche un fratello minore, Carlos, di quattro anni che, finora, ha potuto conoscere solo in foto.

Comprensibilmente Pablo ha un'aria disorientata e suscita in tutto il gruppo il desiderio di mostrargli la migliore accoglienza possibile e di rispecchiarlo nel coraggio che ha avuto nel partire e nella difficoltà di trovare una nuova vita insieme alla madre e al fratello. Acqua tenta di rassicurarlo: *"È difficile trovarsi in un paese nuovo in cui non si conosce la lingua. Io quando penso alla mia vita non riesco a crederci di essere riuscito ad avere una vita nuova...voglio dire che è possibile, bisogna avere molta pazienza e fiducia"*.

Il gruppo, in questa seduta, si concentra sul viaggio migratorio, sulla speranza che nutre la decisione del distacco ma anche sulla paura che può bloccare lo sviluppo di nuove appartenenze.

Franca: *"Pensavo al viaggio di Pablo e mi sono chiesta se lo avrei fatto alla sua età...io ho fatto l'esperienza di andar via dalla mia città quando ero già più grande e, sebbene non sia andata tanto lontana, in fondo continuo a sentirmi sempre un po' a metà...divisa tra qui e lì... quindi penso che dev'essere una grande fatica, un grande impegno"*.

Interviene Fuoco: *"Io ho una idea diversa dell'andare via... anche io sono andata via e avevo l'adrenalina di volere cambiare tutto. È vero, ero triste per quello che lasciavo ma c'era tutta un'energia che nasceva da un'esigenza di cambiamento. Secondo me se si va via è perché si vuole migliorare e non solo dal punto di vista economico.... Io ho sempre sentito una forte esigenza di scoprire il diverso, di diventare diversa, di cambiare. Per questo forse ho poi trovato Acqua"*.

Dolores: *"Molte persone mi dicono che ho avuto un grande coraggio a separarmi ma quando ho visto che si ripeteva la violenza che avevo già conosciuto nel mio Paese ho detto basta...però a volte mi sento sola, mi manca un punto di riferimento, un compagno, che ti dica che stai facendo bene. Sono preoccupata per Pablo, perché non è semplice trovare nuovi amici...anche per questo siamo qui oggi"*.

Pablo incoraggiato dal gruppo interviene: *"Arrivare in Italia è stato ok, però avevo tanti amici con cui giocavo a calcio in Perù. Ora è difficile giocare con qualcuno, poi mi devono dire le cose in spagnolo o in inglese perché l'italiano non lo capisco bene. Non pensavo di dover imparare l'Italiano. Ora è difficile trovare una scuola per studiare e parlare bene"*. Pablo, dunque, ci confronta con una vita in Perù che in fondo gli piaceva anche se era lontano da sua madre. Una vita in cui si sentiva sicuro di saper giocare a calcio mentre ora vi è una frattura rispetto a questa certezza quando afferma che non è facile trovare una scuola per imparare a parlare bene.

Interviene Antonella e racconta che i suoi nonni e tutti i fratelli di sua madre si sono trasferiti in America quando sua madre era già sposata con due figli (lei e sua sorella): *"C'era il progetto che anche noi ci trasferissimo lì, ma poi sul punto di partire pare che io, piccolissima, abbia fatto un casino e non siamo mai saliti su quell'aereo... Penso che Pablo sia molto coraggioso ad essere arrivato qui a quattordici anni"*.

Ad un altro partecipante torna alla mente la storia dei suoi nonni paterni, i quali per un periodo di quattro anni hanno vissuto in Francia: *"Avevano 7 figli e mio padre, allora dodicenne era stato affidato alla zia paterna per poter concludere l'anno scolastico, ma in verità non raggiungerà mai il resto della famiglia emigrata e in fondo non la ritroverà più come un figlio, perché al loro rientro tutto era cambiato e mio padre si arruolò nella marina militare. Aggiungo di non aver mai riflettuto prima su questa storia e su cosa possa aver significato per mio padre questa separazione forzata. Oggi, dentro di me mi interrogo sul fatto che forse uno dei motivi della sua irrequietezza dipendesse proprio dal desiderio ambivalente di essere altrove... forse lì dove erano i suoi genitori"*.

Acqua: *"Pensavo quanto è importante essere coscienti di quello che si ha... io sono andato via a sedici anni e non ho più avuto una madre e un padre accanto a me, mentre Pablo ora dopo otto anni di separazione ritrova la madre. Non è facile ma è anche una grande opportunità avere un genitore accanto...un'altra cosa a cui pensavo è che la paura di cambiare ci blocca, invece, bisogna affrontarla...con la paura stai fermo o ti riporta indietro. A 16 anni sono partito senza conoscere la lingua, senza amici, senza parenti, senza scuola, senza niente, io avevo solo due vestiti, mi sono portato quelli e basta; poi con la pazienza, inizi a conoscere delle persone, cominci a fare amicizia, cominci a cercare lavoro, cominci ad andare a scuola... questo l'ho imparato nel tempo, prima ero*

molto chiuso, avevo nostalgia della famiglia, ed ero spaventato dal mio futuro, se mai sarei riuscito ad arrivare all'anno 2000".

A questo punto, la figlia Ambra comincia a singhiozzare. Dice di non aver mai sentito parlare suo padre così. Sente tutta la sua fatica e il suo dolore e si scioglie in un pianto mai condiviso. Ammette di avere paura di non essere all'altezza dei genitori che hanno avuto il coraggio di andarsene: *"Però, forse non tutti hanno la forza e gli strumenti per combattere le proprie paure. C'è chi col tempo ce la fa e chi ha più difficoltà... però non lo so, la vera forza è capire le paure degli altri, non assimilarle ma comprenderle e aiutare se si può e sapere dove trovare l'aiuto che tu da solo non ti puoi dare. Secondo me a volte ci si deve mettere da parte, accettare anche di non avere la forza in quel momento di fare quello che gli altri si aspettano da te. I miei genitori mi spronano ad uscire, ad essere felice, a viaggiare ma ancora per me è difficile. Penso che, se si riconosce di non essere all'altezza, non bisogna buttarsi in questi viaggi che a volte sono anche un po' un punto interrogativo. A volte è bello avere anche certezze, dire ho paura di questa cosa, so che non posso farlo per il momento, però so che prima o poi arriverò al mio obiettivo".*

Conduttore 1: *"Questo intervento di Ambra, almeno a me, fa pensare che ci vuole coraggio a partire, ad andare, ma ci vuole coraggio anche a riconoscere che non si vuole andare, che non si può magari. Le storie dei genitori a volte, senza volerlo, diventano un peso per i figli, come una ingiunzione o una aspettativa nei confronti dei figli che posi rischiano poi di non sapere se quello che vivono è ciò che vogliono...insomma possono diventare dei vincoli paralizzanti. Mi sembra importante, come dice Ambra, anche avere il coraggio di dire di non volere o di essere ancora a pronti a fare qualcosa".*

Conduttore 2: *"Quello che ha detto Ambra mi ha ricordato come mi sono sentita alla sua età quando per esempio avevo paura di dire le mie paure, perché magari sentivo che i miei genitori non le avrebbero potute accogliere. Pensavo all'importanza di mettere a fuoco la paura e poi poterla condividere qui nel gruppo. Mi sembra un passo molto importante, così come poter dire a sé stessi che c'è bisogno di qualcun altro a cui chiedere aiuto".*

Fuoco: *"Sono molto colpita dalle parole di mia figlia. Spesso noi genitori pensiamo che i figli siano pigri e che sprechino molte occasioni. È difficile pensare che un figlio possa essere tanto diverso da te. Oggi mi avete fatto riflettere. Forse l'ansia che blocca è in fondo la paura di essere diverso da quello che gli altri si aspettano da te. Penso alle sedie vuote che ci sono nel gruppo...ecco sono forse le persone più sensibili, che rimangono in silenzio ad aver bisogno di più attenzione come è stato per mia figlia...che per tanto tempo mentre ci occupavamo di suo fratello malato di leucemia è rimasta in silenzio ad aspettare che ci accorgessimo di lei. Noi ora siamo venuti qua e abbiamo preso parola. Qui è bello perché c'è la libertà di dire e non dire, ci sono le sedie piene e le sedie vuote. Io, per esempio, ho l'altro figlio a casa che vorrei portare a occupare una di queste sedie ma non riusciamo. È violento a volte, sempre arrabbiato e non vuole seguirci... poi però vedo Pablo, un ragazzo di 14 anni che non sa la lingua, non ha amici e viene qui con la mamma e rimango colpita positivamente".*

Acqua: *"Io sono uno che per tanto tempo non riusciva a parlare e rimaneva in silenzio. Non so il motivo, magari non ho avuto qualcuno accanto a me che mi dava la forza, che mi dava il conforto, però adesso, dopo tanto tempo, mi sento più libero, dico quello che penso, è come se si fosse liberata la mente. Siamo liberi, siamo nati liberi, dobbiamo esser liberi".*

Questa seduta termina con il gioco della palla che coinvolge Carlos, fratellino di Pablo: ciascuno a turno gli lancia una pallina e lui la rilancia agli adulti

Siamo al penultimo incontro prima della chiusura del Centro per scadenza del bando. È un momento particolare perché nessuno sa quando sarà possibile riaprire e tutta l'équipe condivide con le famiglie un grande senso di frustrazione e dispiacere.

Per finire, torniamo al papà filippino. Inaspettatamente, per la prima volta dopo un anno di ascolto silenzioso si prenota: *"Sono venuto qui da solo oggi perché uno dei miei bambini ha la febbre. Sono venuto per ringraziarvi. Noi siamo stati inviati qui dall'assistente sociale perché avevamo perso la responsabilità genitoriale. Avevamo difficoltà a gestire i nostri figli per via dei nostri turni di lavoro*

e siamo soli. Mia moglie esce alle 5 del mattino mentre io torno la notte verso le 3 e spesso la mattina non riesco a svegliarmi per accompagnare i miei figli a scuola. Ora è mia figlia grande a svegliarmi...prepariamo i fratellini insieme, facciamo colazione usciamo di casa. Abbiamo trovato un modo diverso per organizzarci e abbiamo di nuovo ottenuto la responsabilità ...venendo qui non ci siamo sentiti giudicati e ci siamo sentiti meno soli. Abbiamo ascoltato solo le parole del cuore». A questo punto racconta di essere padre di un altro figlio rimasto nelle Filippine.

Per concludere

I genitori che si trovano a sperimentare la genitorialità in condizioni di privazione e vulnerabilità sono talmente occupati a mettere in opera strategie di sopravvivenza che spesso si sentono impotenti nel trasmettere ai propri figli qualcosa di diverso rispetto a ciò che hanno vissuto loro per primi, ovvero un sentimento di precarietà e di frammentazione. Queste situazioni, infatti, comportano molto più frequentemente rotture familiari con separazioni forzate (allontanamento dei minori in case famiglie) per la difficoltà dei genitori di fungere da base sicura. Diversamente, il GPF ci sembra fornire un potente contenitore capace di accogliere i timori, le sofferenze e i dubbi di ciascuno, consentendo l'elaborazione e l'integrazione di questioni esistenziali profonde legate al tema della famiglia, dell'appartenenza, dei mandati transgenerazionali, della precarietà e anche delle differenze culturali. Parafrasando Bolognini (2005), il gruppo multifamiliare in questo contesto psicosociale, in cui si incontrano diagnosi e funzionamenti molto diversi, mi sembra funzionare come un "bar nel deserto" dove si arriva per nutrirsi, con gradualità, dell'ascolto di sé e dell'Altro senza sovradeterminazioni diagnostiche o istituzionali. Si tratta, infatti, dell'unico dispositivo del Centro in cui, per scelta tecnica, le famiglie possono arrivare senza colloqui preliminari: i conduttori, "senza memoria e senza desiderio" (Bion), accolgono le persone lasciandole libere di essere ciò che sono, di presentarsi o di restare in silenzio per tutto il tempo di cui necessitano, svolgendo un ruolo facilitante e di contenimento volto a favorire l'espressione del pensiero libero-associativo a *mente ampliata* (Badaracco 2009) e, dunque, come dice Narracci (2013) sostenere il processo di "gruppalizzazione della mente". Il GPM mi sembra offrire un ascolto potentissimo in grado di sostenere anche quelle persone che sembrano più lontane dalla possibilità di sviluppare risorse egoiche al servizio della propria genitorialità e dunque delle proprie funzioni di accudimento e protezione.

Badaracco ci ha regalato un modo di pensare e di prendersi cura della sofferenza che consente ad ogni aspetto multiplo di essere contemplato, di essere vissuto e pensato insieme. In altri termini il gruppo di psicoanalisi multifamiliare offre il miglior contesto possibile per imparare a vivere dentro di sé e con gli altri una democrazia degli affetti e dei pensieri, in cui il pluralismo non solo è possibile, ma anche auspicabile.

Riferimenti bibliografici

- Badaracco J.G. (1994), "Identificazioni alienanti, patogene e/o che fanno impazzire", *Interazioni*, 2, 9-21.
- Badaracco J. G. (2000a), *Psicoanálisis Multifamiliar - Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo*, Paidós, Buenos Aires [trad. It. Psicoanalisi Multifamiliare - Gli altri dentro di noi e la scoperta di noi stessi, Bollati Boringhieri, Torino, 2004].
- Badaracco J. G. (2009), "Sobre la mente 'cerrada'", *Selección de Trabajos* Vol. 3, APA Editorial, 2018.
- Bollas C. (2001), *L'ombra dell'oggetto*, Borla, Roma.
- Bolognini S. (2005), "Il bar nel deserto. Simmetria e Asimmetria nel trattamento di adolescenti difficili", *Rivista di Psicoanalisi*, 51, 33:44.

- Bartolucci S., Dalba A.M., Pisano A. (2023), "Il gruppo di psicoanalisi multifamiliare al centro per le famiglie e i minori 'La Ginestra'". Quaderno 2. *Psicoanalisi e Sociale*. Roma: Vecchiarelli. [Secondo Quaderno Psicoanalisi e istituzioni.pdf](#)
- Cahn R. (2000), *L'adolescente nella psicoanalisi. L'avventura della soggettivazione*, Borla, Roma.
- Cahn R. (2002), *Adolescenza e follia*. Borla, Roma.
- Cahn R. (2007), *La fine del divano?*, Borla, Roma.
- Cahn, R. (2007), "Una vita di lavoro con gli adolescenti", relazione presentata al Convegno *Essere Adolescenti Oggi*, Centro Milanese di Psicoanalisi Cesare Musatti, Milano, 13 Gennaio 2007.
- Chianese D. (2009) "La linea d'ombra" dell'eredità: la psicoanalisi di fronte al futuro". *Psiche*, 2, (167-178).
- De Micco (2024), *L'inquietante intimità. Legami e fratture nei transiti migratori*, Alpes, Roma.
- Freud S (1921), *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. O.S.F. IX. Boringhieri, Torino, 1989.
- Kaës R. (1976), *L'apparato pluripsichico. Costruzioni del gruppo*, Armando Editore, Roma, 1996.
- Kaës R. (1999), *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*, Borla, Roma, 2012.
- Gutton P. (2000), *Psicoterapia e adolescenza*, Borla, Roma.
- Mandelbaum E. (2017), a cura di Canzio C. e Zurkirch V., *Teoria e pratica dei gruppi multifamiliari dal punto di vista della psicoanalisi integrativa*, Libreria Universitaria.
- Narracci A. (2013)., "Quando il multifamiliare diventa possibilità di esperienza e di pensiero", relazione presentata nel terzo seminario del ciclo ASL-SPI, *Claustrofilia-claustrofobia: quando la relazione di cura non si trasforma*, (8 Nov, 22 Nov, 06 Dic 2013). Sala del Giardino d'Inverno, Istituto Montedomini, Via de' Malcontenti 6, Firenze.
- Petraglia G. (2021), "Di madre in figlia. Madri adolescenti alla prova dell'adolescenza dei figli", *AeP Adolescenza e Psicoanalisi*", XVI, 2, pagg. 79-90.
- Petraglia G. (2020), "Bambine non più bambine non ancora donne in equilibrio tra due mondi", *AeP Adolescenza e Psicoanalisi*, XV, 2, pagg. 201-214.

➔ [torna all'indice](#)

LE ISTITUZIONI A LAVORO CON DINAMICHE FAMILIARI COMPLESSE, ADOLESCENTI MULTIPROBLEMATICI E FRAGILITÀ DELLA FUNZIONE GENITORIALE: L'INTERVENTO PSICOANALITICO SULLA RETE DEGLI OPERATORI

Fausta Calvosa, Anna Maria Dalba, Giovanna Montinari

Introduzione

In questo lavoro illustriamo alcuni modelli di intervento psicoanalitico sulla rete degli operatori impegnati nella gestione di situazioni di grave disagio familiare e adolescenziale. L'intento del nostro lavoro è mettere l'accento sulla sofferenza che l'operatore, alle prese con situazioni così complesse, sperimenta ai limiti della sua stessa consapevolezza. L'essere coinvolto nella cura con adolescenti o giovani adulti e famiglie multiproblematiche espone a una fatica emotiva consistente e genera il bisogno di trovare in sé e nel servizio una grappalità pensante a più livelli. Gli utenti con forte tendenza all'agito, alla frammentazione del Sé e al diniego degli affetti, disorientano e mettono a dura prova le capacità emotive e razionali di accoglimento, di tenuta e di ascolto degli operatori. Incontrare l'adolescente difficile mobilita profonde parti del Sé, personale oltretutto professionale, soprattutto quando vi sono motivazioni inconscie che tendono a risuonare emotivamente con specifici elementi proiettati dal paziente (Curto e Dalba 2012). L'elaborazione e integrazione dei diversi frammenti proiettivi da parte del gruppo degli operatori è ciò che può permettere la restituzione all'adolescente e alla sua famiglia di un'immagine composita e articolata, che favorisca il suo processo di soggettivazione (Cahn 1998). Senza la possibilità di elaborare e far evolvere i transfert, ovvero gli investimenti proiettivi intensi che questi adolescenti fanno sugli altri, non si sfugge al loro circolo vizioso e si rischia di rifugiarsi in pratiche difensive e normative, per salvaguardare gli aspetti più profondi del proprio Sé, per riparare le ferite narcisistiche che certe sofferenze ma anche il lavorare in condizioni di solitudine e mancanza di mezzi, costantemente infliggono al Sé dell'operatore/persona (Curto *et al.* 2016).

A questo proposito, "Se l'operatore resta solo" è il suggestivo titolo di uno storico lavoro di Arnaldo Novelletto (2003), in cui egli auspicava che l'integrazione di competenze e di istituzioni differenti diventasse una pratica ordinaria non solo attraverso il lavoro di rete (utile per lo scambio di informazioni tra colleghi), ma anche e forse soprattutto tramite l'istituzione di un gruppo di lavoro integrato (con un vero e proprio setting di lavoro) in cui poter pensare insieme l'utente e condividere i sentimenti e le difficoltà emotive vissute in prima persona e in qualità operatori.

Il Gruppo di Mediazione Interistituzionale nell'esperienza di un Centro per le Famiglie

I Centri per la Famiglia rientrano nel Piano Nazionale delle Politiche Sociali e sono finanziati dalla Legge 285/97 e vedono una gestione mista pubblico-privato sociale. La finalità principale è quella di implementare la rete dei servizi sociosanitari territoriali nella presa in carico delle famiglie multiproblematiche con figli minori, molte delle quali sono interessate da un procedimento giudiziario.

L'esperienza clinica che presentiamo si svolge presso un Centro per la Famiglia, dove è stato adottato il modello della mediazione interistituzionale (Novelletto 2003) nella supervisione del gruppo di lavoro, a cui di volta in volta partecipano, oltre all'équipe stabile del Centro, anche altri operatori esterni provenienti da altri servizi (sanitari, sociali, giuridici).

Le famiglie multiproblematiche seguite presso questi centri pongono il problema di come integrare le diverse posizioni e i diversi mandati delle molte istituzioni coinvolte e soprattutto le emozioni dei diversi operatori che entrano in contatto con storie familiari davvero drammatiche, per cui nel

proprio operare è molto alto il rischio di sentirsi “risucchiati” e “attaccati nel rapporto con l’oggetto (non solo dal paziente, ma anche dall’altro collega o servizio coinvolto).

Il modello della mediazione interistituzionale proposto da Novelletto ci è sembrato un utilissimo strumento in grado di affrontare quegli inevitabili “nodi interistituzionali” innescati da emozioni pervasive che partono dagli utenti e finiscono per sedimentarsi negli operatori, inducendo in loro scoraggiamento, paura, se non una vera e propria paralisi del pensiero e del senso del proprio lavoro. Il Gruppo di Mediazione interistituzionale, diversamente dalla supervisione di gruppo, non ha un compito interpretativo nei confronti degli operatori, né tanto meno didattico, quanto piuttosto svolge un “ruolo facilitante delle potenzialità del gruppo (affettive, cognitive, fantasmatiche, relazionali etc...)” tale da promuovere il rispetto della diversità fra le varie personalità dei partecipanti, e da metterla al servizio del Sé gruppale” (Novelletto 2003, p. 290). In questo senso l’operatore esterno all’équipe che si occupa di questa funzione è definito “mediatore”, la cui funzione è proprio quella di aiutare il gruppo a mediare le diverse posizioni in campo al fine di arrivare ad un progetto di intervento integrato e realmente condiviso.

Il caso di L.

Un servizio sociale territoriale, su mandato del Tribunale dei Minori, ci chiede di attivare un intervento di sostegno alla genitorialità per entrambi i genitori di una ragazza di 17 anni (primogenita di tre figli) che ha trascorso gli ultimi 3 anni in una comunità psicoeducativa, per favorire un suo graduale rientro nel contesto familiare e la prosecuzione del suo progetto di cura e tutela. I suoi genitori sono separati in modo molto conflittuale da quando lei ha 11 anni.

Presso la comunità L. riceve la visita dei suoi genitori in modo separato, a settimane alterne e per un’ora soltanto. Durante la sua permanenza, non ha mai fatto rientro a casa nemmeno per le festività, poiché i servizi coinvolti ritenevano tale eventualità estremamente rischiosa per la sua stabilità emotiva. Quando l’équipe del Centro incontra i due genitori li trova ancora molto invischiati e “uniti” in una conflittualità esasperata che coinvolge la figlia in dinamiche di fedeltà ed esclusione reciproca. Nel periodo della separazione, la conflittualità della coppia sembrava non lasciare spazio ai bisogni di L., che ha cominciato ad imporsi ai loro occhi attraverso comportamenti sintomatici (episodi di angoscia pervasiva, confusione mentale, dispercezione corporea, comportamenti alimentari restrittivi e attacchi autolesivi) la costringevano a rivolgersi ripetutamente al pronto soccorso, fino al suo ricovero per un lungo periodo. L’ospedale la dimette con una diagnosi di disturbo depressivo, comportamento alimentare di tipo restrittivo e tratti psicotici, e contemporaneamente invia una segnalazione alla Procura ravvisando un serio rischio per la minore in relazione alle scarse capacità responsive dei genitori.

Sulla base degli elementi raccolti nella rete, apprendiamo che la scelta, da parte dei servizi, di inserire L. in una comunità educativa piuttosto che in una comunità terapeutica, nonostante la grave sofferenza psichica della minore, sia stata motivata dalla convinzione che la fonte del disagio risiedesse nel prevalentemente nel contesto ambientale. Da qui il suo allontanamento, che certamente ha avuto per un certo periodo l’effetto di contenere e organizzare meglio la sua vita e sollevarla dall’angoscia provocata dai conflitti familiari, tuttavia ciò non ha potuto produrre una reale trasformazione in quanto parallelamente non si è riusciti ad estendere il progetto terapeutico a tutto il nucleo familiare.

Tornando al mandato, il Centro per la famiglia ha offerto ai genitori uno spazio continuativo di coppia (durato un anno) a frequenza quindicinale che ha cercato di aiutarli a ripercorrere le tappe della loro storia coniugale e genitoriale e a ridefinire i confini relazionali in base al loro ruolo di genitori piuttosto che di coniugi. Ciò ha consentito non solo che si rendesse possibile uno spazio di pensiero sui bisogni di L. ma anche che nascesse nel padre una domanda di psicoterapia personale.

Nel gruppo di mediazione abbiamo dovuto affrontare un importante nodo interistituzionale: da una parte le istituzioni già precedentemente coinvolte (Servizio Sociale, Tutore, Comunità educativa)

sembravano rimaste fissate ad una immagine cristallizzata della coppia genitoriale gravemente conflittuale e resistente al cambiamento, e quindi ritenevamo che questo rientro non potesse avvenire se non al raggiungimento della maggiore età della ragazza, dall'altra, il Centro invece proponeva l'idea che L. potesse fare dei periodici rientri a casa; ciò anche al fine di istituire uno spazio di ascolto familiare tra genitori e figlia in cui poter lavorare nell'hic et nunc sulle loro difficoltà e reciproche aspettative. In altre parole, l'équipe del Centro sosteneva nel lavoro di rete istanze di cambiamento e differenziazione intra-familiari alla luce di alcuni elementi clinici che stavano emergendo, mentre la rete interistituzionale preesistente sembrava molto in difficoltà a disancorarsi dalla "sicurezza" della realtà già istituita. Dunque, il nodo interistituzionale in cui ci siamo imbattuti è stato quello di veder riproporre nella rete proprio la scissione e la rottura dell'unità coniugale e poi genitoriale tra padre e madre, tra la prima e la seconda famiglia, prima e dopo l'adolescenza, tra la prima e la seconda équipe. Gli operatori della rete hanno rivissuto anche nel controtransfert sentimenti molto conflittuali, agiti e timori di disconoscimento, ovvero emozioni e pensieri riattivati transferalmente nella rete interistituzionale dalla scissione genitoriale, dove il nodo traumatico familiare era rappresentato non solo dalla separazione gravemente conflittuale dei genitori, bensì anche dal vissuto di L. di non avere più un suo posto nella mente dei genitori dal momento in cui la madre aveva realizzato una nuova famiglia proprio durante la sua pubertà. Da qui la rottura intersoggettiva e intrapsichica come conseguenza del crollo delle idealizzazioni e la riproposizione di lutti e conflitti preesistenti e negati fino all'arrivo della sua adolescenza.

L'esperienza di Seminario Analitico di Gruppo in un CSM e TSMREE

Le richieste di aiuto dei giovani ai Servizi avvengono spesso in situazioni di urgenza e di grave disagio adolescenziale ed esistenziale che coinvolge l'intera famiglia; i ragazzi sovente manifestano marcate condotte autolesive se non veri e propri tentati suicidi. Si tratta di situazioni complesse "multiproblematiche", spesso con storie migratorie, disagio sociale, in cui sono coinvolti i servizi sociali, a volte il Tribunale, generalmente i ragazzi sono seguiti inizialmente dai servizi dell'età evolutiva e poi, al compimento dei 18 aa, dal servizio per gli adulti. L'intervento di rete è essenziale e spesso l'avvio di un percorso propriamente psicoterapeutico costituisce solo un punto di arrivo, perché l'accesso alla simbolizzazione è spesso completamente sostituito dall'atto, come dice Sisto Vecchio (2021) "la stessa parola è agita, perdendo la sua potenzialità metaforica. In questo ritrarsi in superficie, la parola collassa in un fare e lo stesso patto simbolico su cui si fonda lo scambio verbale deve essere rinegoziato". In queste situazioni può essere di grande aiuto un intervento psicoterapeutico sulla rete degli operatori perché, come dice Racamier (1972) "ciò che si produce nel gruppo dei curanti non è altro che un'esteriorizzazione drammatica del conflitto presente nella condotta attuale del paziente che ricorda la tecnica del coro utilizzata nello psicodramma".

All'interno di questa cornice teorica abbiamo avviato un seminario analitico di gruppo con gli operatori di un TSMREE e di un CSM per la discussione di casi complessi passati, o in procinto di passare, da un servizio all'altro che spesso, proprio nel momento critico del passaggio, riattivavano, negli operatori coinvolti risposte emotive/affettive disfunzionali. Tali reazioni sembrano rievocare le vicende traumatiche vissute dal giovane paziente, con un elevato rischio che la ripetizione della situazione traumatica generi la riconferma di un'assenza di speranza in un possibile cambiamento. All'interno del gruppo degli operatori, infatti, si assiste alla rappresentazione di dinamiche relazionali molto simili alle relazioni disfunzionali con gli oggetti primari vissute durante l'infanzia del paziente stesso, gli operatori appaiono, infatti, o eccessivamente accudenti e seduttivi o rifiutanti e svalutanti come se portassero essi stessi nella scena diverse parti scisse del fragile Sé del paziente, depositate o evacuate nei curanti con meccanismi di identificazione proiettiva. La presenza di un conduttore, uno psicoanalista, estraneo al contesto, che può svolgere la funzione di terzo e di garante del setting, permette la messa in scena delle diverse parti del paziente, rappresentate dai diversi operatori coinvolti, e l'avvio di un lavoro di risignificazione e simbolizzazione nel gruppo. Gli operatori, accolti in

un ambiente sicuro in cui poter esprimere le proprie emozioni attivate dalla relazione con l'adolescente, sentendosi meno schiacciati dal peso delle massicce identificazioni proiettive, possono ricominciare a pensare e accogliere la possibilità di immaginare nuovi possibili progetti di intervento, interrompendo la coazione a ripetere e consentendo l'avvio di un vero e proprio percorso di cura.

Il caso di S.

S. è il terzogenito diciottenne di una coppia di genitori separati da quasi dieci anni ancora impegnati in una astiosa contesa legale prevalentemente per questioni economiche. Nato prematuro da un parto distocico, è stato in incubatrice per alcune settimane mentre la madre, a seguito di una grave emorragia post partum era finita in rianimazione. Durante il puerperio la madre avrebbe manifestato una grave depressione e il padre avrebbe lasciato la casa familiare quando S. era molto piccolo. Da bambino sarebbe stato seguito per disturbi dell'apprendimento e poi sarebbe tornato al TSMREE intorno ai 16 anni per condotte autolesive (self cutting e bruciature) e ripetuti ricoveri per tentati suicidi. La psicoterapeuta del servizio dell'età evolutiva, partecipante al gruppo, racconta come S. avesse impiegato molto tempo prima di affidarsi al servizio, nei primi mesi di terapia la sintomatologia sembrava quasi essersi aggravata, i gesti autolesivi erano diventati quotidiani e S. aveva grandi difficoltà a rispettare gli appuntamenti concordati. La presa in carico era stata complessa e comprendeva l'intervento di un operatore che la supportava rispetto alle richieste scolastiche per evitare l'abbandono della scuola, di un terapeuta per la madre con cui S. aveva un rapporto altamente conflittuale, nonché di un neuropsichiatra per la terapia farmacologica, che le veniva prescritta ad ogni ricovero. Vista la situazione di continua urgenza la psicoterapia si era intensificata con 2 sedute alla settimana e progressivamente S. si era affidato, cominciando gradualmente ad accedere ad un registro verbale e riducendo l'uso degli agiti autolesivi per comunicare il suo malessere. All'avvicinarsi del compimento dei 18 anni, la situazione era nuovamente precipitata e S. aveva interrotto bruscamente la terapia, anticipando di fatto il passaggio al servizio degli adulti nel tentativo di agire e non subire un abbandono che sapeva essere inevitabile. Durante il gruppo la collega appariva rammaricata di come fossero andate le cose: non era riuscita a lavorare sulla separazione e aveva sentito una ferita lacerante che non aveva consentito un graduale passaggio e la "nascita" di un nuovo progetto, ma solo una frattura traumatica che era esitata in un ennesimo ricovero in ambiente neuropsichiatrico. Tale scena descritta dalla terapeuta sembrava rievocare la scena drammatica del difficile parto che aveva portato alla nascita di S.. Altrettanto sofferente appariva lo psichiatra del servizio degli adulti, che invece aveva vissuto questo passaggio come uno scarico di una situazione completamente scompensata, in cui non era stato fatto un adeguato lavoro di condivisione, ma che aveva sin da subito caratteri d'urgenza e lo faceva sentire impotente e arrabbiato verso il servizio di provenienza, come se la rabbia di S. per l'abbandono della sua terapeuta venisse percepita e manifestata dal nuovo curante in modo del tutto inconsapevole. Il lavoro di rielaborazione di tutte queste emozioni che, prima del gruppo avevano creato forti tensioni tra i vari membri dell'equipe, e il tentativo di risignificazione di ciò che stava avvenendo anche alla luce della complessa storia di S. e alle evidenti ripetizioni traumatiche che stavano emergendo, ha permesso di migliorare il clima di lavoro nel servizio e di cominciare ad immaginare un nuovo progetto terapeutico per S.

Riflessioni conclusive

La famiglia, culla dell'identità e ponte tra l'individuo e la società, rappresenta l'istituzione primaria privilegiata di interiorizzazione della fiducia (o sfiducia) di base del bambino rispetto alla vita e all'ambiente sociale. Nell'unione familiare possono dialetticamente armonizzarsi libertà e responsabilità, autonomia e solidarietà, forza progettuale e disponibilità all'imprevisto. Quando la famiglia

ha caratteristiche disfunzionali, darà vita a sentimenti di insicurezza, sospetto, impotenza, aggressività, odio e rancore, che saranno inevitabilmente trasferiti nel contesto sociale, creando un danno tutto il sistema sociale (anche politico ed economico). Prendersi cura dell'individuo e della famiglia passa anche attraverso il prendersi cura delle relazioni tra gli operatori, a loro volta impegnati emotivamente a prendersi cura di affetti impensabili e relazioni familiari dirompenti. Riteniamo che questa consapevolezza abbia anche un significato profondamente politico: scegliere e mettere a sistema, nelle istituzioni pubbliche o private che siano, gli strumenti adeguati a far fronte a tanta sofferenza, salvaguardando la salute mentale non solo dei nostri pazienti ma anche dei nostri operatori e dei nostri servizi.

Bibliografia

- Curto C. e Dalba A.M. (2012) "L'alleanza tra operatori. Il gruppo interistituzionale come funzione intermedia" in S. Cordiale e G. Montinari, a cura di, *Compagno Adulto. Nuove forme dell'alleanza terapeutica con gli adolescenti*, Franco Angeli, Milano.
- Curto C., Codazzi A., Dalba A.M., Natali M.F., Montinari G. (2016) "Vivere le istituzioni. Gruppo di lavoro e adolescenza", *Adolescenza e Psicoanalisi*, Istituzioni, 1.
- Cahn R. (1998) *L'adolescente nella psicoanalisi. L'avventura della soggettivazione*, Borla, Roma, 2005.
- Novelletto A. (2003) "Integrare e Mediare". In *L'Adolescente: una prospettiva psicoanalitica*. Astrolabio, Roma.
- Racamier P.C. (1993) *Il genio delle origini*, Cortina, Milano, 1996.
- Vecchio S. (2021) "Dal sogno al gioco...e ritorno" in Pellizzari A. e Moroni A., a cura di, *Una Stanza tutta per te*, Mimesis Ed., Milano.

➔ [torna all'indice](#)

SEMINARI ANALITICI DI GRUPPO: UN'ESPERIENZA TRA SERVIZI PER LE DIPENDENZE

Andrea Francesco Auletta, Claudia Lilli, Sofia Romanelli

La questione dell'estensione del metodo, oggi molto dibattuta nel movimento psicoanalitico (si veda Bastianini, Ferruta, Guerrini, 2022), può essere considerata al centro delle riflessioni fin dalla nascita della nostra disciplina. Freud (1922) ci fa notare che la psicoanalisi “si attiene ai dati di fatto del proprio campo di lavoro, tenta di risolvere i problemi immediati dell'osservazione, procede a tentoni avvalendosi dell'esperienza, è sempre incompiuta e disposta a dare una nuova sistemazione alle proprie teorie oppure a modificarle [...] nell'attesa che una determinazione più precisa di questi concetti e di queste premesse emerga dal lavoro futuro” (Freud 1922).

Nella concezione più prossima a quella espressa da Freud, è la clinica, in tutte le sue manifestazioni, che costantemente interroga il metodo psicoanalitico e lo mette alla prova. La psicoanalisi si alimenta costantemente del dialogo con le istituzioni della clinica (istituzioni sanitarie territoriali), per le quali a sua volta può e deve rappresentare una fonte feconda di riflessioni e soluzioni operative. Dalle originarie applicazioni ascrivibili all'ambito del setting duale, la psicoanalisi oggi può offrire al clinico una ricchezza di spunti derivanti dalla comprensione della mente gruppale, dall'analisi della struttura istituzionale, dallo studio del contesto sociale allargato.

Se il modello e i modelli della psicoanalisi sono in costante aggiornamento e mutamento, non meno mutevoli appaiono oggi le “forme” dell'organizzazione istituzionale all'interno del nostro Paese. Se nel passato, come notava ad esempio Boccara (2008), “il modello di lavoro si era sviluppato contro un'organizzazione centrale come il manicomio”, oggi – al contrario – ci troviamo di fronte a un fenomeno di sfaldamento e dissoluzione dei principi organizzativi centrali dei Servizi di cura. Ciò che prevale è l'iper-specializzazione degli interventi, la disorganizzazione delle strutture di lavoro, la moltiplicazione dei modelli di lavoro fino all'estremo della competizione tra diverse identità professionali.

Ecco dunque che le esperienze psicoanalitiche di riflessione e intervento sulla “gruppalità” appaiono strumento ancor più utile in quanto supporto a quelle funzioni integrative e organizzative che i Servizi possono e devono mettere in campo, specie a fronte della sfida rappresentata dalle patologie più gravi.

L'esperienza descritta nel presente contributo si colloca all'interno del contesto operativo di una ASL del territorio romano, caratterizzata da una storica distinzione strutturale e organizzativa tra i servizi per le dipendenze (SerD) e i servizi di Salute Mentale, afferenti a differenti Dipartimenti. Negli ultimi anni è emersa in modo sempre più evidente l'esigenza di sviluppare pratiche integrate e interistituzionali finalizzate a una presa in carico maggiormente coerente delle problematiche dell'adolescenza e della giovane età adulta, ormai considerate fascia d'età privilegiata per l'esordio dei principali disturbi mentali e da uso di sostanze.

In tale prospettiva Fausta Calvosa, coinvolta in quanto parte di questa ASL e referente del progetto “Psicoanalisi e Istituzioni”, ha promosso l'istituzione del momento dei “Seminari analitici di gruppo”, rivolti ad operatori provenienti da diversi ambiti specialistici — SerD, Centri di Salute Mentale, Neuropsichiatria infantile — al fine di promuovere una comprensione condivisa dei fenomeni clinici in età evolutiva. L'esperienza ha visto quindi il coinvolgimento di Giovanna Montinari come indispensabile “conduttore” esterno dei Seminari.

Personalmente, ho avuto modo di incontrare la pratica dei Seminari analitici di gruppo quasi un decennio fa nel Day Hospital per adolescenti del Dipartimento di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile, Ospedale Policlinico Umberto I in Roma, allora diretto da Gianluigi Monniello. Una “testimonia nella pratica clinica” per molti altri giovani terapeuti in formazione di quegli anni, che ancora oggi rimane una delle poche esperienze di cura psicoanalitica *nelle istituzioni* di adolescenti con sof-

ferenza psichica. Un'esperienza che mostrava come il lavoro psicoanalitico grupppale possa consentire al terapeuta di collocarsi in una utile posizione di *integrazione* dei diversi ruoli e dei diversi aspetti dell'identità del paziente adolescente, che solitamente si presentano come scissi o non integrati in conseguenza dello specifico funzionamento di questa fase evolutiva (Monniello e Spano, 2003).

“L'emergere di pensieri non pensati”: l'esperienza con il caso di Paola.

La presentazione del caso di Paola introduce sin dai primi racconti un'adolescente di diciassette anni segnata da una lunga traiettoria di sofferenza emotiva, caratterizzata dalla precoce esposizione a una fragilità genitoriale e a contesti relazionali invalidanti. L'aspetto trascurato e trasandato e l'odore acre che spesso la accompagna sembrano costituire non solo un tratto estetico, ma un vero linguaggio del corpo: un modo per rappresentare un rifiuto interiorizzato, un'identificazione profonda con l'idea di non essere degna di cura. Fin dalla prima infanzia la storia familiare mostra elementi di vulnerabilità: un padre alcolista, una madre affetta da depressione ricorrente, episodi infantili di trascuratezza e punizioni umilianti legate alle difficoltà scolastiche. A ciò si aggiungono, nel contesto scolastico, episodi di bullismo e un senso di inadeguatezza alimentato da disturbi dell'apprendimento che non trovano una risposta istituzionale adeguata.

Nella sua biografia emotiva emergono comportamenti autolesivi, disegni intrisi di temi mortiferi, e soprattutto il suicidio di un'amica transgender, evento vissuto da Paola come origine assoluta della propria sofferenza e che diventa quasi una matrice narrativa della propria identità ferita. Da quel momento i servizi di cura entrano ed escono dalla sua vita con un andamento discontinuo, rispecchiando una difficoltà strutturale a stabilizzare un'alleanza terapeutica. Dopo un episodio di cutting con ideazione di morte, Paola fa accesso al Pronto Soccorso e viene avviata una nuova presa in carico con farmacoterapia e colloqui presso il servizio territoriale di Neuropsichiatria Infantile, anche questi frammentati da assenze e fatica nel mantenere una continuità.

L'ingresso nel Centro diurno per l'età evolutiva segna l'inizio di un percorso più articolato, in cui laboratori artistici e attività strutturate diventano strumenti preziosi per osservare e contenere il suo mondo interno. Tuttavia, anche qui Paola continua ad alternare coinvolgimento e resistenze, lasciando emergere quel nucleo profondo che il gruppo, riflettendo collettivamente sul caso, riconoscerà come tipico di un funzionamento “borderline”: un sé fragile, privo di confini, oscillante tra richieste di prossimità e movimento di rifiuto, tra bisogno d'amore e paura dell'intrusione, tra vitalità creativa e momenti di assoluto ritiro.

Sul piano dei Servizi coinvolti, la rete che si alterna intorno a Paola è ampia e complessa. La Neuropsichiatria Infantile territoriale rappresenta il primo contenitore istituzionale; il Pronto Soccorso l'intervento in acuto; il semiresidenziale il luogo attuale di cura quotidiana, capace di integrare dimensione espressiva e relazione; il Compagno Adulto tenta, con esiti difficili, di creare un ponte tra il servizio e la quotidianità della ragazza. Soprattutto, il Servizio per le Dipendenze diventa un nodo fondamentale, poiché l'uso di sostanze si intreccia profondamente alla sua regolazione emotiva.

Proprio l'utilizzo delle sostanze costituisce uno dei punti di maggiore frizione tra ciò che emerge al SerD e ciò che Paola porta alla terapeuta. Gli operatori del SerD descrivono una ragazza che faceva uso di ketamina inizialmente in contesti festivi e poi in solitudine, spinta dalla necessità di attutire l'intensità delle emozioni e la vissuta minaccia dell'“irruenza maschile”. La cannabis, usata in modo massivo, non risultava più sufficiente per contenere l'angoscia, e ciò aveva favorito il passaggio alla ketamina, di cui tuttavia gli operatori riferiscono di essere riusciti a interrompere l'utilizzo.

Nel dialogo con la psicoterapeuta, invece, Paola racconta una versione parziale: ammette l'uso quotidiano di cannabis e riconosce un singolo episodio di assunzione di cocaina, con cui dice di avere avuto un'esperienza eccitante ma spaventosa. Mantiene una posizione difensiva rispetto all'invio al SerD, attribuendo agli operatori l'iniziativa del percorso e minimizzando la gravità del suo consumo passato. Il contrasto tra ciò che dice nei diversi contesti mette in luce un uso differenziale della verità come strumento di controllo relazionale: al SerD sembra concedere la parte “pericolosa” di sé, alla

terapeuta quella “gestibile”, quasi volesse proteggere il legame evitando di apparire ingestibile o troppo fragile.

Il rapporto di Paola con le figure adulte si costruisce infatti su un’oscillazione costante: una doppia modalità che ricorda la sua identità scissa, non legata a questioni di genere ma alla coesistenza di due parti interne, una vulnerabile e una più corazzata. Con gli operatori maschi del SerD appare più docile, come se cercasse un riferimento paterno mai realmente ricevuto, purché questo riferimento rimanga a distanza e non diventi troppo coinvolgente. Con le operatrici femminili emergono invece aggressività, paura di essere invasa o fraintesa, e al tempo stesso un forte bisogno di rispecchiamento. Il controtransfert riportato dalla terapeuta è intenso: paura di farle male, timore di essere distrutta dalla sua rabbia, impotenza, compassione. Sono emozioni che riflettono la difficoltà di Paola nel tollerare un contatto che non sia minaccioso e nella costruzione di un legame stabile che, per lei, è sempre anche un rischio.

Il Seminario analitico di gruppo diventa uno spazio privilegiato per comprendere questi movimenti. Man mano che i partecipanti associano liberamente, emergono immagini ricorrenti: il vuoto e il pieno, la difficoltà di definirla, l’impressione che la ragazza sia composta più da omissioni che da presenze. I suoi disegni, pieni di dettagli e occhi che osservano, sembrano compensare quel vuoto interno che gli operatori sentono quando provano a immaginarla in profondità. Il gruppo riconosce la tendenza di Paola a sabotare le proprie manifestazioni artistiche – come nel gesto di rovinare un disegno appena firmato – e interpreta ciò come un’incapacità a sostenere la propria emersione, la propria esistenza soggettiva.

Parallelamente, il gruppo riflette sul proprio stesso funzionamento: la necessità di una cooperazione interservizi, la delicatezza del processo diagnostico, l’importanza del timing e del non forzare la crescita della ragazza. Il supervisore osserva che la scelta di portare questo caso in questo momento della vita del gruppo riflette una condizione condivisa di informità: una fase iniziale in cui il gruppo stesso, come Paola, sta cercando una forma, un modo per funzionare insieme.

Nel dialogo tra i vari servizi emerge l’importanza della fiducia reciproca e della costruzione di una cornice condivisa. Il SerD riconosce la difficoltà di instaurare un’alleanza con adolescenti che vivono quel servizio come un luogo di controllo; gli operatori del Centro Diurno sottolineano il ruolo delle attività come spazi intermedi dove la ragazza può mostrarsi senza sentirsi invasa; la psicoterapeuta offre uno sguardo profondo sulle dinamiche interne della paziente; il gruppo intero riflette su come sostenerla senza precipitare in interventi prematuri o eccessivamente direttivi.

Osservazioni conclusive

La vicenda clinica di Paola mostra quanto sia complesso lavorare con adolescenti che portano vissuti traumatici non mentalizzati e un’identità ancora in stato nascente. Il percorso richiede un’integrazione costante tra Servizi tradizionalmente separati, la capacità di tollerare l’indefinitezza, la capacità di leggere l’oscillazione tra annullamento e manifestazione, tra bisogno di essere visti e angoscia di esserlo troppo. Il Seminario analitico di gruppo, in questo senso, non è solo uno spazio di riflessione, ma un modello di funzionamento relazionale che offre agli operatori la possibilità di trasformare l’angoscia in pensiero, e a Paola – indirettamente – un sistema di cura che prova a rimanere presente senza invadere, saldo senza irrigidirsi, disponibile senza sostituirsi.

Si tratta di uno strumento che attiva dunque un modo analitico di funzionare, particolarmente utile nelle situazioni in cui, nel rapporto di cura con “pazienti difficili”, si può assistere a un blocco del pensiero nella coppia paziente-curante e alla tendenza a prendere la via di fuga diagnostico-definitiva e ad applicare concetti statici e predefiniti (anamnesi, diagnosi, terapie, etc.).

Altra importante qualità analitica del Seminario di gruppo è la possibilità di costruire una “ri-narrazione” di quelle forme di espressione dello psichico tipiche dei processi psicotici e/o borderline, che nei pazienti con dipendenze da sostanze costituiscono il nucleo centrale del funzionamento (Auletta, 2026): si tratta di modalità di produzione di materiali psichici, che trovano espressione in forme

di azione, di comportamento o di *enactment*, quali forme di comunicazione inconscia. Sono esperienze soggettive evocate già da Freud in “Costruzioni nell’analisi” (1938), che precedono la comparsa e l’uso dell’apparato del linguaggio (Bastianini *et al.* 2022).

Tali forme possono essere considerate presupposti di *spinte psichiche verso l’integrazione*, volte a tradurre in forma simbolica, attraverso la cooperazione inconscia di altre menti, le esperienze soggettive inscritte nella memoria secondo codici presimbolici, preriflessivi, preverbal. Il dispositivo gruppal analitico, in tale ottica, consente la ri-narrazione di esperienze soggettive precedenti l’emergere della parola, sulle condizioni di investimenti primari che si sviluppano prevalentemente in forma di “pensieri non pensati” (Bollas 1991).

Bibliografia

- Auletta, A.F. (2023). “Il primo incontro con la sostanza in adolescenza: Il caso di Aaron, consumatore di sostanze dissociative”. Letto presso Centro Psicoanalitico di Roma, Società Psicoanalitica Italiana, 16 dicembre 2023.
- Bastianini T., Ferruta A., Guerrini Degli Innocenti B. (2022). *Ascoltare con tutti i sensi. Estensioni del paradigma dell’ascolto psicoanalitico*, Fioriti, Roma.
- Boccaro P. (2008). *Famiglia e istituzioni, il dolore che cura*, Interazioni, Franco Angeli Roma.
- Bollas, C. (1989). *L’ombra dell’oggetto: Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Raffaello Cortina Milano 1991.
- Freud, S. (1922). *Due voci di enciclopedia: “Psicoanalisi” e “Teoria della libido”*. OSF, vol. 9. (1977)
- Monniello, G. e Spano, E. (2003). Il trattamento individuale e di gruppo in Ospedale Diurno: la clinica istituzionale nella patologia medio-grave in adolescenza. *Psichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza*, 70, 325-334.

➔ [torna all’indice](#)

IL GRUPPO PSICOANALITICO MULTIFAMILIARE NEL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE

Filippo Maria Moscati

L'esperienza clinica con i pazienti dipendenti mette frequentemente il terapeuta a confronto con vissuti di impotenza, frustrazione e progressiva desertificazione del pensiero. La centralità della sostanza e la ripetitività delle ricadute tendono a saturare lo spazio psichico del paziente, della famiglia e degli stessi operatori. In questo contributo si propone di leggere il gruppo psicoanalitico multifamiliare come dispositivo privilegiato per contrastare questo impoverimento: un campo nel quale ciò che era agito o evacuato può cominciare a essere depositato, riconosciuto, pensato. A partire da alcune vignette cliniche, si ipotizza che tale dispositivo consenta il passaggio da un livello psicopatologico comune, dominato dalla sostanza e dall'azione, a un livello psicologico specifico, nel quale tornano a emergere la storia dei soggetti, i legami traumatici, i nuclei transgenerazionali non rappresentati e la possibilità di pensare la separazione. Il gruppo multifamiliare appare così come uno strumento capace di contrastare la dissociazione e di restituire spessore psichico a ciò che, nell'esperienza della dipendenza, tende a ridursi a scarica, ripetizione e anestesia.

Il logoramento del pensiero clinico nel lavoro con le dipendenze

Chiunque lavori con pazienti che soffrono di dipendenza conosce bene un particolare vissuto contro-transferale: la sensazione di essere spettatori impotenti di un movimento interminabile, destinato a ripetersi senza sosta. Il paziente cade nell'uso, si rialza, chiede aiuto, riprende un tratto del percorso, poi ricade ancora. In questa ciclicità estenuante il clinico può sperimentare impotenza, frustrazione, talvolta disperazione, come se fosse chiamato ad assistere alla fatica di una salita che non approda mai a un consolidamento stabile, ma semmai ad un ruzzolare violentemente giù. Con la sensazione che sia il soggetto stesso che si è lasciato cadere.

La coazione a ripetere, che in Freud designa il ritorno di ciò che non è stato psichicamente elaborato (Freud 1920), si manifesta qui in una forma radicale, che investe il corpo, il comportamento, il legame e, infine l'istituzione e i suoi rappresentanti.

Questo è l'effetto spossante della cronicità dell'addiction, che inevitabilmente contagia anche gli operatori. In alcuni contesti, come la somministrazione quotidiana del metadone, capita di vedere che la relazione e il lavoro rischiano di diventare meccanici: tutto si riduce alla sostanza e al controllo sulla stessa e a "se" e "quando" il paziente ha usato, come se anche chi cura finisse anestetizzato dentro un compito ripetitivo. Nella mia esperienza clinica, svolta sia in un servizio tradizionale per le dipendenze sia in una struttura dedicata a adolescenti e giovani adulti, ho potuto osservare come la sostanza non occupi soltanto lo spazio mentale del paziente, ma tenda a colonizzare anche quello degli operatori e del servizio. L'intervento terapeutico può arrivare a contrarsi progressivamente attorno a una logica quantitativa: quanti milligrammi, quante assunzioni, quanti giorni di tenuta o di ricaduta. Fino a che il paziente coincide con la sostanza e l'operatore con la procedura. Ciò che si perde è la dimensione del soggetto.

La sostanza non soltanto anestetizza il paziente: può anestetizzare la relazione di cura. In questo senso, l'istituzione rischia di diventare il luogo in cui si riproduce, in forma organizzativa, lo stesso congelamento psichico che la dipendenza genera.

Il pensiero psicoanalitico nel campo delle dipendenze

Per comprendere questo impoverimento del vertice clinico, è utile ricordare che il campo delle dipendenze ha avuto una storia istituzionale diversa da quella della salute mentale. Per lungo tempo, in Italia, la tossicodipendenza è stata valutata con un registro morale e sociale piuttosto che con quello psicopatologico. Il soggetto dipendente è stato pensato più che come portatore di sofferenza psichica, come un individuo privo di volontà, colpevole di indulgere nel vizio. Se il «folle» spaventa perché imprevedibile, il «tossico» tende a suscitare disprezzo, o al massimo un aiuto condizionato e ambiguo. La qualità della tossicità diventa dell'individuo con dipendenza, che quindi è da allontanare come fosse radioattivo. Questa matrice ha inciso profondamente anche sulle istituzioni. Quando i servizi pubblici per le dipendenze si sono strutturati, il pensiero psicoanalitico vi è rimasto spesso periferico. I modelli prevalenti oscillavano tra un approccio tossicologico, uno comportamentale e uno sociale; molto meno presente risultava una lettura dinamica del sintomo, del legame e della ricaduta. Nei servizi spesso la cornice prevalente è organizzata per livelli – biologico-farmacologico, psicologico-comportamentale, sociale, spirituale-esistenziale – con scarsa attenzione alle dinamiche inconsce e, soprattutto, senza un'ottica che allargasse sistematicamente lo sguardo dal singolo al contesto familiare.

Eppure, la psicoanalisi ha interrogato le dipendenze fin dalle sue origini. Freud (1929) ne Il Disagio della civiltà, osserva che i mezzi tossici servono all'uomo non solo per procurarsi piacere, ma anche per sottrarsi alla pressione della realtà e all'urgenza del dolore psichico. Le letture successive che la psicoanalisi ha dato delle dipendenze si articolano lungo alcune linee convergenti:

- una prospettiva vede la dipendenza come espressione di conflitti intrapsichici e regressioni, con ricerca di soddisfazione immediata e scarico pulsionale;
- il modello dell'autoterapia, sviluppato da Khantzian, ha spostato l'accento sulla funzione di auto-medicazione: la sostanza viene usata per modulare affetti intollerabili, laddove le funzioni dell'Io sono deficitarie (Khantzian 1985, 1997);
- le prospettive relazionali-oggettuali pensano la sostanza come oggetto sostitutivo che riempie un vuoto affettivo e sostiene un'illusione di autosufficienza.

Questi punti di vista convergono nell'idea che la dipendenza segnali un deficit preesistente nella struttura psichica, spesso connesso a traumi relazionali precoci: l'incontro con la sostanza può avere un quantum traumatico di per sé, ma la dipendenza si struttura quando aggancia un funzionamento già predisposto. Ridurre la dipendenza all'oggetto-sostanza significa confondere il mezzo con il problema. La sostanza non crea ex nihilo il dolore psichico; interviene piuttosto come organizzatore artificiale là dove il lavoro psichico risulta insufficiente. Il craving per le sostanze, al di là della sua dimensione neurobiologica, può essere letto come espressione di questo deficit: un affetto non rappresentabile che tracima nel corpo e spinge verso la ripetizione, là dove il lavoro di simbolizzazione non è disponibile (Bion 1962, McDougall 1996).

Il riconoscimento, a volte riluttante, di questo aspetto di sofferenza sottostante all'uso di sostanze, ha portato un'integrazione maggiore tra dipendenze e salute mentale. L'apertura di un gruppo di psicoanalisi multifamiliare in questo contesto è un ulteriore passo in questa direzione.

Il livello psicopatologico comune e i suoi effetti

Nella dipendenza si osserva spesso un prosciugamento del significato affettivo delle parole, un discorso “*désaffectée*” (McDougall 1996): si può parlare molto, ma è come se la parola diventasse slogan, e l'unica cosa davvero dicibile restasse la sostanza. Gonzalez (Gonzalez 2000) descrive un livello psicopatologico comune: quando il soggetto finisce per essere nascosto dalla dipendenza e, agli occhi del clinico, tutti i pazienti sembrano la stessa persona. La storia individuale, cioè il livello psicopatologico specifico, scompare appiattendosi sul copione della ricerca e dell'uso, che diventa insieme soluzione e origine di ogni problema.

Anche i familiari possono essere catturati in questa dinamica: disperati e paralizzati, attribuiscono alla sostanza un potere totale, esterno, malefico, e diventa difficile per chiunque assumere una quota di responsabilità psichica rispetto a ciò che accade. Tutti parlano della droga, delle ricadute, del controllo, delle menzogne, dei soldi, dei sintomi, ma poco o nulla della trama affettiva, fantasmatica e storica che dà forma a quell'economia.

Per utilizzare i termini di García Badaracco (Garcia Badaracco 2004), in questi casi si struttura un “oggetto che fa impazzire” che nel soggetto è intrapsichico, ma è contemporaneamente trans-psichico (Bolognini 2008), cioè espresso continuamente all'interno del legame con i familiari: un oggetto che denega la sofferenza e la violenza presenti in quegli stessi legami.

Vi è poi una dimensione transgenerazionale che il lavoro clinico non può ignorare. Kaës ha descritto con precisione il modo in cui alcuni contenuti traumatici possono trasmettersi tra generazioni sotto forma di ciò che non è stato simbolizzato, condiviso o messo in parola all'interno del gruppo familiare (Kaës 2016). L'idea di un “patto denegativo” è particolarmente pertinente: un patto tra generazione costituito attraverso zone di silenzio, resti non significabili, affetti congelati e l'interdetto a pensare. Sono questi stessi elementi che creano il legame tra i soggetti. In questi casi si ha l'impressione che il soggetto si trovi a portare nel corpo e nell'atto qualcosa che ha potuto essere rappresentato. Il corpo diventa allora il luogo in cui si deposita l'impensabile.

Il gruppo multifamiliare come dispositivo di soggettivazione

È precisamente qui che il gruppo psicoanalitico multifamiliare mostra la propria funzione trasformativa. Il suo valore non consiste solo nel mettere insieme pazienti e familiari, né soltanto nel favorire una migliore comunicazione. Più radicalmente, esso istituisce un campo nel quale ciò che era agito o evacuato può cominciare a essere depositato, riconosciuto, pensato.

Nel gruppo, la pluralità delle presenze rompe la relazione cristallizzata tra paziente, famiglia e sostanza. Il discorso si decentra, si moltiplica, si rispecchia, si contraddice, si approfondisce. Ciò che in un contesto individuale o familiare resta incollato alla colpa, alla recriminazione o all'agito può trovare nuove vie di rappresentazione grazie al transito per gli altri. Come ha mostrato García Badaracco (Garcia Badaracco 2004), con il concetto di interdipendenze patologiche, il problema non è la dipendenza in quanto tale, ma il tipo di legame da cui il soggetto cerca disperatamente di sottrarsi e da cui insieme non riesce a separarsi. La sostanza si configura allora come oggetto che offre una separazione illusoria: sottrae dal legame vivo, ma al prezzo di un assoggettamento ancora più radicale. Detta in termini winnicottiani, non si tratta di una capacità di stare soli in presenza dell'oggetto, ma di un ritiro che si organizza sul fallimento dell'area transizionale (Winnicott 1953): l'oggetto-della-dipendenza non media, sostituisce.

Il lavoro del gruppo mira allora a favorire un transito dal livello psicopatologico comune a quello specifico: ciò che precede e sottende la dipendenza, ovvero emozioni, traumi e conflitti di quel soggetto e di quella famiglia, e il significato inconscio attribuito all'esperienza con la sostanza. Quando questo accade, le famiglie iniziano a riacquistare soggettività: escono dal ruolo stereotipato di “famiglia del tossicodipendente” e cominciano a raccontare storie uniche, stratificate, finalmente pensabili.

Il gruppo non elimina il dolore, ma lo rende più abitabile. Offre una funzione di contenimento diffuso che consente il passaggio dall'anestesia dissociativa alla possibilità di sentire senza esserne travolti. In termini bioniani, il gruppo, se sufficientemente tenuto, presta una funzione alfa collettiva: gli elementi emotivi grezzi possono cominciare ad essere trasformati in qualcosa di pensabile. In termini più semplici: restituisce soggettività là dove la sostanza aveva imposto uniformità. Laddove la sostanza appiattisce, il gruppo differenzia. Laddove la ripetizione riduce tutto a urgenza, il gruppo riapre intervalli. È in questi intervalli che può ricomparire il soggetto.

Non si tratta di opporsi moralisticamente alla sostanza, né di sostituire una prescrizione comportamentale a un comportamento tossico. Si tratta di rendere di nuovo possibile l'emergere delle differenze: tra un affetto e un altro, tra una perdita e un lutto, tra una generazione e l'altra, tra i soggetti.

L'introduzione del Gruppo Psicoanalitico Multifamiliare nelle istituzioni per le dipendenze implica confrontarsi con resistenze istituzionali stratificate negli anni, in quanto la stessa istituzione si è «ammalata» della malattia che ha il mandato di curare. La stessa istituzione ha difficoltà a pensare i suoi utenti in termini di soggetti, invece che numeri, di persone disponibili al cambiamento, invece che malati cronici a cui si può solo dare terapie palliative. Le dipendenze hanno avuto storicamente una collocazione istituzionale segnata dallo stigma e dal giudizio morale, che anche gli operatori si sono sentiti addosso, e a cui hanno reagito (non tutti e non in tutti i casi ovviamente) con un'anestesia. Introdurre i gruppi di psicoanalisi multifamiliare è dunque anche un gesto istituzionale, oltre che clinico, proprio perché può “risvegliare” e soggettivare anche gli operatori.

Vignette cliniche

Prima seduta: separazione, autonomia e il paradosso dell'espulsione

In un incontro del gruppo, Lorenzo, padre di Matteo (un ragazzo che fa uso di crack) prende la parola dicendo di essere contento che il figlio sia presente, ma aggiunge che è meglio “non aspettarsi nulla”. Un conduttore lo invita a dire come si sente. Lorenzo sostiene l'idea che un genitore debba “dare a prescindere” e che l'obiettivo sia rendere il figlio indipendente.

Teresa, la madre, interviene dichiarandosi stanca e in disaccordo con questa filosofia del dare senza aspettarsi nulla. I due genitori si interrogano: forse, se non avessero garantito al figlio un “posto in cui tornare”, lui non sarebbe scappato più volte dalle comunità.

Roberto, un altro padre presente, introduce una formula che colpisce il gruppo: “la sostanza inverte la prospettiva”. Dare fiducia a un figlio dipendente può diventare un errore perché la dipendenza porta a mentire, manipolare, promettere e disattendere. Lo dice precisando che parla per la propria esperienza, senza trasformarla in una regola.

Luca, un giovane con una dipendenza, si schiera inizialmente con l'idea del «mandarlo via»: dice che se avesse avuto un figlio come lui lo avrebbe cacciato di casa per costringerlo a responsabilizzarsi. Un conduttore lo incalza con una domanda semplice: “Tua madre ti ha mai mandato via?”. Luca ammette di no e, quasi in modo paradossale rispetto a ciò che aveva appena affermato, dice di esserle grato proprio perché non lo ha mai abbandonato.

A questo punto un conduttore condivide un malessere che sente circolare nel gruppo: come se trasformare la relazione genitori-figli fosse impossibile, ma fosse anche impossibile interromperla; come se si dovesse chiedere all'altro di compiere al posto nostro il gesto della separazione. Un secondo conduttore aggiunge che si rischia di rimanere immobili se ciascuno continua a pensare a ciò che “avrebbe dovuto fare l'altro”: è più utile chiedersi cosa si desidera davvero per sé stessi, spostando l'attenzione dalla colpa alla responsabilità e al desiderio soggettivo. Luca chiude ritrattando la sua posizione iniziale e dicendo, con ironia: “Forse è meglio non essere mandati via”, facendo ridere il gruppo.

In questo breve scambio emerge qualcosa di essenziale per il lavoro del gruppo. L'espulsione viene pensata come soluzione, ma viene vissuta come minaccia traumatica. Il soggetto sembra chiedere all'altro di compiere un gesto di separazione che egli stesso non riesce a rappresentare né a sostenere. Il gruppo ha reso pensabile questa configurazione paradossale: non perché la abbia risolta, ma perché ha creato uno spazio in cui poteva essere nominata, rispecchiata, contraddetta. Il riso finale di Luca e del gruppo non è fuga dall'angoscia, ma segnale di un piccolo movimento interno diventato condivisibile.

Seconda seduta: perdita, morte e la possibilità di pensare

Qualche incontro dopo, il gruppo si apre sull'assenza di Luca. Gabriella, sua madre, molto commossa, comunica che il figlio è entrato in comunità quella mattina. Racconta che negli ultimi due mesi lei e il figlio avevano vissuto in modo molto ritirato, cercando di evitare situazioni di rischio, e che lei aveva cercato di tenerlo d'occhio in modi che ora riconosce come di controllo. In tutto quel periodo non si erano mai davvero parlati dei sentimenti legati alla separazione imminente. Si commuove dicendo che se adesso è così giù è anche perché non ha affrontato prima le emozioni che quella separazione aveva iniziato a suscitare in lei. Aggiunge che è stato strano venire al gruppo da sola, senza il figlio che di solito aveva sempre da ridire sul percorso da fare, tanto da farle pensare di non venire.

Anna, madre di un altro ragazzo appena entrato in comunità, interviene raccontando di aver provato, a differenza di Gabriella, un senso di liberazione più che di sofferenza – e il gruppo accoglie questa differenza senza giudizio, come qualcosa di significativo.

Il conduttore nota la commozione di Francesca (il cui fratello è da poco in comunità) e la invita a parlare. Francesca dice che la sua commozione è legata all'ultima settimana di vita della madre, morta pochi mesi prima dopo una lunga malattia. Racconta la difficoltà e la tragicità di quel periodo, in cui si era dovuta prendere cura della madre giorno e notte, anche assolvendo compiti che trovava difficili da sostenere. Fatica a raccontare di aver pensato di volerla vedere morire; al momento della morte si era sentita persa, mancante di una parte di sé.

Giulia, una ragazza con storia di uso problematico di sostanze, interviene dicendo che secondo lei è normale avere certi pensieri verso le persone che si ama e di cui si è esausti: lei stessa lo ha fatto, l'ha detto alla sua psicoterapeuta che l'ha rassicurata, e si è sentita meno orribile. Un altro giovane del gruppo confessa di aver coltivato pensieri simili verso sua madre, aggiungendo che grazie al gruppo ora prova dispiacere genuino per la malattia di lei. Gabriella ammette la propria ambivalenza verso il figlio: le manca, ma è anche sollevata che sia andato via.

Il conduttore sottolinea la centralità della separazione e della difficoltà di elaborare la perdita. Elena interviene per chiarire che il suo desiderio di veder morire la madre era legato all'esaurimento di quel carico di cura, non all'indifferenza. Quando la madre è morta, lei ha pensato di togliersi la vita e ha fatto anche un tentativo “come una stronza”. Si scusa per come ne parla rivolgendosi a Sandra e sua figlia Irene (il padre di Irene si è tolto la vita alcuni anni prima) ma le due si dicono d'accordo con lei.

Irene, per la prima volta in gruppo, dice di essere stata arrabbiata con il padre che le ha lasciate sole, nonostante l'amasse moltissimo. Sandra racconta di aver dovuto resistere a forza per non fare ciò che il marito aveva fatto a loro. Francesca fa notare al padre presente che se “scappasse”, come aveva scherzato, lascerebbe soli lei e il fratello. Gabriella riflette su come ha trattato il figlio: da adulto quando era bambino, e da bambino ora che è grande. Irene conclude esprimendo il senso di colpa per non aver dimostrato più affetto al padre, e la preoccupazione per la tenuta emotiva della madre.

Il conduttore chiude la seduta osservando come elaborare le separazioni sia particolarmente difficile quando dentro di noi c'è ancora una confusione tra noi e l'altro - una confusione che può farci vivere la perdita dell'altro come perdita di parti di noi stessi.

Questa seduta mostra con particolare chiarezza la funzione trasformativa del gruppo. Elementi che in altri contesti sarebbero rimasti scissi – il lutto, l'ambivalenza, i pensieri di morte, la rabbia verso chi è andato via – sono diventati pensabili non perché fossero interpretati, ma perché hanno potuto essere tollerati attraverso la condivisione. Il gruppo ha offerto quella funzione di contenimento diffuso che ha consentito il passaggio dall'anestesia dissociativa alla possibilità di sentire senza esserne travolti e rappresentare questi affetti.

Conclusioni

Il trattamento delle dipendenze mette a confronto con una forma di sofferenza psichica che tende continuamente a sottrarsi alla rappresentazione. La sostanza occupa il posto della mediazione, dell'oggetto interno, del contenimento, della separazione, del sollievo. Ma proprio per questo impoverisce il lavoro del pensiero, del sogno, del lutto e del legame.

Il gruppo di psicoanalisi multifamiliare può rappresentare una risorsa per contrastare tale impoverimento. La sua funzione non è semplicemente educativa o supportiva. È, più propriamente, una funzione di soggettivazione: restituisce complessità là dove dominava la semplificazione tossica; restituisce parola là dove prevaleva l'atto; restituisce legame là dove l'unico vincolo sembrava quello con la sostanza.

Nel gruppo, pazienti, familiari e operatori possono progressivamente uscire da quella anestesia dissociativa che costituisce uno degli effetti più profondi della dipendenza. Possono tornare, almeno in parte, a pensare ciò che prima poteva soltanto essere assunto, espulso o agito. E possono farlo non in isolamento, ma attraverso il legame con gli altri, che è, in fondo, la condizione da cui ogni possibilità di cura prende origine.

Bibliografia

- Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Armando Editore, Roma (1972)
- Bolognini S. (2008), *Passaggi Segreti*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1929), Il disagio della civiltà. *OSF*, vol. 10. (1978)
- García Badaracco J.E. (2004), *La psicoanalisi multifamiliare*, Bollati Boringhieri, Torino. (2004)
- González E., Ramos M.I., Méndez J.A. e Ingelmo J. (2000), “El enfoque modular-transformacional de la psicopatología: su aplicación al problema de la dependencia de drogas”, *Aperturas Psicoanalíticas*, (5).
- Kaës R. (2016), *L'estensione della psicoanalisi: Per una metapsicologica di terzo tipo*, Franco Angeli, Milano. (2023)
- Khantzian E.J. (1985), “The self-medication hypothesis of addictive disorders”, *American Journal of Psychiatry*, 142, 11: 1259–1264.
- Khantzian E.J. (1997), “The self-medication hypothesis of substance use disorders”, *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 5: 231–244.
- McDougall J. (1990), *I teatri del corpo. Un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici*, Raffaello Cortina Editore, Milano. (1996)
- Winnicott D.W. (1953), “Oggetti transizionali e fenomeni transizionali”, in *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma. (1974)

➔ [torna all'indice](#)

DIBATTITO

Giuseppe Riefole

Mi fa piacere discutere, vedere assieme gli stimoli che vengono da queste relazioni. Vi confesso che, al di là degli aspetti formali, mi fa veramente piacere mettere in evidenza gli enormi cambiamenti di vertice introdotti dall'idea che dietro tutte queste presentazioni ci sta quello che noi chiamiamo un'istituzione, un qualcosa che contiene tutti questi movimenti. Anche la stanza di analisi è un'istituzione, se vogliamo, però in questo caso l'istituzione è complessa fatta di 1000 elementi e di 1000 vertici. Tutto sommato la complessità dovrebbe essere il progetto di un'analisi, noi dovremmo tendere verso la complessità. Correre il rischio di sentire le istituzioni complicate, è completamente un'altra cosa.

Gli stimoli sono tanti: di Andrea Auletta mi piaceva l'idea di vedere, attraverso il caso clinico, la possibilità che il paziente possa depositare, in senso blegeriano, sul server la dipendenza, sulla terapia certi aspetti di possibilità, sulle figure maschili la seduttività, altro sulle figure femminili. Tutti gli aspetti sono dissociati, sanamente, perché poi le persone devono sopravvivere. Se l'istituzione è concreta tutti questi aspetti rimangono strutturanti e non si va da nessuna parte.

Filippo proponeva una cosa bella, il passaggio tra Kevin che dice dovrei essere cacciato e Kevin che dice per fortuna non sono stato cacciato. Quante cose sono accadute in quel transito! per non parlare della seconda seduta: se ti muovi troppo puoi fare gli incidenti e lì tutti quanti si muovono. E' bello davvero potersi vedere all'interno di questi transiti. La cosa che mi colpiva molto dei quattro interventi è che alla fine le istituzioni si muovono tra il capire e il sostenere i processi. In altre parole, quanto certe volte il capire non è per rievocare le posizioni bioniane, ma anche, quanto il capire altre volte si riduca ad una oggettivazione di qualcosa che non si muove più. Probabilmente, adesso, il cambiamento che ci viene dalle istituzioni, è che la cosa fondamentale è il sostenere i processi. Io direi sostenere i processi dissociativi, perché la mente possa continuare a potersi permettere simultaneamente dissociazioni e nuove ricomposizioni associative. Questo è permesso dai servizi.

Un'altra cosa che mi colpiva molto era la funzione dei luoghi. Annamaria diceva questo gruppo si fa in una scuola. E' un caso? secondo me la scuola all'interno di quel gruppo ha una funzione nel processo. Sarebbe un bene che molti nostri dispositivi analitici si muovessero all'interno di luoghi diversi: non è secondario poter portare qualcosa di analitico all'interno di una ex scuola, che in alcuni momenti diventa un luogo in cui si incontrano migranti o adolescenti.

Vorrei sapere a questo punto chi ha altre suggestioni, sarebbe importante condividerle.

Flavia Capozzi

I lavori di questa mattina sono così in sintonia con la mia formazione di neuropsichiatra infantile e psicoanalista, che mi spingono ad intervenire, cosa poco usuale per me. Faccio una breve premessa gli studi sull'attaccamento, l'infant research e le ricerche sulle neuroscienze affettive hanno dimostrato che lo sviluppo di un bambino è un processo maturativo, interattivo, di natura biopsicosociale, che si realizza ed è osservabile solo all'interno della relazione bambino-madre-ambiente. Già nel 1940 Winnicott aveva affermato alla British Psychoanalytic Society che non esiste una cosa chiamata bambino "*there is no such thing as a baby*", a significare che un bambino esiste nel momento in cui c'è qualcuno che se ne prende cura. Pediatri, neuropsichiatri infantili, psicoterapeuti e riabilitatori dell'età evolutiva, ma anche gli stessi insegnanti, sanno che è difficile se non impossibile e destinato a sicuro insuccesso prendersi cura dei bambini e adolescenti senza interagire, collaborare con i loro genitori, senza stabilire un'alleanza tra famiglia, terapeuta/specialista, scuola. Ormai da tempo è definitivamente superata l'ipotesi di un rapporto diretto del tipo causa-effetto tra patologia del figlio e

genitore, come purtroppo è avvenuto in passato, per tutti ricordo il tragico errore super citato della madre “frigorifero” causa dell’autismo del figlio. Ma è indiscutibile che quando un bambino o un adolescente presenta una sofferenza psichica, fisica o sociale, l’intero sistema familiare va in crisi o manifesta una crisi probabilmente già presente. I genitori sono inestricabilmente coinvolti nella crescita del figlio/a adolescente, dovendo giorno dopo giorno rivedere la relazione con essi, tollerando il lutto che deriva dalla separazione/perdita, dai cambiamenti indotti dalla loro crescita, e lo stress determinato dalla necessità di riconoscere l’inevitabilità delle attività esplorative connesse alla nuova identità in formazione, che sottopone gli attori delle relazioni familiari a intense attivazioni emozionali. Ed è proprio in questo turbolento processo identitario e separativo dei figli dalla famiglia, che si sviluppano complesse interazioni tra autonomia e dipendenza, tra cambiamento e immobilità, che caratterizzano reciprocamente la relazione genitori/figli adolescenti, creando spesso i presupposti per il manifestarsi di una sofferenza mentale. Non a caso il disagio giovanile e la psicopatologia compaiono in modo prioritario negli anni dell’adolescenza e della giovane età adulta. La grave situazione della salute mentale in età evolutiva, definita dai media, una vera e propria “emergenza”, è determinata da una cronica povertà di risorse nei confronti dei servizi di salute mentale per i “minori” e allo stesso tempo da un aumento esponenziale di richieste di diagnosi e cura sia nell’infanzia per i disturbi del neurosviluppo (autismo, DSA, ecc) che in adolescenza per esordi psichiatrici in età sempre più precoci, già a 9 e 11 anni (DCA, ansia sociale, ecc.), per interventi e ricoveri in urgenza di ragazzi tra i 14 e 16 anni per problemi psichiatrici e comportamentali (disregolazione affettiva, autolesionismo, depressione, azioni violente, disforia di genere, dipendenze). Ma sappiamo anche che l’adolescenza offre una grande occasione per chi si occupa di salute mentale in età evolutiva di intervenire mentre i fatti, le dinamiche patologiche accadono, sono in fieri e quindi trasformabili, non ancora cronicizzate ed incistate come avviene in età adulta. La diagnosi psichiatrica in età evolutiva rimane spesso fluida, modificabile, frequentemente in comorbidità con altri disturbi, difficilmente distinguibile dal disagio giovanile o da una crisi evolutiva transitoria, da un disadattamento/reattività sociale. La sofferenza mentale sia in età adulta, ma soprattutto in età evolutiva è una questione complessa, che riguarda tutti, genitori, educatori, psicoterapeuti, l’intera società. A questa sofferenza non possiamo dare solo una risposta medico/psichiatrica. La medicalizzazione spinta con il predominio della farmacoterapia, i ripetuti ricoveri o l’invio precoce degli adolescenti fin dai 14-16 anni in “transizione” verso i Servizi di Salute Mentale degli Adulti rischiano di favorire una precoce cronicizzazione del disturbo nei giovani, avviandoli ad un destino certo di malattia mentale e conseguente stigma. Questo precoce passaggio dei quattordicenni alla psichiatria degli adulti mi sembra qualcosa di molto simile a quello sul quale si sta pensando nell’ambito della giustizia per cui a fronte di un abbassamento dell’età dei minori autori di reato, già a 11-13 anni (vedi cronaca), si vorrebbe rispondere abbassando l’età di punibilità, in modo che dalla giustizia minorile si passi più rapidamente a quella per maggiorenni, istituti entrambi ugualmente disastri e da riformare. Penso che sia necessario un cambio radicale di rotta a favore di un contesto di cura che sviluppi risorse nuove adatte ad affrontare le difficoltà della vita di relazione, un approccio verso la persona non solo come paziente e come singolo, ma come un bambino/ragazzo potenzialmente sano, non fermandosi alla patologia, alla parte malata, disturbata, ma ricercando con fiducia la parte sana, le risorse vitali e trasformative, la “virtualità sana” presente in ognuno di loro comprese le loro famiglie spesso molto problematiche. Chiudo dicendo che la cura della sofferenza mentale è una questione complessa, multidisciplinare che coinvolge il singolo, la famiglia, l’intera società. Siamo chiamati come psicoanalisti a pensare, sperimentare nuovi percorsi e modelli teorico-clinici di cura che rispondano ai profondi cambiamenti della società contemporanea e ai bisogni urgenti di una vasta popolazione fragile e sofferente, ma in evoluzione e ricca di potenzialità come quella adolescenziale, e credo che se i GPMF si diffondessero e funzionassero anche nei Servizi di Salute Mentale per l’Età Evolutiva rappresenterebbero una buona risorsa per i ragazzi, le loro famiglie e gli operatori dei servizi.

Fausta Calvosa

Vorrei riprendere e ampliare alcune riflessioni emerse, anche a partire dall'intervento di Pino Riefolo, portando brevemente l'esperienza del nostro lavoro in un servizio pubblico di salute mentale. In questo contesto, la psicoanalisi non rappresenta per noi soltanto uno strumento di conoscenza, ma anche un dispositivo capace di integrare saperi diversi, accompagnare gli operatori coinvolti nei percorsi di cura e offrire una possibilità di pensiero rispetto alla complessità con cui ci confrontiamo quotidianamente.

Nel nostro servizio siamo riusciti ad attivare entrambi i dispositivi di cui si è ampiamente parlato oggi: un Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare, rivolto a utenti giovani (16-24 anni) e realizzato in collaborazione con il servizio di neuropsichiatria infantile — con l'obiettivo di coinvolgere sin da subito le famiglie nelle situazioni più complesse — e i Seminari Analitici di Gruppo. Questi ultimi sono rivolti sia alle équipes che lavorano con pazienti giovani, con Giovanna Montinari, sia al lavoro con ragazzi con storie migratorie, con Gaia Petraglia.

Negli ultimi anni, infatti, ci siamo trovati sempre più frequentemente a confrontarci con situazioni legate alla migrazione, spesso riguardanti ragazzi molto giovani, di seconda generazione. Con Gaia Petraglia abbiamo iniziato a cercare di comprendere la complessità di queste situazioni attraverso la discussione dei casi come con un modello simile al seminario analitico di gruppo, e questo ha prodotto un cambiamento significativo sia nel clima di lavoro sia nel nostro approccio clinico.

Si tratta di situazioni che inizialmente ci lasciavano in un forte senso di impotenza: apparivano spesso difficili da comprendere, da pensare. Un primo passaggio importante è stato quello di provare a sospendere i pregiudizi, rinunciando a interpretazioni troppo rapide e a inquadramenti rigidi dentro le nostre categorie culturali. Piuttosto, si è trattato di sostare in una dimensione di estraneità, che appartiene sì all'altro, ma che è anche a una forma di estraneità intima, interna.

È un lavoro particolarmente complesso nei servizi, dove si è costantemente orientati all'urgenza e alla risoluzione pratica dei problemi. Ritagliarsi uno spazio per fermarsi e pensare ha richiesto, ed è tuttora, un investimento significativo.

Per questo sento una particolare gratitudine nei confronti di Gaia Petraglia per il contributo che ci ha offerto.

Allo stesso modo, l'esperienza del gruppo di psicoanalisi multifamiliare rappresenta per noi uno spazio fondamentale, sia sul piano formativo, sia su quello clinico. Così come il seminario analitico di gruppo, che da anni facciamo con Giovanna Montinari, che, pur non essendo rivolto direttamente agli utenti, diventa uno spazio clinico nella misura in cui prendersi cura degli operatori consente anche una diversa forma di cura dell'utenza.

Rossana Calvano

Ringrazio i colleghi per i molteplici stimoli ricevuti segnalando la presenza di molteplici denominatori comuni nei precedenti interventi, sia come psichiatra che lavora nel servizio pubblico, sia come psicoanalista appartenente al gruppo di Ricerca Nazionale della SPI *Soci Ruolo Pubblico (GSRP)*.

In relazione allora all'importanza sottolineata da Giuseppe Riefolo dei *luoghi* nei percorsi di cura, mi è venuto in mente che oggi siamo insieme in Via Panama, luogo dove ho svolto il mio training e che tuttora stimola in me molteplici suggestioni e associazioni evocandomi tra i numerosi ricordi il ruolo del *gruppo dei colleghi* candidati nel percorso formativo del training (la *quarta gamba* del training). Analogamente vorrei riflettere insieme sul ruolo dei gruppi e delle gruppalità nel lavoro istituzionale, nei percorsi di cura complessi, nella formazione e come antidoto al rischio di scissioni (non sempre funzionali) cui la nostra doppia appartenenza identitaria al servizio pubblico e alla SPI ci espone. Penso allora a come sia importante mantenere un dialogo fertile, anche se non privo di conflittualità e zone grigie, tra queste duplici identità terapeutiche e come sia importante per chi lavora

nei servizi pubblici compiere accanto alla formazione psicoanalitica dal vertice duale anche un approfondimento formativo psicoanalitico dal vertice gruppale, quale *sfondo affettivo e operativo* condiviso e allargato, essenziale nel lavoro istituzionale. Chi lavora nei servizi si trova nella necessità di aprirsi alla conoscenza delle dinamiche del gruppo *intra-istituzionale* e *inter-istituzionale* e di favorire la costituzione di reti interne al servizio ed esterne con gli altri servizi, non solo per la manutenzione del contenitore istituzionale, ma anche per affrontare più adeguatamente la complessità degli attuali bisogni di cura. I colleghi che mi hanno preceduto hanno parlato di Seminari Analitici di Gruppo e di Psicoanalisi Multifamiliare nei Servizi per le dipendenze, servizi che in Campania afferiscono a Dipartimenti Strutturali differenti da quelli della salute mentale rispetto ad altre regioni, con la necessità di compiere un lavoro supplementare d'integrazione operativa e culturale tra servizi, finalizzato ad accogliere anche il ritorno del *rimosso istituzionale* (dalla psichiatria) che accompagna le richieste di aiuto dei pazienti con diagnosi duale in crescente e progressivo aumento.

Giovanna Montinari

Come evidenziava anche Pino Riefolo, il gruppo, il lavoro con la gruppaltà, diventa uno strumento prezioso per gestire i processi dissociativi, in modo tale che siano sostenibili con la possibilità di avviare un pensiero. Un pensiero condiviso non unico e non una forma, una gerarchia. A questo proposito vogliamo testimoniare con Fausta Calvosa, l'esperienza fatta nel DSM e che ha permesso in seguito l'avvio dei seminari condotti dalle colleghe Dalba e Petraglia. Quattro anni fa il Csm del VII distretto della ASLROMA2 ha avviato con la mia conduzione un ciclo di Seminari Analitici di Gruppo, che oltre a lavorare con il gruppo curante si è aperto alla partecipazione degli operatori del TSRMEE (Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva) . per discutere insieme dei pazienti che dovevano transitare, per ragioni di età, al DSM. Questo ha creato un gruppo molto complesso ma molto ricco, molto coraggioso in fondo perché il tema non era solo il paziente ma i colleghi che lo avevano trattato in precedenza, le fantasie sul lavoro e sul come ciascun interlocutore si sia posto facevano emergere le prime dissociazioni e difficoltà di integrazione e storicizzazione degli interventi precedenti. Si trattava di prendersi cura del gruppo nel suo insieme: ogni collega sentito come una parte delle dell'altro, abbiamo lavorato sugli spostamenti proiettivi e sulle nostre dissociazioni : cioè il prendersi cura del gruppo istituzionale e di come ogni curante si possa sentire utile alla nascita del pensiero dell'altro.

Penso sia molto importante non perdere la domanda dei servizi di essere sostenuti nella capacità di pensare all'operato istituzionale senza cadere in una apparente "nuova nosografia" delle patologie. La questione delle nuove patologie si declina soprattutto sulla capacità dei contesti di saper lavorare su più fronti e a più livelli quindi gruppaltà e multi familiarità, etnopsicologia, diventano in questo momento storico strumenti principali per entrare nella dissociazione di cui Riefolo parlava su cui penso che dobbiamo continuare a lavorare e a pensare.

Pier Luca Zuppi

Vorrei riprendere gli interventi che mi hanno preceduto e in particolare quello di Rossana Calvano che ha messo in evidenza l'importanza per i servizi, del lavoro in gruppo e degli scambi nel gruppo di lavoro. Credo che sia da sottolineare che la stessa importanza venga riservata anche al paziente, che vada considerato nel suo gruppo familiare. In maniera molto trasversale, in tutti gli interventi abbiamo visto come le patologie gravi debbano essere approcciate nel loro mondo, nelle relazioni tra il paziente e la rete familiare e non isolate, collocate solo nella mente o nel corpo di chi sta male. Occorre avvicinarle, vederle, interpretarle, nella loro dimensione familiare. Direi anche culturale e sociale, nel pensare ad un approccio che vale per tutti e soprattutto per gli immigrati, sia che siano arrivati isolati dal loro nucleo familiare, sia che siano arrivati con la loro famiglia, sia, infine e

soprattutto, se fanno parte di quel mondo complesso delle cosiddette seconde generazioni che devono integrare mondi tra loro assai distanti.

Gaia Petraglia

Rispondo alla domanda di Fausta Calvosa sulla suggestione che mi porti rispetto agli incontri che sto svolgendo nel vostro servizio (ASL ROMA2), un servizio che mi ha accolto ultimamente con un lavoro molto interessante sull'utenza straniera. Quello che emerge quando vengono presentati i casi è la mancanza di alcuni raccordi, ovvero di alcuni momenti della storia familiare che potrebbero essere approfonditi.

Credo innanzitutto che questo abbia a che fare con qualcosa cui facevo cenno durante una riunione a Paolo Boccara circa il controtransfert culturale di noi operatori. Il controtransfert culturale ha a che fare con il nostro bisogno di ricondurre lo spaesante a qualcosa di conosciuto, ha a che fare con il fatto che alcune dimensioni di alterità sono troppo estranianti per noi operatori e quindi abbiamo bisogno di ricondurle all'interno di categorie nosografiche conosciute che ci tranquillizzino. Per questo, il lavoro che io cerco di portare all'interno delle istituzioni e dei gruppi in cui faccio supervisione o nelle scuole di specializzazione in cui insegno, è legato alla possibilità che l'operatore mantenga una centratura interna molto forte ma che si lasci anche portare a conoscere qual è veramente la storia di quella famiglia, soprattutto quella dei genitori e che si lasci trasportare da qualcosa che è spaesante. Il lavoro con i migranti come vi dicevo è soprattutto quello di portarli ad un'iniziazione a sé stessi. Sono soprattutto i genitori che vanno ascoltati perché un po' come diceva Selma Fraiberg "se non possiamo ascoltare le lacrime della madre, la madre non potrà ascoltare le lacrime del proprio bambino". Quindi noi dobbiamo dare spazio a questi genitori di narrare la propria storia, pur rispettando quello che Abdelmalek Sayad chiamava "l'opacità" delle storie dei migranti ovvero il loro diritto all'oblio, il diritto a dimenticare il proprio passato traumatico. Ma quando ci sono i figli non possiamo concedere a questi genitori il diritto all'oblio della propria storia, anche se traumatica, dobbiamo piuttosto aiutarli e sostenerli in questa narrazione di sé stessi. Quindi anche i servizi come il vostro, che mi sembra un servizio interessantissimo pieno di persone che si prodigano molto e lavorano intensamente, potrebbero lavorare di più sul setting genitoriale e anche sull'ascolto dell'intero gruppo familiare, in modo che figli e genitori possano dirsi delle cose, noi dobbiamo aiutarli a trovare le parole per dirlo e per dirselo insieme, non ciascuno nel proprio setting separato.

Andrea Auletta

Vorrei proporre due brevi riflessioni. La prima nasce anche dalla presenza, che qui colgo, di molti giovani colleghi che si occupano di adolescenza, e si ricollega a quanto osservava Riefolo in merito alla necessità di sostenere i processi psichici. Ritengo infatti che sia fondamentale sostenere i "processi evolutivi"; tuttavia, tale compito risulta particolarmente complesso nei contesti istituzionali in cui operiamo. Questi contesti mostrano spesso una scarsa apertura verso ciò che è "evolutivo", nel senso di trasformativo e mutevole, anche perché tale dimensione possiede una qualità perturbante.

I servizi, per loro natura e necessità, tendono infatti a "fissare il momento", a trattare entità concrete e a limitare l'immaginazione di possibili cambiamenti. In questa prospettiva si comprendono anche le difficoltà legate alle transizioni tra servizi: esse risultano problematiche proprio perché noi operatori siamo spesso chiamati a oggettivare e a "fermare il tempo". Credo che questo rappresenti uno dei motivi per cui è così complesso occuparsi di adolescenza, fase del ciclo di vita che invece ha come elemento distintivo proprio il mutamento.

La mia seconda riflessione prende spunto dal vostro lavoro con le famiglie migranti. Anche nei Servizi per le dipendenze osserviamo una percentuale significativa di utenti che afferiscono a questo ambito, spesso provenienti dall'area della giustizia, in particolare dalla giustizia minorile. Si tratta di

un tema estremamente complesso, che qui posso solo accennare, ma che pone con forza la questione del dialogo tra Servizi.

Ritengo infatti sempre più necessario ampliare la nostra dimensione gruppale, includendo in essa non soltanto i Servizi Sanitari, ma anche quelli della Giustizia. Questa integrazione rappresenta una sfida importante per il futuro. Accade frequentemente, ad esempio, che le famiglie accolte nei centri per le famiglie vivano tali incontri non come occasioni di aiuto e di sostegno alla funzione genitoriale, ma come momenti valutativi, dai quali tendono quindi a sottrarsi. Si genera così un disallineamento tra la reale finalità di questi Servizi (intercettare il disagio socio-emotivo e prevenire la reiterazione del reato) e il mandato che le famiglie percepiscono (che riguarda, solitamente, una funzione di giudizio, controllo e repressione).

In questo senso, ritengo fondamentale che la metodologia psicoanalitica possa entrare anche nei contesti della giustizia, configurandosi come un ambito ancora ampiamente da esplorare, ma potenzialmente decisivo. È anche attraverso questo tipo di integrazione che possiamo iniziare a pensare in modo nuovo al futuro dei nostri interventi, soprattutto se intendiamo incidere precocemente sulle traiettorie evolutive in infanzia e adolescenza.

Anna Maria Dalba

Vorrei aggiungere una riflessione sull'importanza dei luoghi dal punto di vista psicoanalitico. Il luogo non è mai un semplice contenitore neutro, ma, attraverso la sua storia e le sue caratteristiche e funzioni, partecipa attivamente ai processi psichici e relazionali che vi si svolgono.

Il Centro per le Famiglie e i Minori si svolge presso un'ex scuola dell'infanzia, con un grande atrio al centro quale spazio collettivo, diverse stanze intorno e, inoltre, lo spazio perimetrale esterno all'edificio è costituito da un giardino molto grande, adatto per giochi all'aperto. Pertanto, dal punto di vista simbolico, si tratta di un luogo che può rappresentare uno spazio di possibilità, un'area intermedia di gioco e di formazione, un luogo dove crescere, uno spazio "tra" (la famiglia e la società) in cui diventa pensabile ciò che altrove potrebbe rimanere imprigionato in ruoli, mandati e aspettative rigide. Luoghi come questo permettono alle persone, soprattutto a quelle che si trovano in condizioni di maggiore disagio, di accedervi in modo meno difensivo, in quanto non evocano il fantasma del giudizio e del controllo come possono evocare altre istituzioni con mandati più rigidi ed espliciti. Presso la Ginestra le persone possono arrivare senza un pensiero predefinito e lasciare che qualcosa prenda forma nel tempo. In questo senso, il luogo sostiene l'ascolto psicoanalitico, quello che garantisce un tempo e uno spazio in cui l'incontro con le famiglie può prendere una forma via via più rispondente alle loro esigenze... i genitori lentamente possono deporre le difese, trasformare il vissuto persecutorio in un sentimento di ambivalenza dove c'è posto per la curiosità e la fiducia di poter iniziare e sperimentare nuove modalità di essere e di pensarsi, anche lateralmente nel rapporto con l'istituzione.

In questo Centro molti genitori arrivano su mandato del Tribunale e sentono la pressione di adempiere al compito di "farsi valutare"; parallelamente, gli operatori sentono la stessa pressione di dover relazionare al Servizio Sociale che a sua volta risponde al giudice. In queste condizioni, senza un ascolto psicoanalitico più profondo si rischia di rimanere paralizzati in un pensiero concreto e sopraffatti da vissuti rigidi-difensivi. A tal proposito, ci tengo a sottolineare come la Ginestra in fiore abbia come modello teorico di riferimento prevalente quello psicoanalitico, sia per la formazione di molti suoi operatori che per il modello di supervisione interistituzionale offerto, e credo che ciò faccia la differenza rispetto alla possibilità di lavorare con questo tipo di transfert e controtransfert. Inoltre, è l'unico Centro dove si svolge un gruppo di psicoanalisi multifamiliare, strumento potentissimo spesso in affiancamento agli altri dispositivi offerti nel centro (setting individuali, di coppia genitoriale o familiari). Per poter rappresentare la ricchezza di questa esperienza bisognerebbe riportare ogni singola seduta e forse neanche basterebbe a spiegare le trasformazioni che avvengono nel funzionamento di certi nuclei familiari anche relativamente al loro rapporto con le istituzioni invianti; perché arrivano

con un pensiero persecutorio e poi piano piano, anche grazie alla possibilità di poter sperimentare diverse forme di aiuto in parallelo, tra cui il multifamiliare, scoprono la possibilità di essere famiglia in modo nuovo, in modo diverso. In questo modo è possibile riconquistare certe posizioni (per esempio recuperare in senso giuridico la responsabilità genitoriale) non tanto perché si è stati “bravi” ma perché c'è stata una reale trasformazione alla quale partecipano attivamente i professionisti del Centro. Dunque, mi sembra molto importante riconoscere l'estrema duttilità dello strumento psicoanalitico multifamiliare perché si adatta a diverse forme di setting e a differenti livelli di funzionamento intrapsichico e intersoggettivo, permettendo proprio la coesistenza del molteplice e la pluralità delle differenze. Si tratta di una riproposizione della società, una sorta di una minisocietà, in cui ci si può incontrare e conoscere proprio attraverso le differenze, tra cui quelle culturali.

C'è un'ultima cosa con la quale sono molto d'accordo, ovvero l'importanza della prevenzione. Credo che il multifamiliare possa essere uno strumento utilissimo e molto efficace da applicare nell'infanzia perché consente ai genitori di guardarsi e di guardare ai propri figli sotto lo sguardo del gruppo e ciò consente ai bambini di sentirsi visti dai propri genitori in un modo nuovo di cui hanno davvero bisogno. Noi abbiamo fatto l'esperienza del multifamiliare con famiglie in cui erano presenti bambini anche molto piccoli e siamo rimasti sorpresi dalla loro capacità di stare nel gruppo per tutto il tempo, forse proprio perché sentivano il piacere di essere con i loro genitori in un contesto sicuro, carico di pensieri e di affetti. Da questo punto di vista c'è molto da fare perché c'è ancora molta diffidenza nei confronti di questo strumento applicato all'infanzia, in quanto si ritiene che i discorsi degli adulti, spesso carichi di violenza, debbano rimanere separati dai discorsi che riguardano i bambini. Tuttavia, credo, che il problema non stia nei contenuti che vengono affrontati ma nel modo di affrontarli e il gruppo ha la capacità di auto organizzarsi in modalità compatibili con i diversi livelli di maturità e funzionamento. Come sostiene Badaracco, non è la violenza in sé che fa ammalare ma la negazione. Nel gruppo abbiamo avuto molte esperienze in cui è stato possibile parlare tutti insieme di temi difficili e ciò ha dato ai bambini la possibilità di esprimere contenuti che altrimenti non avrebbero potuto emergere e questo fenomeno è sempre stato accolto dai genitori e dagli adulti del gruppo con grande stupore e sollievo, sollecitando molte riflessioni su sé stessi e il proprio funzionamento.

Andrea Auletta

Vorrei sottolineare l'importanza del gruppo anche come strumento capace di aiutare noi operatori a sciogliere alcune delle nostre difficoltà interne. Il lavoro nei Servizi, in particolare nell'ambito della Salute Mentale e delle Dipendenze, è infatti un lavoro psichicamente molto logorante. In questo senso, il gruppo può svolgere una funzione di sostegno, “prendendosi sulle spalle” parte del carico degli operatori e restituendolo a ciascuno di loro come individui, come persone e come soggetti. Questa rappresentanza, a mio avviso, una grande opportunità.

Al tempo stesso, però, dobbiamo tenere conto del fatto che il gruppo può anche suscitare timore. Nella mia esperienza, ad esempio, alcuni colleghi — pur appartenendo a diverse professionalità, come psicologi, infermieri e psichiatri — hanno scelto di non partecipare, per ragioni che possono essere contingenti (orari, turni), ma che spesso rimandano anche a dinamiche più profonde. È importante interrogarsi su questi aspetti, perché talvolta le posizioni più rigide possono rappresentare una forma di rifugio anche per noi operatori.

Ripensando alla questione dell'integrazione tra Servizi, richiamata poco fa, mi viene in mente la mia esperienza in diversi contesti — dal pronto soccorso psichiatrico alla salute mentale, fino alle REMS. In ciascuno di questi ambiti, mi accorgevo di attribuire agli altri limiti e mancanze (“quello non fa nulla”, “quello non capisce”), salvo poi riconoscere che, in qualche modo, quell’“altro” ero anche io. Questo rimanda alla necessità di un lavoro di integrazione interna, che precede e accompagna quello tra servizi.

Le situazioni con cui ci confrontiamo sono spesso complesse e tendono a indurre una frammentazione, che potremmo definire, con Bolognini, come trasmessa a livello transpsichico agli operatori e alle istituzioni. In questo senso, il gruppo rappresenta uno spazio privilegiato per un lavoro di integrazione. Tutto, in fondo, prende avvio da noi.

Il gruppo multifamiliare, in particolare, esercita a mio avviso un effetto ancora più incisivo, sia sugli operatori sia sulle persone coinvolte. Tuttavia, è importante riconoscere che non tutti dispongono degli stessi strumenti per sostenere questo tipo di esperienza. Anche tra gli operatori, infatti, chi non ha avuto occasione di svolgere un lavoro personale di tipo analitico può trovarsi maggiormente esposto a vissuti di timore o di disorientamento.

Per questo motivo, ritengo fondamentale proporre il lavoro gruppale in modo graduale, affinché possa essere progressivamente “digerito”. In caso contrario, il rischio è che venga rifiutato o espulso, perdendo così le sue potenzialità trasformative.

Paolo Boccara

Ho chiesto di intervenire dopo le vostre risposte perché mi sembrava importante potervi comunicare un’emozione che ho provato questa mattina.

Il senso che, nel tempo, abbiamo dato a questi incontri annuali sulla psicoanalisi nelle istituzioni è sempre stato questo: riuscire a trasmettere — e oggi voi lo avete fatto in modo davvero efficace — il significato di due dispositivi fondamentali nei servizi: i seminari clinici di gruppo e la psicoanalisi multifamiliare. Dispositivi che funzionano come un ponte tra la nostra formazione analitica e il lavoro concreto nei contesti pubblici.

Nei casi clinici e nelle riflessioni che avete portato oggi ho sentito una conferma molto chiara di questo aspetto. E credo sia importante sottolinearlo proprio qui, in questa sede, che per molti di noi è stata un luogo di formazione: non solo individuale, ma anche psicoanalitica nel senso più ampio, cioè capace di tenere insieme i diversi elementi che fanno da cardine alla formazione stessa.

Mi sembra però che oggi, in questa fase storica, la psicoanalisi di cui stiamo parlando non sia più soltanto una psicoanalisi della comprensione e dell’interpretazione, ma sempre più una psicoanalisi delle esperienze emotive: del fare esperienza e dell’elaborare emotivamente, dentro i gruppi e nei contesti.

I gruppi multifamiliari che avete descritto, i seminari analitici di gruppo e il lavoro degli operatori dentro questi dispositivi ci aiutano a comprendere concretamente anche ciò che troviamo nei testi contemporanei e nel dibattito attuale — come quello sintetizzato da Ogden — tra psicoanalisi “epistemologica” e psicoanalisi “ontologica”. Perché ci mostrano quanto un unico modo di intendere la psicoanalisi, come sola comprensione del mondo interno dell’altro, non sia sufficiente: e nei servizi pubblici, in realtà, non lo è mai stato.

In questo senso il gruppo è fondamentale. Ma direi anche: è fondamentale il gruppo degli operatori, non solo quello dei pazienti. L’integrazione di questi livelli — operatori, pazienti, familiari, generazioni diverse — nella possibilità di elaborare l’esperienza emotiva comune (penso anche a quanto veniva raccontato sul tema delle migrazioni) è un elemento che rende oggi la psicoanalisi uno strumento essenziale per lavorare nei servizi. Eppure, ancora troppo poco riconosciuto, persino dentro i servizi stessi.

Quindi questi dispositivi non sono soltanto utili operativamente: sono anche pienamente dentro il dibattito culturale e formativo della psicoanalisi contemporanea. E farlo oggi qui, in questa sede, rende il vostro contributo ancora più significativo.

Per molti di noi, infatti, questo è stato anche un luogo dove spesso abbiamo polemizzato, discusso e talvolta vissuto in modo anche traumatico il tentativo di portare l’esperienza dei servizi pubblici dentro la formazione analitica, dove invece veniva considerata estranea alla tradizione analitica. Per tutto questo, vi volevo ringraziare pubblicamente.

➔ [torna all’indice](#)

LA PSICOANALISI E LA CLINICA EMERGENTE: UTENTI, OPERATORI, ISTITUZIONI

*Gruppo SPI Soci Ruolo Pubblico (GSRP): Loredana Betti, Simone Bruschetta,
Rossana Calvano, Giovanna Cocchiarella, Paola Ferri, Antonella Granieri,
Francesca Mancina*

Emergenze, emergente, ciò che emerge, ciò che urge

José Bleger intende per emergenti quei fenomeni che nascono nella relazione analitica, configurazioni intersoggettive che emergono dal campo relazionale. Quindi per lui l'emergente non si può ridurre al solo analista o al solo paziente ma è un vero prodotto della seduta che si manifesta come affetto, fantasia, difesa che prende forma nella comunicazione e nell'interazione della seduta. Bleger sottolinea anche la necessità di cogliere questi processi nel loro divenire, per comprendere le dinamiche transferali e contro-transferali. Ha una rilevanza clinica dunque l'emergente, perché riconoscerlo aiuta a lavorare con quelle dinamiche inconsce che potrebbero essere agite e proiettate sull'analista piuttosto che pervenire a significati congiunti e conflitti non verbalizzati da parte della coppia analitica. L'interpretazione possibile dell'emergente, nel rispetto della co-costruzione di campo, può essere fatta dall'analista dopo avere tenuto conto della sua consistenza affettiva (colpa, vergogna, angoscia) e della funzione difensiva o comunicativa che l'emergente può assumere nella relazione.

In questa accezione l'emergente si colloca in un particolare metodo di lavoro che tiene conto della natura relazionale di quanto facciamo, della seduta come un campo relazionale dove avvengono operazioni psichiche, del setting allargato, come quello nelle cure pubbliche, dove si configura contenitore privilegiato a cogliere la polisemia delle comunicazioni (Betti, Galiani, Ruggiero, 2024). Ma emergente, come definizione di un campo dove si producono eventi che spingono all'urgenza clinica, può essere anche racconto di ciò che attualmente è più visibile come urgenza di salute pubblica, socialmente più rilevabile e psico-patologicamente più diffuso. Anche come novità nell'ambito della malattia mentale, di clinica, diagnosi e trattamento, prodotto della storia e del contingente sociale, che conia la definizione di 'neo-patologie'.

In questa accezione l'emergente non si discosta troppo dal modello di Bleger e del 'latente grup-pale' di Pichon Rivière poiché l'ambizione era allora, in Argentina, quella di intercettare una clinica che nasceva dalle forti tensioni che il mondo intorno maturava, ne era il precipitato, il prodotto, per certi aspetti l'esito. Vediamo con questo costrutto qualche similitudine d'uso e certo anche qualche differenza, di geografia, assetto delle cure e storicizzazione della salute mentale nei nostri contesti. Attualmente, dai nostri osservatori, che sono quelli del lavoro nei servizi pubblici, nelle università, nelle associazioni di cura e negli studi privati cogliamo forti connessioni con una psicopatologia nuova, poli-determinata, che interessa uomini e donne, bambini e adolescenti, ma anche persone anziane che vivono in un mondo dentro il caos, anche quello dei dispositivi atti a comprendere l'esistente e ad affrontarlo. Che si tratti di popolazioni migranti, di minoranze etniche e religiose o di maggioranze autoctone, il presente storico, particolarmente e 'normalmente' violento, anche nella mancanza di riconoscimento dei tempi individuali, dei bisogni e desideri personali e collettivi, procura intense sofferenze che spesso non trovano contesti di accoglienza e di ascolto. Le modifiche, il peggioramento della qualità e quantità dell'assistenza prestata in salute mentale e in sanità pubblica più in generale, non sono esenti da un diffuso, pervasivo dilagare del malessere sociale che incontra preoccupazione, anche nelle istituzioni, ma poche soluzioni. Si direbbe che l'epoca della massificazione, a fronte di una mancata individuazione di soggetti protagonisti della loro vita, abbia costruito occasioni di forti oscillazioni identitarie che fabbricano confusioni culturali, di appartenenza e di scopi.

In mancanza di una consapevolezza psico-sociale e politica di queste ‘emergenze’ collettive il precipitato di richieste tecniche inonda e anche ‘affonda’ l’operare dei professionisti della salute mentale, arrivando noi a vedere un’emergenza diffusa anche dalla parte dei curanti, non solo per gli organici impoveriti ma perché oggi gli operatori sono spesso di fronte alla scarsità di strumenti adeguati a fare fronte ai nuovi disagi, ai bisogni, alle diagnosi più politicamente corrette (molte patologie sono oggi diventate ‘neuro-diversità’), che divergono dai manuali in uso e dai testi che sono alla base della formazione accademica. C’è ora un rischio consistente di sottovalutare ‘il latente’, la sofferenza sommersa, per inadeguatezza di occasioni riflessive di un gran numero di operatori, che si sentono carenti di risposte da dare alle tante richieste ‘da fuori’, da un mondo che si manifesta sempre più come attacco al pensiero e alla pensabilità. Dunque, se usiamo il termine ‘emergente’ nell’accezione polisemica che stiamo descrivendo, anche in questo campo, da questa parte del campo, esiste un emergente che deve essere colto nel duplice significato di emergente sociale ed emergenza sociale. Diversi quindi per responsabilità ma molto simili per i rischi di ammalare, operatori e pazienti sono oggi, in molti sensi, da una stessa parte della barricata, a fare fronte alla medesima confusione, impotenza, smarrimento. Questo è sicuramente un problema che impone sincere riflessioni e contesti dove potere condividere strumenti, operazioni, modelli, nonché azioni cliniche e pratiche di formazione adeguate.

Rossana Calvano ci dirà qualcosa sulle declinazioni dell’emergente psico-sociale nella sua esperienza di supervisione psicoanalitica con gli operatori di un servizio pubblico a Napoli, dove le due facce delle emergenze psicopatologiche e dello storico attuale che le informa si intrecciano di necessità.

“Puoi perdermi?”

Dal 2023 a tutt’oggi è in corso presso i due SSM di cui sono direttrice, un’esperienza di supervisione psicoanalitica sul campo cui ho dato il titolo “E’ una gioia restare nascosti ma è un disastro non essere trovati” (D. Winnicott, 1971), che coinvolge l’équipe multi-professionale nella sua interezza con la conduzione di un’analista dell’IIPG (Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo) con la funzione di facilitatore, secondo il modello di Bion del “second thoughts” o “second vision”, con la finalità di prendersi cura anche del benessere dei curanti. L’esperienza nel tendere a raggiungere pazienti difficili da raggiungere, che cioè generano blocchi nel dispositivo curante a “rappresentare e muovere affetti e pensieri” (Ferruta, 2010), oltre che perseguire finalità terapeutiche e formative (con l’apprendere attraverso l’esperienza di Bion) si è rivelata efficace anche nell’intercettare le forme della clinica emergente, sia a livello individuale che micro e macro-sociale.

Segue una breve sintesi del caso di una giovane paziente adottiva dal titolo “Puoi perdermi?” con stralci della discussione condivisa dal gruppo.

Una giovane paziente di ventun anni che porta un dolore “incarnato” nel corpo, è stata adottata a sette anni insieme a due fratellini, poiché proveniente da un ambiente originario violento e maltrattante soprattutto verso i bambini più piccoli, da una coppia di professionisti benestanti recatisi in Brasile, per realizzare il loro progetto genitoriale. Dall’età di tredici anni P. mostra condotte autolesive alle quali subentra un disturbo alimentare associato all’abuso anestetizzante di alcol e a molteplici tentativi di suicidio con numerosi ricoveri ospedalieri. La paziente è seguita da circa tre anni da un’équipe multidisciplinare in rete interistituzionale, che coinvolge più servizi e operatori in comunicazione tra loro e con un lavoro congiunto teso a restituire dignità di parola al suo dolore, mentre i genitori non si sono resi mai disponibili a un lavoro di supporto mettendo in atto un lavoro costante di negazione (patto narcisistico denegante) di ogni riferimento a luoghi ed esperienze infantili precedenti all’adozione. Nell’incontro di supervisione un partecipante fa notare che il cognome della famiglia adottiva è spagnolo pur essendo entrambi i genitori italiani. La constatazione apre due interpretazioni circa la possibilità che la coincidenza possa rendere più facile il reperimento delle proprie radici o piuttosto che occulti il trauma originario da sradicamento tanto da evocare una falsa familiarità. Emerge come appena giunta in Italia P. mangiasse solo il cibo ricevuto in orfanotrofio rifiutando

di essere toccata e lavata mentre lei stessa lavava i due fratellini in modo esclusivo. Sottesa all'associazione al film di F. Truffaut, "Il ragazzo selvaggio", (*L'enfant sauvage*) del 1970, si delinea l'immagine di una ragazzina precocemente adultizzata che, in un ambiente totalmente nuovo, tocca solo cose o persone con cui ha un minimo di familiarità e che in adolescenza, inascoltata nella propria rabbia e nel dolore, comunica attraverso il corpo (tagli, bruciature, iper-controllo alimentare) e molteplici tentativi di suicidio che inchiodano genitori e operatori nella paura. Accanto ad una sintomatologia incandescente P. si esprime sempre di più attraverso una rivista edita dal centro socio-riabilitativo in cui è inserita, con la scrittura di poesie di notevole qualità espressiva tra le quali una particolarmente toccante dedicata alla sua psichiatra prossima alla pensione, che sarà condivisa nel lavoro di supervisione. La poesia, piena di sgomento e dispiacere per la separazione dalla psichiatra autorevole e idealizzata che l'aveva accolta al servizio, divenuta un manifesto doloroso condiviso, insieme alla cura del passaggio alla nuova psichiatra adottiva del caso incandescente, si configura come una diversa modalità separativa offerta dall'ambiente istituzionale alla giovane paziente borderline che abitualmente abbandona prima di essere abbandonata, fuggendo il fantasma dell'abbandono catastrofico nel campo istituzionale allargato. Il titolo dato all'elaborato "puoi perdermi?" appare così più chiaro facendo emergere, attraverso il caso della giovane e fragile paziente, anche il vissuto luttuoso latente nel gruppo e connesso al pensionamento imminente della psichiatra storica del servizio. Diviene indicativo, pertanto, quanto le esperienze di supervisione sul campo nel nutrire in sintonia con Riolo il metabolismo del pensiero nei gruppi di lavoro, facendo emergere i residui emozionali inelaborati (elementi beta), rendano le relazioni terapeutiche istituzionali incandescenti e inchiodate dalla paura, più generative e capaci di produrre trasformazioni efficaci sia nei pazienti difficili sia negli operatori del campo istituzionale esteso.

Governo clinico psicoanaliticamente orientato.

Dirigere una Unità Operativa Complessa che si colloca su quattro distretti sanitari e consta di tre settori specifici (minori con disabilità, consultori familiari, adulti con disabilità) nel tempo è significato permettere al pensiero psicoanalitico di lavorare nella rete dei servizi socio sanitari rendendo chiaro il richiamo costante alla pensabilità, all'attraversamento delle situazioni di crisi, per approdare ad una possibile trasformazione del disagio organizzativo, del personale sanitario o dei pazienti. La funzione psicoanalitica di attenzione (Bion, 1992) ai bisogni di salute può essere attiva anche nella circostanza di una consulenza richiesta da un Assessorato alla Sanità Regionale se forniscono osservazioni profonde, strategie, scenari di esiti e vie, grazie alla potenzialità di lettura di dinamiche di campo istituzionale. Si intende consulenza psicoanaliticamente orientata il fornire ai decisori istituzionali apicali un'osservazione del sistema sanitario tale da poter trarre ipotesi di strategie di intervento, da elicitare pensabilità nel tavolo di lavoro e tale da promuovere programmazione di stili professionali dialoganti e contenitivi; una osservazione di fatto, in grado di accompagnare tecnici, amministrativi e politica alla fase del disporre nel territorio percorsi di prevenzione efficaci e modulati al bisogno di salute. Viviamo nella complessità della richiesta di salute da sempre ma oggi appare necessario uno sguardo clinico ed organizzativo capace di sostenere nell'instabilità dei percorsi dovuta a continui cambiamenti di presa in cura della rete tra ospedale e territorio, al susseguirsi di fasi critiche (pandemie, eventi climatici drammatici, cambi della visione politica al governo, fasi di non sostituzione del personale sanitario posto in quiescenza o non reperibile nel post lauream) i cui esiti premono sulla rete istituzionale.

Vanno poste in grande considerazione le osservazioni che furono profetiche di Giorgio Campoli (Campoli, 2012) quando affermava che "nei servizi lo psicoanalista non può trasferire la psicoanalisi intesa come il metodo psicoanalitico", e, allo stesso tempo, riteneva che fosse "possibile essere psicoanalisti mentre si lavora all'interno del servizio". Vanno considerati "generativi per il lavoro nel Servizio Sanitario Nazionale numerosi concetti della psicoanalisi, riguardanti gli aspetti intrapsichici e relazionali: i processi di gruppo (Bion, 1962), il campo analitico (Baranger M. e Baranger W., 1961-

62; Correale, 1991; Ferro, 2002), la psicoanalisi delle istituzioni (Obholzer, 2007)". Sempre seguendo Campoli: riteniamo importante ribadire che "questi richiami teorici non possano rappresentare le uniche teorie di un servizio e che esse dovrebbero imparare a dialogare con le altre discipline disponibili (politiche, sociologiche, manageriali e biologiche)".

La mente del dirigente sanitario, se può e vuole riservarsi ancora di utilizzare il proprio bagaglio ad orientamento psicoanalitico, affronta le sfide attuali ancorando stile e funzione manageriale secondo la funzione di trasformazione descritta da W.R. Bion (1962), intesa qui come la tensione al monitorare un percorso di cura, a partire dal clima di reparto o dal luogo/campo dinamico che è un distretto territoriale, tramite la funzione interpretante dei segnali di una crisi che oggi influisce sulle reti istituzionali per, successivamente, tornare all'ambulatorio che realmente eroga cura e promuove il benessere psicofisico alla persona. Si tratta di un flusso di apporti e rimandi di contributi volti ad espandere visioni ed approfondire contesti in equilibrio profondo ed evolutivo sui nodi delle reti sanitarie nel momento in cui si sta parallelamente sensibilizzando in sede ministeriale rispetto ad una strategia contenitiva, trasformativa, osservativa.

L'essere psicoanalista fuori dallo studio o dal reparto ma anche oltre gli spazi ed i setting di supervisione, dovrebbe risultare la sfida professionale oggi. Essa si realizza presupponendo un arricchimento ed un approfondimento di visioni sulla prevenzione in contesto di crisi proprio per quella peculiare capacità, in primis, di stare nella turbolenza fornendo apporti di lettura o di intervento strategico nei tanti assetti gruppali istituzionali che sono oggi in impasse, bloccati da stagnazioni o frammentati da fughe in avanti del sistema politico in continua agonia ed inefficacia rispetto ai percorsi di cura invece necessari sul territorio per un reale cambiamento. Quali spazi oggi per la psicoanalisi oltre il divano?

"Andare oltre l'idea di una psicoanalisi che porta il divano nell'istituzione per sviluppare invece una psicoanalisi che affronti le istituzioni "senza divano" (senza il suo strumentario e il suo setting abituale) o che sappia mettere su un appropriato divano l'organizzazione stessa" (Campoli, ibidem). Partecipare ai tavoli regionali mantenendo la centratura sulle dinamiche professionali, a volte occulte od in ombra, consente di organizzare percorsi di cura efficaci ed efficienti tramite una lettura riflessiva su fasi catastrofiche di cambiamento sociale, sanitario, antropologico in cui garantire nuovi bisogni di salute, strategie - anche creative - rispetto al rigido dialogo con l'assessorato o il ministero orientato da varie ideologie politiche negli ultimi 40 anni. Un turnover che ha richiesto, sempre più spesso, di applicare in emergenza modelli organizzativi senza reali premesse, ragionare su contenuti vaghi e poco chiari allo stesso legislatore. La mente psicoanalitica può adattarsi a questo che è un vuoto di governabilità della salute pubblica - cui si rimedia senza capire i bisogni - tramite stili di pensiero che contemplino la caratteristica del cambiamento sempre più catastrofico (Bion, 1981) che stiamo vivendo nel gestire il malato ed anche l'istituzione che cura tramite, per fare un esempio, formalizzazione frenetica di pdta, audit, cot, pua, case della salute, intelligenza artificiale in sala operatoria.

Si potrebbe usare la metafora del sostenere il campo (Correale, 1999) delle istituzioni sanitarie che sono a loro volta legate a più sistemi di cura tra ospedale e territorio tramite l'attraversamento di questo tempo post-traumatico in emergenza da cui si vede ormai chiaramente il rischio di produrre atti amministrativi confusi e confusivi, come tali incapaci di guidare un agire clinico realmente necessario e transdisciplinare. L'essere nella teorizzazione di Winnicott, riletto da Bollas, si espande sulla continuità dell'esistere, la creatività e la "solitudine essenziale" del soggetto, mediata dall'oggetto trasformativo. In questa prospettiva, l'essere psicoanalista e dirigente di sistemi complessi diventa veramente essere presenti (Bollas, 2025) con funzioni mentali e strumenti operativi capaci di leggere, comprendere e attraversare la crisi istituzionale dei Modelli Manageriali Sanitari che dovrebbero fare prevenzione. Va anche qui evocato il concetto di "contenitore istituzionale" (Bion, 1962; Foresti, Fubini, Perini, 2011; Comelli, 2011) quale paradigma dell'approccio psicoanalitico all'Organizzazione che dovrebbe tornare a promuovere salute. Dagli autori cogliamo come il concetto di contenitore istituzionale, possa essere concepito come una forma di "organizzazione-nella-mente" dei membri dell'istituzione (Armstrong, 1997) o anche spazio psichico in relazione dinamica con i contenuti emozionali del soggetto ma anche del sistema in cui lavora.

In questa prospettiva, un'istituzione sanitaria sufficientemente sana dovrebbe essere in grado di offrire spazi di lavoro/pensiero contenitivi, al tempo stesso stabili e trasformativi soprattutto per ogni decisione gestionale su dinamiche parassitarie, deleganti, proiettive. Infine si vorrebbe qui sottolineare che appare fondamentale far luce sul fatto che la competenza del dirigere psicoanaliticamente orientati, sta nell'attingere alla valigetta degli attrezzi (Bolognini, 2008) per un management dal pensiero attento (Bion, 1992) a favorire la presenza di un obiettivo comune virtuoso tra struttura sanitaria e personale che stia sempre nella tensione al proteggere gli operatori dalle angosce sociali e dall'esposizione ad "aree cieche" tipiche di ciò che Freud (1913) individuava come campi regolati da tabù, divieti impliciti e meccanismi arcaici di difesa nelle comunità.

È necessaria una leadership capace anche di orientare il cittadino verso il limite – economico, di erogazione e di cura – fondato su principi etici di appropriatezza e democrazia. Sappiamo della pressione enorme di nuove patologie mentali in età evolutiva (disturbi del neuro-sviluppo, psicopatologia adolescenziale, invecchiamento dei disabili, sopravvivenza di minori ad alta intensità riabilitativa) che grava sulla scarsità di centri terapeutici, con la possibilità di frammentare ulteriormente riabilitazione e sostegno familiare. Norme, delibere compulsive e protocolli privi dei nessi gestionali con i nodi di rete efficace rischiano oggi di generare un'organizzazione anonima, magmatica, isterica, lontana dal favorire un agire/argine clinico reale verso prevenzione e cura. Su questo punto possiamo far riferimento alla teorizzazione di "isomorfismo istituzionale" (Kaës, 1976), che mostra il funzionamento istituzionale in termini di coesistenza e rispecchiamento tra mondo interno del paziente, del sanitario e campo di ambiente di cura. Si crea un flusso a più vertici di meccanismi di proiezione, introiezione, fantasia inconscia ma anche di identificazioni proiettive, tali per cui si arriva a dare dell'individuo e del sistema organizzativo di appartenenza l'immagine metaforicamente efficace di essere "creature l'uno dell'altro" (Main, 1975).

L'elasticità del funzionamento psichico di ogni sanitario – e, per analogia, del referente organizzativo che organizza distrettualmente o in ospedale – è infatti oggi la condizione indispensabile per evitare irrigidimenti difensivi che impediranno la reale capacità di sistema di fare prevenzione con il cittadino ed erogare la cura al malato sulla base dei dati sanitari. La rete dei sanitari può essere auscultata psicoanaliticamente, gestendone l'ansia del rischio clinico, contenendo la medicina difensiva, promuovendo un setting istituzionale che sostituisce di fronte "all'invischiamento isterico" di una certa politica, sempre più spesso orientata a rispondere immediatamente, e dunque, emotivamente alle continue proteste dei cittadini nei social anziché costruire risposte congrue alle risorse reali, educative.

Il decisore politico e le varie Istituzioni (Comuni, Scuole, Università, Procure) diventano dunque attori della rete e, con l'invito costante ad un ascolto rispettoso reciproco, divengono quasi "i nostri migliori colleghi" (Nissim Momigliano, 2001). Tornare a essere psicoanalisti anche nei luoghi istituzionali – consigli comunali e regionali, aule formative, assessorati – permette infatti di generare pensiero sui servizi, che oggi sono necessariamente interdipartimentali. Occorre tornare a fare prevenzione post-natale, formazione nelle scuole e nei Comuni, lavoro con grandi gruppi sociali nei luoghi della cittadinanza in sofferenza. Va inoltre spiegato al decisore politico – sempre più sensibile al giudizio ed incline a risposte puntiformi – che servono modalità dialogiche anche in tema di migranti di terza e quarta generazione. Ultimo pensiero impregnato di ascolto psicoanalitico oltre il lettino, tale da supportare, testimoniare e produrre possibili soluzioni va in realtà ai sanitari di oggi che sono i più deboli attori del sociale, perché sono soli, sottostimati e spesso impossibilitati a sostenere adeguatamente la sofferenza dei fragili, le vittime di violenza di genere, i disabili, gli anziani. Come ha sintetizzato un'operatrice di Consultorio Familiare: "Mi sento sempre con l'acqua alla gola: ogni giorno arriva uno tsunami di sofferenza acutissima."

Comunità, disagi, legami.

Esiste una clinica emergente cui gli psicoanalisti sono chiamati a partecipare esercitando la propria funzione curante non direttamente sulle persone, bensì sulle istituzioni sociali, le quali poi a loro

volta offriranno i servizi di cura direttamente alle persone. Non ci riferiamo quindi alla psicoanalisi nelle istituzioni, ma alla psicoanalisi delle e per le istituzioni. Attraverso tale pratica clinica è possibile prendersi cura delle istituzioni (del loro funzionamento), dato che queste rappresentano costitutivamente una delle parti più lente della società nel suo necessario e costante adeguamento alle trasformazioni determinate dal processo di sviluppo della civiltà, ma anche, al contempo, rappresentano una base sicura per la costituzione delle architetture più solide per la tenuta delle reti di sostegno sociale. La “rigidità istituzionale” in questo caso rappresenta contemporaneamente, sia una garanzia di stabilità, sia la causa del ritardo nell’organizzazione della presa in carico delle nuove forme di sofferenza generate dai processi di sviluppo e trasformazione costante delle comunità sociali. (Rizzitelli, Scotto di Fasano, GSRP, 2024).

È questa area di ricerca specificamente psicoanalitica (sin dalla sua fondazione freudiana nel “Il disagio della civiltà”) che appare come una delle pratiche cliniche emergenti e che sta permettendo agli psicoanalisti di elaborare una altrettanto emergente funzione analitica orientata alle istituzioni, affinché queste funzionino, appunto, in maniera sufficientemente sana ed adattiva ai bisogni sociali. I processi di cura psichica (anche quella psicoanalitica) e i dispositivi che promuovono salute mentale, infatti, possono realizzarsi soltanto in ambienti sociali facilitanti lo sviluppo affettivo individuale, i quali a loro volta possono crearsi più facilmente soltanto all’interno di una società fondata su processi democratici. Qui il riferimento a Winnicott è evidente e indispensabile.

Diventa conseguentemente oggetto di attenzione l’emergenza di un’altra pratica clinica, correlata alla prima ma concettualmente distinta, direttamente rivolta, non alla cura delle istituzioni, ma alla cura dell’ambiente civile in cui si trovano a convivere i pazienti e i Servizi loro rivolti dalle istituzioni di cura. Anche in questo caso la funzione analitica specifica non è rivolta direttamente alle singole persone, ma elettivamente all’ambiente di vita e di lavoro dei pazienti e degli operatori dei Servizi. L’ambiente di cura del paziente viene ad uso rappresentato in una posizione intermedia, di transizione, tra le reti sociali formali sviluppate dalle istituzioni pubbliche e quelle che nascono spontaneamente attraverso i legami affettivi con le persone con cui vive e lavora quotidianamente. La ricerca scientifica epidemiologica identifica queste reti istituzionali con il concetto sociologico di “legami deboli” e le reti sviluppate dalle relazioni affettive con quello di “legami forti”.

È in questo spazio sociale intermedio che stanno emergendo le nuove forme di disturbo psichico, generate dai più recenti processi di sviluppo della nostra società. Nuovi disturbi che si manifestano esattamente all’incrocio tra reti istituzionali carenti e reti affettive assenti. In questo caso, questa nuova pratica clinica emergente tende a ricostruire (o costruire ex-novo) questi ambienti facilitanti le transizioni tra la rete istituzionale e le aggregazioni affettive, al fine di permettere nuove e più proficue collaborazioni tanto con i Servizi, quanto con i familiari e dei pazienti.

A questa seconda nuova tipologia di pratica clinica emergente ci si riferisce oggi come pratica clinica di comunità, per distinguerla ma non disgiungerla dalla pratica clinica rivolta direttamente alle istituzioni. Anche per questa seconda tipologia, seppure originariamente sviluppata da una tradizione di ricerca prettamente sociologica, sta emergendo una prassi esplicitamente orientata alla clinica psicoanalitica. La ricerca psicoanalitica in questo caso individua come campo di lavoro principale l’intervento focalizzato sul territorio di appartenenza del paziente, per portare la cura direttamente a contatto con i suoi luoghi di vita e di lavoro. La funzione psicoanalitica specifica sarebbe quindi rivolta a sostenere la partecipazione democratica dei pazienti allo sviluppo degli stessi processi di cura psichica e di salute mentale a loro rivolti dalla comunità sociale di appartenenza (Bruschetta, 2019).

Sono proprio queste due pratiche cliniche emergenti, quella rivolta alle istituzioni e quella rivolta alle comunità (seppure molto intrecciate tra di loro, anche in funzione di amplificazione reciproca dell’efficacia), che pongono gli psicoanalisti di fronte alla questione se allargare la propria professione alla possibilità di lavorare sul nuovo disagio psichico emergente. Dato che tale disagio oggi emerge prepotentemente lungo una serie di processi biologici e sociologici sovrapposti, in una sorta di ‘cortocircuito’, con conversioni dirette dal somatico al sociale e viceversa, lasciando sostanzialmente impensata ed impensabile la più classica e istituzionalmente riconosciuta dimensione psichica del funzionamento di ogni individuo, così come dei suoi legami con gli altri individui. L’apparato

psichico in molti casi di questi nuovi disturbi emergenti, invece di articolare la relazione tra la dimensione biologica e quella sociale dell'essere umano, svolge una funzione quasi automatica e diretta di relè inconscio tra le due dimensioni: perdendo appunto la sua funzione specifica di creare spazio di pensabilità e quindi di trasformazione, cioè di connettere ed elaborare la relazione reciproca tra i processi biologici e i processi sociali dell'individuo.

Queste nuove forme di sofferenza, che si configurano come una vera e propria epidemia nella nostra civiltà, corrono lungo le reti di sostegno sociale degli individui, sclerotizzandole ed irrigidendole al punto da renderle deboli e fragili, impossibilitandone il loro sviluppo e la loro evoluzione. L'individuo vi resta incastrato ed immobilizzato, per poi ritrovarsi isolato ed alienato dal proprio ambiente e dai propri gruppi di appartenenza. Senza alcuna possibilità di accedere alle risorse comunitarie o usufruire di alcun sostegno affettivo per affrontare le crisi evolutive ed esistenziali della vita. Così avviene il collasso sulla dimensione somato-biologica della sofferenza, come unico spazio soggettivo in cui rappresentare questo nuovo disagio, o la caduta nell'estremo opposto, in una condizione di povertà socio-economica vissuta come condanna esistenziale personale, al di fuori di ogni dinamica politica collettiva. Una nuova epidemia questa, che, a giudicare dai correlati socio-istituzionali che la caratterizzano, potremmo definire una vera e propria emergenza democratica.

Delineandosi quindi complesso e intrecciato, poli-determinato sempre, a volte in modi confusi altre più distinguibili, tutto il mondo dell'operare con i pazienti in sanità, proveremo a raccontare qualche caso clinico più emblematico e significativo per il nostro discorso.

Clinica e intrecci istituzionali.

A proposito di emergenza, esiste una specificità delle neuropsichiatrie infantili dove spesso è previsto l'intervento massiccio di tante istituzioni, servizi sociali, tribunale dei minori, insegnanti e diversi operatori sanitari. Ciò che emerge è il gruppo di lavoro. Nei contesti istituzionali la madre ambiente è sostituita dall'ambiente tout court, nei termini di differenti istanze e operatori al lavoro; ma le difficoltà, anche burocratiche, di comunicazione istituzionale, se inserite in una logica di ascolto e collaborazione tra diversi, possono tramutarsi in risorsa e in confronto tra colleghi, diventando fonte di ispirazione e crescita.

Parliamo di Anna, nevrotica ragazzina che approda ai Servizi per sospetto di abuso da parte del padre. Non presenta sintomi evidenti o vistosi ma non sta bene, è genericamente e sottilmente demotivata, pur essendo bella, intelligente e brava a scuola. La psicoterapeuta viene convocata dal tribunale dei minori perché le parti non si accordano. La convocazione dura delle ore ed è chiamata a un ruolo ingrato: difendere la libertà di scelta della minore di rifiutarsi di vedere il padre, e al tempo stesso non esprimersi rispetto a una vicenda su cui non può avere certezza, ossia l'abuso paterno. L'invadenza del tribunale e dei legali dei genitori rischia di diventare un bastione insuperabile per la buona riuscita della psicoterapia. La comunità, la tutela, la legge e i servizi sociali non possono diventare una fonte persecutoria per la coppia terapeutica al lavoro.

Gaia è una bambina di 8 anni, che si inserisce in vicende familiari difficili: genitori artisti e un fratello transgender che ha già messo a dura prova nel suo travaglio identitario i genitori impreparati e soli. La bambina appare più grave di quanto in realtà non sia, costretta a giocare una parte oppositiva che viene interpretata come insufficienza mentale. Occorre restare fedeli al nostro strumento, accettare se necessario che qualcuno si occupi delle diagnosi attraverso i test, ma essere consapevoli che il fare non è soltanto agire su un piano concreto, affrettandosi nella diagnosi, ma tentare di favorire la pensabilità nel paziente e negli operatori tutti, a cui va restituito il senso dell'intervento da effettuare.

Il paziente non va 'rieducato' alla normalità, alla sopportabilità dell'esistenza e riadattato all'ambiente, ma aiutato nel suo percorso emancipatorio e creativo. Esiste il rischio che anche noi psicoanalisti aderiamo alla 'deriva' sintomatologica che l'attuale assetto delle cure, e il sociale tutto, ci impone. Il paziente rischia di diventare un sintomo, secondo una vecchia logica psichiatrica e medica, oggi di ritorno, quella cui faceva riferimento Franco Basaglia lavorando al suo superamento. Il nostro

modo di lavorare va difeso ma anche condiviso e “relativizzato”, per non creare rotture con il gruppo composto dagli altri operatori, che pure si occupano del bambino, in uno spirito il più possibile condiviso e democratico. Assistiamo a una deriva sociale e culturale per cui i valori della riuscita sociale, dell’ambizione personale e della competitività sono più importanti della solidarietà, della complicità e della tolleranza. Questo rischia di inserirsi anche in ambito sanitario e nella presa in carico dei minori se non cerchiamo di lavorare secondo un approccio che definiremmo, per quanto possibile, eticamente compatibile.

Situazioni e Istituzioni.

In continuità con quanto sopra detto, non possiamo dimenticare che nella prima metà degli anni ’90 le istituzioni di cura sono state sottoposte ad un processo di aziendalizzazione, che ha prodotto una sorta di pensiero operatorio o alestitimia istituzionalizzata. Gli scambi tra gli operatori si sono ridotti a prassi e procedure prestabilite, che possono contenere potenti istanze antivitali. La capacità creativa del nostro lavoro perde terreno a favore di esigenze procedurali, da cui derivano inevitabili conflitti tra gli interventi prevalentemente manageriali e quel particolare interesse clinico verso la sofferenza fisica e mentale. In questa prospettiva si rende indispensabile un approccio che tenga presente la complessità in cui quotidianamente operiamo. Come scriveva Bianca Gatti (1971), «il ruolo dello psicoanalista all’interno del contesto istituzionale si identifica con il tentativo di instaurare un clima terapeutico ispirato alla cultura psicoanalitica, coinvolgendo tutte le persone presenti nell’istituzione ai fini di trasformare e ai limiti di annullare il contesto istituzionale stesso». In questo complesso scenario vanno ad inserirsi le storie dei nostri pazienti. Storie di vita, di sofferenza e a volte di morte psichica e rispetto alle quali la mente psicoanalitica può svolgere una potente funzione di mobilitazione e trasformazione terapeutica.

Il caso di Aldo si iscrive in questo gravoso intreccio, ci cimenta con i limiti dei nostri interventi quando le agenzie coinvolte in campo si moltiplicano, ma anche con le potenzialità del lavoro di gruppo. La sfida più grande da affrontare per le equipe impegnate nei servizi pubblici di salute mentale riguarda la molteplicità delle variabili in gioco, il doversi cimentare con i “casi complessi” che richiedono necessariamente interventi integrati. Diviene allora ineludibile il coinvolgimento delle altre agenzie che agiscono sul territorio: i servizi sociali, i comuni, i distretti sociosanitari, o quando si tratta di pazienti autori di reato, le forze dell’ordine, la magistratura e tutti gli altri interlocutori istituzionali. Figlio unico, Aldo resta orfano a cinque anni di un padre alcolista. Durante l’adolescenza compie piccoli reati, che alla maggiore età lo porteranno alla reclusione in carcere e a periodi di misure di sicurezza alternative. Quando aveva sette anni, la madre viene condannata a 14 anni in regime di detenzione. Aldo sta rientrando da scuola quando assiste al suo arresto. I poliziotti entrano in casa, sotto i suoi occhi la prelevano e la conducono energicamente nell’auto ferma con le sirene spiegate. È una scena estremamente vivida quella del suo racconto, urla e pianti disperati mentre corre inseguendo l’auto che si allontana. Il primo contatto con il CSM avviene nel novembre 2016. In quel periodo presentava comportamenti incongrui: urinava e defecava ovunque, cospargendo poi le feci, sputava sul pavimento, si masturbava compulsivamente in luoghi pubblici e per questi motivi era stato dimesso dalla Comunità che lo ospitava, ritenuto non più idoneo al programma terapeutico riabilitativo. L’assenza di caregivers, la marginalità sociale e la povertà quali determinanti di patologia da una parte, e la gravità del quadro, la scarsa consapevolezza di malattia, il rifiuto di curarsi, dall’altra, hanno sin dall’inizio ridotto la risposta del Servizio alla mera ricerca di strutture di ricovero, cliniche accreditate, SPDC, e alla stesura fallimentare di progetti terapeutici di inserimento comunitario. Sembrava che tutti gli operatori dell’equipe impegnata sul caso fossero ingaggiati nel ‘fare’ piuttosto che pensare clinicamente, nel tentativo di contrastare il profondo senso di impotenza e sconfitta. Il contenitore istituzionale di cura era chiaramente incapace di rendere pensabili i contenuti, ovvero le esperienze sensoriali ed emotive, impossibilitato al ripristino dei riferimenti spazio-tempo per depotenziare il caos, attraverso l’azione simbolizzante. Il mondo interno di Aldo restava abitato

dal caos. Circa un anno e mezzo fa, il Magistrato di Sorveglianza disponeva la libertà vigilata e l'obbligo di residenza presso una comunità terapeutica. L'equipe tutta e i rappresentanti delle altre agenzie del territorio avevano individuato una comunità terapeutica particolarmente restrittiva e coercitiva, per ridurre al massimo il reiterarsi delle fughe di Aldo. Ma nel dicembre 2024 Aldo si presenta al CSM. Mettendo fine alla sua fuga aveva deciso di rifugiarsi nel Servizio, dove intanto c'erano state profonde trasformazioni organizzative e un ricambio quasi completo del personale sanitario (pensionamenti, trasferimenti, nuove assunzioni). Agli operatori che lo accolgono riferisce di essere scappato, ma di non voler più tornare in quella comunità 'carcere'. Aldo fu accolto in un'atmosfera nuova, affettiva e allo stesso tempo contenitiva. Il suo caso era da tempo particolarmente attenzionato dall'equipe neoformata. L'equipe, riunita settimanalmente, aveva riservato uno spazio e un tempo per Aldo, lo aveva 'pensato'. Si era nel tempo strutturato un setting istituzionale, allargato poi anche ai nuovi contenitori non più a tenuta stagna, bensì interagenti tra loro: l'istituzione di cura, i servizi sociali, l'istituzione giudiziaria. Aveva preso forma nel tempo un nuovo spazio condiviso, con la creazione di un 'campo' istituzionale unico. I ritmi cadenzati delle attività, la costanza ripetuta dell'operatore di riferimento, gli incontri di intervizione settimanali, il potenziale di tutto il gruppo di lavoro impegnato sul caso, scandivano il setting o per meglio dire i settings. Il setting interno del terapeuta, in rapporto reciproco di 'incastro' con il setting dell'equipe e con i settings delle istituzioni coinvolte, consentiva la costituzione di un nuovo contenitore, che sostituiva la dimensione immaginativa dispersa e danneggiata, per fronteggiare le aree cieche che si erano determinate.

Formazione e clinica.

In ultimo, emergente sociale e istituzionale è anche il tema della formazione, tra teorie della clinica e clinica nelle comunità. Molte sono le connessioni tra i modelli delle cure e le loro ricadute sulle determinanti di salute e di malattia della popolazione, tra scelte politiche gestionali e di politica sanitaria. Un'esperienza di lavoro sul sito contaminato di Casale Monferrato, con la popolazione locale esposta al contagio da amianto, è stata condotta da Antonella Granieri, in qualità di professoressa ordinaria all'Università di Torino e da lei raccontata in varie pubblicazioni, ma qui è di interesse richiamarla, per quello che rivela del virtuoso collaborare tra università e istituzioni socio-sanitarie, se si applicano strumenti teorico clinici della psicoanalisi, opportunamente adattati e condivisi con agenzie sociali molto distanti dalle nostre competenze e sensibilità cliniche. Lì è stato possibile cogliere l'emergente latente sociale (gli affetti della popolazione casalese, 'contaminati' dalla paura di ammalare e morire, come era successo ai loro familiari) e lavorare sul lutto 'traumatico', l'urgenza sociale e il rischio sanitario che le istituzioni avevano colto. Le procedure cliniche che sono state messe in atto partivano dall'università, non scollegate da pratiche di formazione, e gli strumenti della cura, nati altrove, sono stati adattati al territorio e allo speciale campo di lavoro, costituendo dunque quell'esperienza una sorta di laboratorio, da studiare ed esportare in altri contesti. Il tema della formazione nell'università, con attenzione al latente sociale, al progetto di educazione sanitaria e di prevenzione clinica, concluderà il nostro lavoro.

A fronte di un emergente inteso in senso polisemico, è importante chiedersi quale formazione venga erogata in Accademia a futuri psicologi e psicoterapeuti, a partire da un vertice psicoanalitico. In particolare, è necessario riflettere sulla formazione relativa alle psicopatologie e ai bisogni di cura emergenti nel tessuto sociale. Nel pensare i contenuti formativi che negli anni in Università a Torino sono stati proposti a studentesse e studenti, è stato centrale mettere a fuoco come prima cosa gli elementi fondamentali di modelli teorici e interventi di base, costruendo così un contenitore sufficientemente stabile per affrontare un discorso autenticamente clinico in Accademia.

È su questo terreno che si è potuto costruire l'insegnamento di Clinica Psicoanalitica dell'Ascolto, previsto per il I anno del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica, in cui gli studenti incontrano un modello teorico psicoanalitico che considera l'ambiente come fattore determinante per la salute o la sofferenza psichica e possono così avvicinarsi a un modello di mente che pone

al centro dello sviluppo le qualità affettive e cognitive dei caregivers e la relazione intersichica tra questi ultimi e il bambino o l'adolescente. Al II anno di Magistrale questo stesso modello è alla base di un insegnamento di Psicologia Clinica, e gli studenti che si appassionano a questo vertice possono poi trovare nella Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica una naturale prosecuzione del loro percorso formativo. Grazie a questo, la Scuola ha potuto essere la prima sede a livello nazionale a erogare una formazione di terzo livello esplicitamente radicata nella psicoanalisi: gli specializzandi arrivano alle loro esperienze di tirocinio con un background di teoria della tecnica costruito con cura, frutto dell'insegnamento di diversi psicoanalisti in ruolo o docenti a contratto, e possono poi incontrare tutor psicoanalisti o specialisti di formazione psicoanalitica che supervisionano i loro primi passi clinici, offrendo un confronto formativo centrato sul modello analitico.

Questa riflessione sulla formazione erogata nell'Università assume valore centrale in un mondo che diventa sempre più povero, poiché questa nuova realtà emergente impone a tutti i professionisti con specializzazioni cliniche che hanno un'ampia ricaduta sociale – e alle loro istituzioni di appartenenza – di riflettere su cosa sia esportabile all'esterno dei contesti specialistici, senza però snaturare le fondamenta della propria formazione professionale. Questo ha fatto sì che il vertice psicoanalitico all'interno del contesto universitario non sia più solamente attivo in riferimento alla didattica e alle attività di ricerca, ma riguardi in modo sempre più robusto anche le cosiddette attività di Terza Missione.

La prima esperienza concreta di Antonella Granieri in questa direzione è stata quella realizzata a Casale Monferrato, già citata prima. I progetti lì realizzati hanno portato alla definizione di un modello di intervento psicologico-clinico che prevede come primo step una comunicazione della diagnosi effettuata dall'oncologo alla presenza dello psicologo clinico e come secondo step l'intervento psicoterapeutico, pensato a sua volta su due differenti livelli. Il primo livello è rivolto a pazienti e caregivers e quando gruppale prevede la realizzazione di Brief Psychoanalytic Groups, un modello di intervento psicoanalitico gruppale breve specificamente ideato per questa popolazione di pazienti e familiari. Il secondo livello di intervento psicoterapeutico, invece, è rivolto a tutta la popolazione e prevede l'attivazione di un gruppo multifamiliare sul territorio. Antonella Granieri, infatti, ha condiviso con Jorge Garcia Badaracco l'idea di esportare tale modello alla popolazione casalese esposta ad amianto. Infatti, come il paziente designato esprime con la sua sintomatologia una sofferenza che circola all'interno dell'intero nucleo familiare, in modo affine nei siti contaminati la patologia oncologica colpisce la singola persona, ma l'intero nucleo familiare, così come l'intera comunità, condividono la potenzialità di ammalarsi a causa della medesima contaminazione.

Questo tipo di lavoro, i risultati ottenuti nel tempo e le richieste di collaborazione che man mano arrivavano, hanno aperto la strada a una più robusta attività di Terza Missione, in cui l'Accademia potesse essere in primo piano nella progettazione e nella realizzazione di interventi clinici di orientamento psicoanalitico, in particolare in ambito sanitario. Un filone che negli anni ha assunto sempre più consistenza è quello degli interventi clinici erogati agli studenti universitari, in cui è forte il contatto con i nuovi modi in cui si esprime la dis-regolazione e la psicopatologia in questo mondo che cambia. Dal 2015 la Scuola gestisce le attività dell'area di Psicologia Clinica e Psicoterapia all'interno del servizio ResidenzAscolta, rivolto agli studenti universitari fuori sede ospiti delle Residenze Edisu Piemonte e, a partire proprio dall'esperienza della pandemia, gli specializzandi delle tre Scuole di Specializzazione in Psicologia dell'Ateneo di Torino (Psicologia Clinica, Psicologia della Salute e Neuropsicologia) collaborano alle attività dello Spazio di Ascolto di Ateneo. Questo percorso ha consentito anche di scoprire un'altra possibilità che ha l'Accademia per interfacciarsi con il territorio in modo specialistico, quella delle spin-off, più spesso aperte in altri settori disciplinari (come per esempio ingegneria, chimica e scienze biomediche), ma che possono anche essere spese per la realizzazione di interventi clinici rivolti alla popolazione.

Bibliografia

- Armstrong D., (2005), *Organization in the mind. Psychoanalysis, group relations and organisational consultancy*, Karnak, Tavistock Clinic Series, London.
- Baranger W. e Baranger M., (1961-62), *La situazione analitica come campo dinamico*, in Baranger W., e Baranger M., (1990), *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Bauleo A., (2000), *Psicoanalisi e gruppaltà*, Borla, Roma.
- Betti L., Galiani R. e Ruggiero V., eds., (2024), *Il disagio psichico, la psicoanalisi, i ruoli pubblici*, Alpes, Roma.
- Bion W.R., (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Astrolabio, Roma, 1972
- Bion W.R., (1974), *Il cambiamento catastrofico*, Loescher, Torino, 1981
- Bion W.R., (1992), *Cogitations* (Francesca Bion ed), Armando Editore, Roma, 1996
- Bleger J., (1967), *Simbiosi e ambiguità*, Armando Editore, Roma, 2018
- Bollas C., (2023), *Solitudine essenziale. Lezioni su Winnicott*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2025
- Bolognini S., (2008), *Teoria e tecnica della relazione interpsichica*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Bruschetta S., (2019), *Il fattore democrazia nei servizi di salute mentale delle società postmoderne*, in Nuova rassegna studi psichiatrici, vol. 17, n. 1/2019.
<https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-17/fattore-democrazia-servizi-salute-mentale-societa-postmoderne>
- Campoli G., Carnaroli F., eds. (2012), *Psicoanalisi e Servizi, quale incontro?*, Dibattito SPIWEB.
http://www.spiweb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=2219:dibattito-su-psicoanalisi-e-servizi-psicoanalisi-e-servizi-quale-incontro&catid=256
- Comelli F., (2011), *I gruppi terapeutici e il contenitore istituzionale*, in Funzione Gamma, n° 27, ottobre 2011. <http://www.funzionegamma.edu>
- Correale A., (1991), *Il campo istituzionale*, Borla, Roma.
- Ferro A., (2002), *Fattori di malattia, fattori di guarigione*, Raffaello Cortina, Milano.
- Ferruta A., (2010), *Il seminario clinico di gruppo come esperienza analitica accanto all'analisi e alla supervisione*, in Gabriellini G., eds., *Giovanni Hautmann e il pensiero grupale*, Felici Editore, Pisa.
- Foresti G., Fubini F. and Perini M., (2011), *Supervisione e consulenza psicoanalitiche: promuovere il contenimento e il sostegno nelle istituzioni*, in Funzione Gamma, n° 27, ottobre 2011.
<http://www.funzionegamma.edu>
- Freud S., (1909), *Cinque Conferenze sulla Psicoanalisi*, in *Opere di Sigmund Freud*, Vol. VI, Bollati Boringhieri, Torino. (1974)
- Freud S., (1912), *Totem e Tabù*, in *Opere di Sigmund Freud*, Vol. VII, Bollati Boringhieri, Torino, 1975
- Gatti B., (1971), Lo psicoanalista nelle istituzioni psichiatriche: crisi di identità o modificazioni del ruolo?, *Rivista di Psicoanalisi*, 17: 43-66.
- Holder A., ed., (2005), *International Psychoanalysis*, IPA Bull., Vol. 14, Issue 1, June 2005, p. 17.
- Kaës R., (1983), *L'apparato pluripsichico*, Armando Editore, Roma, 1996
- Main T.H., (1975), *Some psychodynamics of large groups*, in Kreeger L., ed., *The Large Group*, Constable, London. (Tr.it.: *Il gruppo allargato*. Armando Editore, Roma), 1977
- Nissim Momigliano L., (2001), *L'ascolto rispettoso*, Raffaello Cortina, Milano.
- Obholzer, A., (2007), *Le Istituzioni e l'inconscio*, in Perini M., ed., *L'Organizzazione Nascosta: Dinamiche inconsce e zone d'ombra*, FrancoAngeli, Milano.
- Pichon Rivière E., (1985), *Teoria del vincolo*, Armando Editore, Roma, 2021
- Rizzitelli R., Scotto di Fasano D., e Gruppo Soci Ruolo Pubblico, (2024), L'intelligenza dello psicoanalista al lavoro oltre il lettino, in *Psiche. Rivista di cultura psicoanalitica*, 2,
- Robutti A., a cura di, (2001), *L'ascolto rispettoso. Scritti psicoanalitici*, Luciana Nissim Momigliano, Raffaello Cortina, Milano.

Twemlow S.W., and Parens H., (2006), Might Freud's legacy lie beyond the couch?, in *Psychoanalytic Psychology*, Vol. 23(2), 430-451.
Winnicott D.W., (1971), *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma, 1974.

➔ [torna all'indice](#)

DISTURBI ALIMENTARI E SEMINARI ANALITICI DI GRUPPO: ALCUNE RIFLESSIONI TEORICHE

Anna Bovet

PREMESSA di Flaminia Cordeschi

I due contributi che seguono nascono da una lunga esperienza clinica condivisa nel campo dei disturbi alimentari che le due autrici portano avanti da tempo e dalla quale, negli ultimi quattro anni, ha preso forma un lavoro comune di conduzione dei seminari analitici di gruppo.

Il disturbo del comportamento alimentare è una patologia complessa multidimensionale che riguarda l'integrazione corpo-mente del paziente, l'area relazionale e il contesto sociale. La frattura tra esperienza corporea e rappresentazione psichica, la centralità dei meccanismi dissociativi, la prevalenza dell'agito corporeo in carenza di meccanismi di mentalizzazione trovano nel comportamento sintomatico, oltre agli aspetti distruttivi, una funzione autocurativa, regolativa e potenzialmente evolutiva.

A partire da questa matrice condivisa, i testi sviluppano, da prospettive differenti ma complementari, alcune questioni centrali nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare: da un lato, una riflessione teorico-clinica sull'attualità e sulla complessità di questi quadri psicopatologici; dall'altro lato, un approfondimento della dimensione istituzionale e della funzione dei seminari analitici di gruppo come dispositivo di lavoro e di formazione.

Nel loro intreccio, i contributi convergono nel mettere in evidenza il valore di questi dispositivi nel sostenere la pensabilità clinica tra gli operatori e nel consentire che quanto, nella cura, tende a irrigidirsi, a ripetersi o a restare non rappresentato possa essere riaperto, condiviso e progressivamente trasformato.

Le riflessioni teoriche che seguiranno sull'attualità dei disturbi alimentari intendono delineare una cornice di pensiero entro cui possa chiarirsi la funzione dei seminari analitici di gruppo come spazio di elaborazione clinica, in relazione alla particolare complessità dei livelli - somatici, psichici e relazionali - che tali quadri clinici mettono in gioco.

Si tratta di riflessioni che prendono avvio dalla lunga esperienza maturata in questo ambito, esperienza che trova espressione anche nella conduzione, insieme alla collega Flaminia Cordeschi, dei seminari analitici di gruppo, pensati come uno spazio di confronto e di elaborazione clinica rivolto a operatori dei servizi e a colleghi psicoterapeuti impegnati nella pratica privata.

In questi anni di conduzione, l'esperienza dei seminari ha rappresentato per noi una costante occasione di sviluppo della pensabilità clinica, di affinamento degli strumenti di lettura dei casi complessi e di condivisione delle risonanze emotive e istituzionali che tali pazienti frequentemente sollecitano.

Occuparsi di disturbi alimentari oggi significa lavorare in un ambito teorico e clinico caratterizzato dalla multidimensionalità del pensiero e della pratica. Se da un lato infatti ci troviamo a confrontarci con un bagaglio di strumenti teorici propri della psicoanalisi contemporanea che aprono sempre più la strada ad un pensiero multidimensionale teso a comprendere l'altro e il reale nelle sue dimensioni molteplici, dall'altro lo specifico di questa sintomatologia ci "obbliga" sul piano del lavoro clinico a predisporre forme di setting multidisciplinari che anche in situazioni psicopatologiche meno gravi e più in evoluzione prevedono un pensiero gruppale, volto a integrare punti di vista differenti che si producono reciprocamente e che possano coesistere intessuti insieme come salvaguardia della complessità e dell'estensione del pensiero clinico. Torneremo a breve su questo specifico punto.

La realtà dei disturbi alimentari, si configura come un sintomo in progressiva e continua espansione, uno specchio rivelatore particolarmente sensibile e in grado di riflettere come alcune attuali forme di disagio psichico si connettano strettamente alle modificazioni dei contesti socioculturali in evoluzione. Una realtà che richiede un confronto continuativo, finalizzato a far crescere e rinnovare il pensiero sulle aree eziologiche e multifattoriali che lo caratterizzano e volto ad evidenziare dinamiche inconsce, configurazioni relazionali e processi di soggettivazione che ne strutturano l'emergenza e la persistenza.

Sappiamo come dal Covid in poi le nuove diagnosi di disturbi alimentari siano molto aumentate e come tale progressione non solo non accenna a diminuire ma si assiste negli ultimi anni ad un abbassamento progressivo dell'età di insorgenza. Non è questo il contesto per approfondire in modo esaustivo le molteplici connessioni che hanno reso il periodo del Covid un potente detonatore dell'aumento esponenziale dei casi di questo disturbo. Basterà accennare come, in quella straordinaria congiuntura di sospensione del tempo e compressione dello spazio relazionale, abbia inciso – tra altri fattori – l'uso ulteriormente intensificato dei social: più tempo online, maggiore esposizione a contenuti centrati sul corpo, sulle diete e su immagini di corporeità idealizzate e spesso irreali. Negli spazi virtuali e ipnotici delle piattaforme digitali si assiste ad una crescente proliferazione di immagini corporee altamente curate e ottimizzate, che forniscono al soggetto un repertorio visivo e normativo capace di ampliare la distanza strutturale tra il corpo vissuto – punto di ancoraggio dell'esperienza incarnata – e il corpo immaginato, idealizzato e normato.

L'esposizione a sguardi e immagini esternalizzanti sembra promuovere una percezione del corpo come oggetto da monitorare piuttosto che come soggetto dell'esperienza.

La frattura tra corpo vissuto e corpo immaginato, amplificata dall'immaginario corporeo digitale, favorisce l'attivazione di meccanismi di dissociazione mente-corpo che costituiscono un nucleo strutturale dei sintomi alimentari.

In questo quadro, il corpo idealizzato diventa un riferimento interno rigido, una sorta di *corpo superiore* (Camassa 2010) che prescrive controllo e perfezione e che tenta di conferire un ordine a vissuti psico-somatici poco integrati.

A mantenere questa frattura, contribuisce la bolla sensoriale del sintomo, che nel digiuno e nell'abbuffata genera stati percettivi chiusi: un vuoto estremamente controllato da un lato, un pieno saturante dall'altro. La riduzione del sentire emozionale che ne deriva blocca l'esperienza, evitando il contatto con emozioni e stati interni difficili da tollerare o da trasformare psichicamente.

L'assenza di un organizzatore psichico capace di soggettivare l'esperienza incarnata è alla base di questi meccanismi dissociativi, che separano e compartimentalizzano aspetti corporei ed emotivi rendendoli estranei l'uno all'altro. Se da un lato il disturbo del comportamento alimentare può essere compreso come un tentativo di azione sul processo evolutivo di costruzione identitaria, dall'altro esso rivela la propria radice profondamente relazionale, laddove il processo di integrazione somato-psichica risulta essere stato minacciato.

Sono sintomi che si inscrivono all'interno di un contesto relazionale originario in cui l'ambiente primario è un'area intersoggettiva di trasmissione dei propri modelli di rapporto con la realtà, in cui si costituiscono le prime configurazioni di regolazione somatopsichica, gli impingements dell'ambiente di cura e le forme precoci della qualità di risposta trasformativa dell'altro. In questa area primitiva dell'esperienza, l'organizzazione somato-psichica emerge progressivamente attraverso processi di modulazione reciproca e inscrivendosi in matrici relazionali che condizioneranno la futura possibilità di un senso integrato di sé corporeo.

I disturbi di personalità soggiacenti ai sintomi alimentari più gravi hanno origine e devono essere in questo senso compresi proprio come patologia che si sviluppa nello spazio intermedio tra fisico e psichico, dove il corpo in quanto tramite originario nella relazione sé-altro, sarà il depositario di una rete di trasmissioni intergenerazionali responsabili di innesti traumatici. La maggior parte di ciò che è codificato nel corpo-mente di questi pazienti è a livello di una memoria emozionale implicita, cosicché gli aspetti negati e dissociati, coperti da disgusto e vergogna e agiti nella forma sintomatica, presentano una loro realtà traumatica criptata nel corpo che - in assenza di una possibilità di

“rimbalzare” su una nuova forma di legame intersoggettivo - non può prendere la via della rappresentazione. Il sintomo può essere visto allora come una soglia critica in cui il ripiegamento autarchico di tracce sensoriali non integrate – organizzate in difese impermeabili all’Altro – convive con la necessità, inscritta nell’agire somatico, di riattivare il legame relazionale.

In questa soglia è condensata una doppia valenza: da un lato riaccende tracce traumatiche implicite inscritte nelle azioni sintomatiche del corpo; dall’altro queste tracce possono trasformarsi quando l’incontro con i curanti introduce una qualità relazionale capace di accogliere, modulare e dare significato a contenuti psichici finora non elaborabili.

La “bolla sensoriale” sintomatica si colloca in uno spazio in cui azione e pensiero si integrano piuttosto che contrapporsi. L’azione corporea del sintomo, pur nella sua ripetizione senza tempo, contiene un potenziale rappresentativo che può attivare la progressione della materia traumatica e generare nel campo analitico dinamiche emozionali capaci di sostenere il lavoro di elaborazione e cambiamento nella relazione terapeutica.

Tornando allo specifico dei setting multidisciplinari, nel lavoro con i DCA l’équipe dei curanti si configura come un sistema delicato e complesso, chiamato a integrare funzioni diverse – mediche, psichiatriche, psicologiche, nutrizionali e familiari. Proprio all’interno di queste dinamiche composite diventa evidente come la funzione del sintomo possa estendersi, distribuirsi e prendere forma nel campo di cura che coinvolge tutti i suoi componenti.

Frequentemente a fronte di una stasi sintomatica – rifiuto del cibo, vomito, l’ipercinesia, il sabotaggio delle prescrizioni mediche – si genera nel gruppo dei curanti una costellazione emozionale intensa: angoscia, irritazione, urgenza, senso di impotenza, spinte a controllare o a ritirarsi. È proprio all’interno di questa dinamica che possono accadere delle significative trasformazioni, se l’équipe riesce a riconoscere che ciò che circola tra i curanti è la messa in campo di vissuti non elaborati del paziente e della sua famiglia. In questo assetto, il timing con cui vengono attivate le diverse funzioni dell’équipe non è un dettaglio organizzativo, ma una vera e propria azione del campo, capace di incidere profondamente sull’esperienza del paziente.

La relazione tra urgenza nutrizionale o medica e possibilità psichiche del soggetto è infatti un’area estremamente delicata: interventi troppo rapidi o pressanti possono essere vissuti come intrusioni difficili da tollerare, mentre un’attesa prolungata in tal senso può evocare vissuti di mancata protezione o di non-rispecchiamento dei bisogni vitali. In questo scenario, la tempistica e il dosaggio degli interventi può assumere un carattere potenzialmente ri-traumatizzante, trasformandosi in un eccesso o un difetto di presenza, riattivando configurazioni relazionali già note al paziente e favorendo nell’équipe stati di impasse che replicano la logica di chiusura del sintomo.

Quando però l’équipe riesce a lavorare in modo riflessivo sulla scansione dei propri interventi – mantenendo in dialogo l’urgenza del corpo e i tempi psichici, le necessità di stabilizzazione e le possibilità rappresentative – la dinamica può trasformarsi in un movimento integrativo del campo.

Le risonanze emotive attivate dalla stasi sintomatica possono allora essere riconosciute come espressioni gruppali dell’esperienza non elaborata del paziente, e non come difficoltà o mancanze individuali. Integrate all’interno di una trama affettiva e rappresentativa condivisa, queste risonanze diventano veri e propri punti di accesso alla comprensione di ciò che nel paziente è ancora muto, frammentario o affidato esclusivamente al corpo, restituendole come possibilità di pensabilità comune.

In questa prospettiva risulta più comprensibile anche la funzione del seminario analitico di gruppo, per come lo abbiamo utilizzato e progressivamente messo a punto nel corso di questi anni di conduzione. Il particolare assetto del seminario analitico di gruppo favorisce infatti la costituzione di un campo di lavoro caratterizzato da fiducia e autenticità, capace di sostenere la libera circolazione del materiale clinico pur nella pluralità delle appartenenze istituzionali e dei livelli di esperienza terapeutica. Tale configurazione facilita l’emergere di risonanze affettive e associative, promuovendo una rielaborazione condivisa dei nodi più critici dei percorsi terapeutici, l’individuazione di eventuali impasse del processo di cura e una più articolata comprensione delle complesse interconnessioni tra i curanti.

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. (2010), Anoressia: un'epidemia del corpo come oggetto superiore, *Rivista di Psicoanalisi*, 3:549-560.
- Ciocca A., Dazzi F. e Marinelli S., (2013), *Anoressie: patologie del sé corporeo*. FrancoAngeli, Milano.
- Contorni S., Correale A. e Neri C. (2005), *Fattori terapeutici nei gruppi e nelle Istituzioni*. Borla, Roma.
- Cordeschi, F. (2022), I DCA dopo il COVID-19. Pandemia, adolescenza e identità., *Rivista di Psicologia Analitica*, 105:53.
- Cosenza D., (2018), *Il cibo e l'inconscio*, Franco Angeli, Milano.
- Mucci C., (2020), *Corpi Borderline*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

➔ [torna all'indice](#)

DCA: LA FUNZIONE DI CURA E FORMAZIONE DEI SadG

Flaminia Cordeschi

1. IL RUOLO DELL'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE NELLA CURA DEI DCA

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono patologie che richiedono il lavoro di équipe multidisciplinari e un pensiero di gruppo per poter essere comprese nella loro complessità.

Per avviare una trasformazione è necessario favorire i punti di scambio tra il corpo e la mente, creare nuove rappresentazioni in pazienti con difficoltà a mentalizzare i propri stati interni e affrontare le frequenti impasse terapeutiche.

I tempi della cura, in particolare, vanno coordinati nell'équipe. A volte, va data priorità a un'urgenza medica, salvaguardando però la continuità della cura nel suo complesso, che richiede una modulazione della risposta all'urgenza nel rispetto del processo psicoterapeutico del paziente e di quello della famiglia.

Non è facile procedere tenendo conto del corpo reale, che reagisce agli attacchi distruttivi, e del corpo vissuto, sede dell'inadeguatezza e della vulnerabilità.

L'identificazione patologica con l'ideale di magrezza è prevalentemente cercata come un'auto-cura, una compensazione degli aspetti precari del sé, e il DCA può anche attivare elementi di soggettivazione e dare vita, soprattutto in adolescenza, a una protoidentità di tipo evolutivo.

I gradi di non integrazione e di slivellamento tra questi diversi piani, spesso a opera di meccanismi di dissociazione, sono già una rappresentazione agita del conflitto interno del paziente nell'ambito del campo di cura.

2. DCA COME PATOLOGIA EMERGENTE

Dalla pandemia in poi l'incidenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare è aumentata di circa il 40%. I pazienti DCA hanno caratteristiche complesse e "seriali": l'alterazione dell'immagine corporea, il vissuto permanente di difettualità e di estraneità a sé stessi, l'autostima bassa.

A questo nucleo identificativo possono essere associate tutte le strutture della personalità e comorbidità sintomatiche, in relazione alle quali la funzione "autocontenitiva", "autocurativa" ed "evolutiva" del sintomo prende forme diverse.

Il fenomeno DCA a livello collettivo, inoltre, non è statico, ma si caratterizza per delle ondate d'intensificazione vuoi della numerosità dei casi, vuoi di combinazioni sintomatiche precise, a volte relative a una specifica fascia di età che riflettono, nella funzione di "autocura", le angosce legate ai modelli sociali di comportamento.

Nell'ondata degli ultimi anni si è assistito a un aumento dei casi con esordio intorno ai 12-14 anni, spesso con l'aggiunta di rituali per sentire dolore fisico (ferite, scottature ecc.), insieme a idee di sparizione e di suicidio che hanno rinforzato il lato distruttivo della configurazione sintomatica in un clima di persecutorietà, spesso posta in relazione a richieste esterne vissute come fagocitanti.

In questa ondata, la possibilità di enucleare il potenziale evolutivo del DCA è stato collegato soprattutto al riconoscimento delle sensazioni in grado di "trovare o ritrovare" il proprio corpo. Sensazione che, quando messa in parole all'interno di un percorso di cura, può avviare un processo di riflessione e progressiva appropriazione di sé.

3. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

La crescente diffusione dei DCA, gli alti tassi di cronicità, recidiva e mortalità ha prodotto una maggiore collaborazione tra pubblico e istituzioni private.

Le linee guida indicano, accanto alla multidisciplinarietà, protocolli operativi schematici e generici tanto da rischiare di diventare meccanici. Non ci sono indicazioni su come formarsi per realizzare un vero dialogo tra operatori dell'area psicologica e dell'area medica, operatori che in entrambe le aree sono oggetto delle identificazioni proiettive dei pazienti e a contatto con le angosce di morte e d'impotenza che sono generate da questo tipo di situazioni.

Non vengono considerati dei dispositivi per la manutenzione della mente degli operatori sottoposti alle difficoltà dei trattamenti e alla pressione di richieste tanto numerose.

Le caratteristiche dei DCA rendono fondamentale avere dei dispositivi di confronto e di formazione degli operatori che valorizzino l'approccio psicoanalitico, approccio che può favorire un rapporto tra la rete, l'istituzione e le emozioni che vi circolano, con l'obiettivo di realizzare un'interazione contenitore-contenuto di tipo vitale.

Occorre preservare identità professionali, competenze e ruoli diversi dei vari operatori (psicologi anche di orientamenti teorici differenti, psichiatri, nutrizionisti e medici), integrarsi ma non sovrapporsi in un clima comunitario.

È inoltre importante superare, all'interno dell'équipe, le letture unilaterali e parallele dei fenomeni che ricreano i conflitti interni del paziente, per coltivare la necessaria permeabilità alle considerazioni dell'altro condividendo una nuova rappresentazione del paziente che possa contenere contemporaneamente i vari livelli del suo funzionamento. È un lavoro complesso e impegnativo per tutti.

Anche i singoli terapeuti privati spesso cercano di entrare in contatto con équipe di lavoro, specie quando il DCA si manifesta in un fase avanzata del percorso terapeutico, con il rischio di interromperlo se non si realizza una rete di professionisti effettivamente integrata che possa permettere d'individuare adeguatamente il funzionamento complessivo del paziente.

4. PERCHÉ I SAdG FOCALIZZATI SU UNA PATOLOGIA SPECIFICA? IL COLLEGAMENTO CON L'ESPERIENZA DAI

Siamo alle soglie del quarto anno di SAdG all'interno del progetto "Ripensare il caso clinico".

Nella mia esperienza, i seminari hanno una duplice funzione.

La prima è di confronto e approfondimento per le équipe multidisciplinari già formate che possono verificare, potenziare e arricchire l'esperienza comune.

La seconda è di avvio della formazione di quei partecipanti che non sono abituati a lavorare in modo gruppalmente in un campo di cura allargato.

L'esperienza dei SAdG focalizzati sui DCA assume un ruolo di supporto fondamentale per come li abbiamo sperimentati e utilizzati nel corso di questi anni con la collega Anna Bovet.

Ci siamo avvalse dell'integrazione tra l'appartenenza al gruppo Psicoanalisi e Servizi della SPI, dal quale nasce il progetto "Ripensare il caso clinico", e l'esperienza di un quindicennio nell'istituzione DAI - Disturbi Alimentare in Istituzione. Fondata nel 2011, è un'istituzione privata a vocazione sociale che si basa su un'équipe multidisciplinare consolidata (psicologi, psichiatri, nutrizionisti, medici, personal trainer, osteopati), che interagisce in rete con terapeuti del servizio pubblico e con altri operatori interessati dell'area privata.

Le riunioni di équipe multidisciplinare nell'Associazione DAI sono gestite favorendo, accanto agli aspetti organizzativi, la continuità dei trattamenti e la tenuta emotiva attraverso il sostegno della mente dei curanti secondo il modello dei SAdG.

Nelle riunioni di équipe vengono spesso inclusi operatori pubblici e privati che seguono casi di DCA e che utilizzano elementi della nostra rete: solitamente, gli aspetti medici, nutrizionali, psichiatrici o di accompagnamento della famiglia. Il caso clinico viene affrontato dall'intero gruppo e non

solo dal sottogruppo che segue direttamente il paziente, in quanto chi non è direttamente coinvolto nella cura può offrire una prospettiva diversa e preziosa.

I SAdG rendono possibile l'affinamento di un ascolto che produce una funzione integrativa tesa a decifrare e a tenere a mente i diversi livelli di funzionamento dei pazienti. L'esperienza degli operatori coinvolti nel caso diventa condivisa e può essere sostenuta, elaborata e trasformata nell'unione tra vissuto individuale e vissuto del gruppo.

La mente individuale del singolo curante, infatti, spesso non riesce a cogliere degli aspetti che iniziano a essere riconoscibili solo nello spazio somato-psichico del gruppo attraverso una rappresentazione collettiva e progressiva. Questo modo di procedere permette di cogliere aspetti di solito oscurati, muti, dissociati e d'individuare tanto le aree non rappresentate o traumatiche, spesso comunicate attraverso agiti del paziente, quanto le fluttuazioni in seduta tra presenza e assenza psichica del paziente e degli operatori.

5. SADG: TRE CASI ESEMPLIFICATIVI NEL 2025

Rispetto al gruppo del 2024, i casi affrontati quest'anno si sono distinti per una maggiore gravità, forse segno di un nuovo flusso di pazienti con una funzione del sintomo legata alla stabilizzazione degli aspetti di frammentazione ed esposti a rischi di tipo medico elevati e spesso improvvisi.

In questi casi la funzione del DCA sembra sganciata da una dimensione comunicativa e radicalizzata solo in un agire volto a contenersi. Gli aspetti di sensorialità o eccitazione spesso costituiscono un rumore di fondo e contrastano la percezione del dolore mentale e il consolidarsi di uno spazio psichico.

Riporto alcuni passaggi di tre casi condivisi nei SAdG di quest'anno che possono essere esemplificativi del lavoro svolto.

Il caso di una donna di 43 anni, con una grave anoressia cronica. Presentano il caso la terapeuta e il medico di riferimento.

Ci si è interrogati, in particolare, su alcuni movimenti labiali afoni della paziente, che apparivano a volte nelle sedute e che la terapeuta non era riuscita a decifrare.

Progressivamente è stato possibile creare nuove rappresentazioni che orientavano verso la presenza di voci interne di natura superegoica coerenti con il vissuto di inadeguatezza della paziente con un contesto familiare di trascuratezza. La concretezza del sintomo rappresentava a volte l'ancoraggio al corpo reale, che altrimenti non era rintracciabile. Contestualmente alla decifrazione delle voci la paziente presentava un crollo organico con la necessità di cure mediche legato alla cronicità del disturbo alimentare, rendendo particolarmente difficile per la terapeuta e la nutrizionista preservare uno spazio di rappresentazione e riflessione. Il gruppo è riuscito a creare immagini di riferimento e collegamenti, utilizzando metafore che hanno aiutato a tutelare il setting e a mitigare gli aspetti superegoici e di colpa inconscia.

Nel caso di una 23enne (con bulimia con vomito) la terapeuta, che lavorava in ambito privato, aveva condiviso molte informazioni del processo in corso, ma in modo dispersivo, e si interrogava sull'adeguatezza del setting per contenere elementi di forte emotività e rabbia.

Nella prima fase del seminario, attraverso l'intervento di alcuni partecipanti sono state proposte soluzioni e immaginate azioni per tenere insieme i diversi aspetti della paziente, mentre altri partecipanti rimanevano silenziosi segnalando un sottofondo di angoscia.

Verso la fine dell'incontro una collega del gruppo, non coinvolta direttamente nel caso e che non era riuscita a sintonizzarsi sul materiale clinico sentito come troppo denso, ha offerto un'immagine: "mi viene in mente una scatola nera ritrovata dopo un disastro aereo nella quale si sentono tutte le voci registrate, anche se è difficile capirci qualcosa". L'immagine di una *black box* è stata accolta dal gruppo come puntuale riguardo alla paura della paziente relativa alla ripetizione di un precedente crollo e all'ansia della terapeuta riguardo al timore d'interruzione del trattamento che si era espresso nel portare troppo materiale, difficile da decifrare.

Il lavoro del gruppo ha permesso di spostare il baricentro dalla dimensione relazionale troppo intensa della diade terapeuta-paziente a uno spazio terzo nel quale il legame poteva essere pensato e trasformato.

Infine, il caso di una donna di 31 anni, che ha visto partecipare al SAdG la terapeuta della paziente, la terapeuta dei genitori e la nutrizionista e nel quale viene condiviso materiale riferito ai tre diversi setting.

La paziente soffre di anoressia da oltre tre anni. Giunge in terapia su spinta dei genitori che la descrivono come grave e manipolatoria, ma in seduta appare fragile, smarrita e bisognosa di riconoscimento. Il sintomo era emerso dopo una dieta e la palestra suggerite dalla madre all'interno di un contesto familiare rigido, intrusivo e svalutante, con un vissuto profondo di non essere vista. Emerge il trauma dissociato di un aborto imposto dai genitori e del successivo allontanamento dal compagno.

Il gruppo in un primo momento non coglie la gravità del modo in cui si era svolta l'attività sportiva. La paziente portava il movimento fisico all'estremo, mentre il sintomo anoressico sembrava essere meno rigido. Utilizzava il movimento fisico come regolatore del peso, ma anche come modo per svuotarsi dall'angoscia. L'anoressia e l'iperattività fisica sembravano funzionare come modalità di controllo e di gestione di un dolore psichico non mentalizzato, oltre che come richiesta inconscia di attenzione. In un primo momento, nella discussione di gruppo era stato minimizzato anche il tema dell'aborto, che poi era stato invece riconsiderato insieme all'opportunità di mantenerlo sullo sfondo, rispettando i tempi di simbolizzazione in modo da sostenere, senza forzature, l'emergere delle parti adulte della paziente.

Il confronto con i colleghi ha permesso di modulare il senso di urgenza e di gravità medica, evitando agiti terapeutici e sostenendo una posizione di ascolto più tollerante dell'impotenza e della lentezza del processo. Il SAdG ha anche favorito una maggiore chiarezza sulle dinamiche transferali e controtransferali, in particolare sul rischio di colludere con le richieste infantili di accudimento o, al contrario, con le pressioni genitoriali e mediche.

L'esperienza ha rappresentato per i curanti un importante dispositivo di regolazione emotiva e di orientamento clinico, rafforzando la capacità di restare in una posizione analitica pensante di fronte a una situazione complessa e ad alto rischio.

6. INDICAZIONI E PROSPETTIVE

Il lavoro di quest'anno conferma la possibilità che nell'ambito dei SAdG si creino nuove rappresentazioni lavorando sulle narrazioni e sulle dimensioni agite e non ancora mentalizzate.

I momenti di non presenza, di vuoto associativo, di blocco, di sospensione, di rigida ripetizione, sono stati valorizzati cercando di rendere visibile l'invisibile, di rendere i pensieri permeabili alle emozioni, di rimanere fiduciosi che qualcosa sarebbe a un certo punto emerso, come è poi sempre successo.

Questo è stato possibile lavorando in modo utile e aperto, parlando liberamente con naturalezza, autenticità e partecipazione, anche grazie alla presenza di componenti del gruppo che avevano già partecipato ai seminari degli anni scorsi.

Allo stesso tempo, è stato possibile riflettere su qualche linea evolutiva ancora non esplorata.

Anzitutto, dedicare i SAdG alla specifica patologia dei DCA, sviluppando la metodologia originaria, ha permesso di porre in evidenza il rapporto tra le invarianti del disturbo e i suoi aspetti fenomenologici ricorrenti in continua mutazione al di là del singolo caso.

In futuro, il gruppo può porsi ancora di più come luogo recettivo delle dimensioni collettive e sociali del DCA. Allo stesso tempo, possono essere colte altre opportunità del dialogo tra il sottogruppo dei curanti e quello dei non curanti che ha mostrato, come si è detto, di aprirsi a prospettive differenziate valorizzandole nei percorsi di cura individuali.

Sotto entrambi i profili, in un confronto fecondo tra il campo di cura e il campo allargato.

Bibliografia:

- Bion W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*, Armando Editore. Roma (1971)
- Bleger J. (1967), Psicoanalisi del setting psicoanalitico in Genovese C. (a cura di) *Setting e processo psicoanalitico*, Milano, Raffaello Cortina (1988).
- Bovet A., Funzioni del luogo di cura specializzata e assetto mentale dell'analista, in *Rivista di Argo - Gruppo: omogeneità e differenze*, n.7/2021.
- Bovet A. (2022), Quando il corpo è campo di riattivazione per prendere vita, in *Rivista di Psicologia Analitica, Nuova serie*, vol. 105/53.
- Ciccolini L., Cosenza D., a cura di (2015), *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., Salemme 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*, n.7/2021.
- 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*, vol. 105/2022, n.53.
- 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.
- Neri C. (2021), *Il gruppo come cura*, Milano, Raffaello Cortina.
- Marinelli S., a cura di, (2022), Intervista con Paolo Boccara, "Seminari analitici di gruppo", in *Psicoanalisi di gruppo. Reso-conto di 50 anni di lavoro, Funzione Gamma*.
- Mosco G.D., a cura di, (2022), Intervista a Flaminia Cordeschi, "Il gruppo omogeneo nella cura dei disturbi del comportamento alimentare" in *Psicoanalisi di gruppo. Reso-conto di 50 anni di lavoro, Funzione Gamma*.

➔ [torna all'indice](#)

DISCUSSIONE

Giuseppe Riefole

Da quello che sta emergendo nei nostri scambi, a me interessava la differenza che veniva sottolineata fra *emergenza* che, soprattutto nel contesto delle istituzioni, può confondersi con *urgenza*. Per me si tratta di due categorie nettamente differenti che individuano, soprattutto nei servizi, modalità cliniche differenti. Penso che alla fine noi ci occupiamo, essenzialmente, soprattutto di emergenze. “Emergenza” si connota come un processo che ha tempi e percorsi anche molto lunghi ed ampi e gli interventi terapeutici possono dilazionarsi secondo tempi discreti. Nell’“urgenza” il tempo e il percorso impongono un cambiamento ed un intervento terapeutico inderogabile. Nell’emergenza si può (si deve?) aspettare che il processo si sveli nel suo decorso, e ci si pone in una posizione di accompagnamento e di ascolto, mentre nell’urgenza una decisione è inderogabile. Penso che la gran parte del lavoro psichiatrico abbia a che fare con l’emergenza. Qualche volta dobbiamo occuparci anche di urgenza, ma ritengo che in questi casi, ci debbano essere specifici contesti istituzionali capaci di (ed organizzati per) occuparsi di urgenza. Per me, *urgenza* è la dimensione di un processo in cui si impone che una decisione sia inderogabile ed ha le dimensioni del *Kairos*, mentre *emergenza* comporta che ci si possa disporre per accogliere il processo e modularne soggettivamente il decorso. Altra cosa che mi incuriosiva positivamente era questa capacità di alcuni servizi di saper accedere ai contesti sociali e persino amministrativi quali l’assessorato e magari collaborazioni con organizzazioni di volontariato. Ne parlava prima anche Andrea Auletta che ci citava di collaborazioni con situazioni anche giudiziarie. Per l’utenza di cui ci occupiamo, ovviamente ciò è inevitabile, ma la rigorosa posizione analitica, nella linea di Bleger (1967) è capace di collocare queste necessità nel setting e di non confonderle nel processo. Anche in questo caso siamo di fronte a possibilità di complessità. A mio parere gli psicoanalisti devono amare la complessità, ma soprattutto le istituzioni ci impongono di sapersi attrezzare per poterla gestire ed usare. Ciò che emerge dalla discussione di oggi è che il lavoro di gruppo sia un potente dispositivo per affrontare la complessità perché altrimenti noi semplifichiamo le situazioni e, se le riduciamo, le rendiamo solo concrete.

Marco Grignani

Mi sono trovato molto d'accordo con questo discorso perché nasce dall'esperienza concreta e mi ha colpito molto quello che diceva Pino Riefole, sull'importanza di costruire un canale di comunicazione con le istituzioni politiche e tecniche di livello superiore nella gerarchia organizzativa e decisionale. Nella mia esperienza di Direttore di un DSM trovo molta difficoltà in questo, però credo sia indispensabile. E qui si apre un discorso un pochino più complicato, cioè il fatto che l'istituzione è qualche cosa di cui dobbiamo tenere conto e oggi ne abbiamo parlato poco: l'istituzione c'è ed ha caratteristiche specifiche. È stato citato Basaglia e si è parlato del problema del manicomio; mi pare che siamo tutti abbastanza d'accordo sul fatto che nell'istituzione devi fare manutenzione, come diceva Flaminia Corddeschi, soprattutto gli operatori hanno bisogno di avere spazi di manutenzione, questo credo che sia il punto centrale; se noi non facciamo questo tipo di discorso andiamo verso l'istituzione totale, cioè andiamo a riproporre in termini generali il modello della psicosi all'interno delle istituzioni che dovrebbero curarla; l'isolamento, la rigidità, la frammentazione, l'attenzione difensiva e patologica sul corpo, l'allarme sui sintomi e la loro gestione rappresentano la caduta del pensiero degli operatori e dei gruppi di lavoro in generale. Quindi l'istituzione e il gruppo di lavoro diventano specchi della psicopatologia più grave, della psicosi, se noi non facciamo manutenzione. Tutto questo va avanti inerzialmente credo, quasi da solo. Se invece riusciamo a proporre seminari analitici di gruppo, gruppi multifamiliari andiamo nella direzione terapeutica anche per l'istituzione,

terapeutica per il gruppo di lavoro e di conseguenza terapeutica per gli utenti. Se noi facciamo questa manutenzione probabilmente costruiamo qualcosa di importante e significativo; diamo spazio al pensiero psicoanalitico; non trovo assolutamente nient'altro che possa intervenire in questa direzione. Si faceva ad un certo punto un discorso abbastanza interessante sulla democrazia. Lo vorrei riprendere perché è anche il discorso che fanno Correale e Fornari; qui vorrei sottolineare specificamente il fatto che la democrazia serve per combattere la persecutorietà di cui si è parlato tanto; è qualcosa che serve per recuperare degli aspetti identitari, perché tutela e fa crescere il diritto di parola; il discorso infatti è circolare e non verticale. Credo che questo sia decisamente psicoanalitico perché comporta una trasformazione del concetto di potere e di quello di autorità che sono completamente diversi, perché diventano più legati alla derivazione "potis esse" e quindi potere come visione del futuro oppure, nel caso della parola "autorità" nel senso anche qui della sua etimologia: la parola deriva da augere, crescere; l'autorità è quindi rivolta alla crescita. Sono tutti concetti che secondo me sono molto utili e psicoanalitici e proprio all'interno dei gruppi multifamiliari nei seminari analitici di gruppo si ha la possibilità di farli evolvere concretamente.

Loredana Betti

Ovviamente il punto ora è condividerlo questo materiale, e il bisogno di parlarne tra noi. Le cose che mi dite, essere qua, esserci venute apposta, diverso da essere online, che ovvio ci serve la piattaforma, ma dico anche che esserci è meglio. Detto questo ti dico che sono in sintonia con quello che dicevi, è una questione dell'istituzione, e parlavi di Carlo Manuali, che è stato un punto di riferimento nella vicenda antiistituzionale, dei servizi post manicomio, penso che le cose che ha detto e scritto siano molto utili per ragionare sulla salute mentale odierna. E sulle istituzioni, poco tempo fa A.M. Ferruta in un incontro diceva che non si è ancora abbastanza ragionato sul bisogno di appartenenza e questo mi pare centrale se ragioniamo sulle istituzioni, di cui vediamo di più la parte persecutoria, ma c'è anche come essere figli per noi che come generazione abbiamo fatto in modo che non ci fossero i padri e siamo state contro, in un mondo di istituzioni rigide, ribellarsi era giusto, ma c'è anche un bisogno di appartenenza che non è per forza regredire nel mare dell'indistinto, un bisogno di riconoscersi che per me è un tema da esplorare a partire da qui. Con il metodo nostro, della psicoanalisi, uno strumento potente se parliamo di ragioni delle istituzioni, di figlie e di padri, di sentimenti, di radicalità emotive, luci ed ombre, e dicevo dell'importanza di essere qui a condividere, quindi un collettivo che pensa istanze che sono anche molto personali. Ragioniamo anche sul femminile e sul maschile, in qualche modo istituenti di quello che siamo, ma più che costruzione psicologica direi radicalità psicoanalitica cui non mi sento di rinunciare, non mi pare ci sia alternativa, ma, appunto, luci ed ombre.

Giuseppe Riefole

Pensavo che i contributi di oggi individuano vari dispositivi che permettono i processi trasformativi nelle istituzioni. Flaminia e Anna ci propongono il dispositivo dell'immaginazione. La teoria psicoanalitica ci propone numerosi esempi del dispositivo della immaginazione: il pensare per immagini di Freud, l'icona e la *reverie* di Bion, la raffigurabilità dei Botella, il processo di formulazione dell'inconscio attraverso l'immaginazione di cui ci parla Donnel B. Stern. Gli psicoanalisti, indipendentemente dalla propria posizione teorica, sanno che quando il paziente parla la comunicazione inconscia si coglie attraverso la capacità ad immaginare dell'analista. A questo punto le istituzioni permettono numerosi vertici attraverso cui immaginare e questo è sicuramente una grande opportunità. Io pensavo ad altre istituzioni di cui, come gruppo di "Psicoanalisi e Istituzioni" ci siamo occupati negli scorsi seminari. Ad esempio pensavo alle enormi possibilità del contesto della scuola, spesso costretto in una grave morsa di concretezza e di relazioni simmetriche che portano grave sofferenza

per alunni e docenti. Ciò comporta che gli analisti riconoscano quanto i pazienti o le nuove patologie chiedano ai servizi di modificarsi al fine di poter accogliere e sintonizzarsi su sofferenze che altrimenti non potrebbero essere accolte. In questa linea, è lecito, a mio parere, riconoscere che i nostri servizi siano vecchi e che per fortuna - scusate la provocazione - ci troviamo nella fase discendente di una parabola che crea spazio e impone la nascita di nuovi servizi. Ritengo che i prossimi servizi saranno quelli “imposti” dai pazienti border i quali chiedono nuove modalità di accoglienza, di ascolto e di sintonizzazione che sia elastica e non rigida e soprattutto non simmetrica al codice che organizza la loro sofferenza. Gli analisti, attraverso il dispositivo potente delle istituzioni, possono continuare ad *essere* psicoanalisi usando i luoghi delle scuole oppure dialogare e accogliere le domande dei migranti o, come in alcune esperienze che seguiamo, soggetti Senza Dimora, non collaborativi, con gravi problematiche psicopatologiche. In questi casi, come ci suggeriva la paziente di Annamaria Dalba, “o sono italiana o sono nessuna delle due!”. E’ bella la situazione che veniva proposta da Filippo ed Andrea che si chiedevano perché non ci siano gruppi multifamiliari nei servizi. Il problema, di solito si ferma sul terreno delle competenze: chi li deve proporre? Deve farlo la ASL? Sappiamo che è difficile che una istituzione molto ampia e di base generica, come quella delle ASL possa avere la posizione raffinata di istituire Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliari nei servizi. Io ritengo che gli psicoanalisti debbano avere la “capacità psicoanalitica” di saper costruire nei servizi gruppi di interesse clinico capaci di proporre la posizione psicoanalitica secondo differenti soluzioni e secondo diverse modalità (voglio dire: capacità di costruzione di setting coerenti con i contesti). Se ne è occupato Kernberg, negli anni ’80! Penso che spetti anche agli psicoanalisti fare operazioni concrete che modifichino l’organizzazione dei servizi introducendo ambiti capaci di accogliere domande complesse e offrire risposte che definirei “psicoanaliticamente rigorose e congrue”. In questo, penso che i nuovi servizi debbano ricostruirsi attraverso l’ascolto dei pazienti e dalle nuove patologie.

Rossana Calvano

Quali cambiamenti compiere nei servizi per renderli adeguati ai pazienti attuali? E’ interessante l’invito *provocatorio* di Riefolo di adattare i servizi al funzionamento dei pazienti borderline. Io credo però che sia il lavoro con gli adolescenti a imporre un cambiamento metodologico ai servizi in termini di modalità di ascolto, accoglienza, prossimità ed anche residenzialità: sono gli adolescenti la testa di ariete che ci richiede il cambiamento!

Nel rammentare il pensiero dello psicoanalista argentino José Bleger sui due elementi alla base di ogni *istituzione*: l’istituto e l’istituendo (*funzione istituyente*), evocativi di ciò che è trasformabile (il secondo, il gerundio) e ciò che oppone resistenza (il primo), ci troviamo nella necessità *fiduciosa* di convocare e mobilitare l’istituendo (gerundio) per favorire il cambiamento necessario e prenderci cura dell’istituzione *curante*, consapevoli delle istanze persecutorie *depositate* (Elliott Jaques) nelle istituzioni.

Antonella Granieri

Buongiorno a tutti, e grazie per questo spazio. Vorrei raccogliere queste suggestioni e offrire una risposta al collega che chiedeva come sia possibile realizzare un passaggio virtuoso nel rapporto con le Istituzioni, che consenta il transito dalle idee all’ottenimento dei finanziamenti.

Parlo, naturalmente, dalla prospettiva dell’Università. In Piemonte abbiamo sviluppato un rapporto fecondo, che non è nato per caso, ma ha radici lontane. L’origine è stata la Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica dell’Università di Torino, che ha molto lavorato sulla formazione e sull’identità dei giovani clinici in formazione, e investito in progetti di ricerca e in interventi clinici nei Servizi e sul territorio.

Questo percorso ha mosso curiosità a livello istituzionale, fino a che la governance locale di Casale Monferrato si è rivolta direttamente alla Scuola per comprendere quali interventi potessero essere attivati a favore di un territorio e di una popolazione profondamente segnati da una realtà così complessa e drammatica.

Una richiesta che non si limitava alla costruzione di una narrazione sociologica condivisa, ma che riguardava in modo esplicito la dimensione della cura. In questo senso, è stato determinante “avere legna in casa”, ossia poter contare su giovani clinici disponibili a mettersi in gioco, insieme a noi, sul territorio.

Questo percorso in Accademia si è realizzato anche grazie alla strada aperta da Franco Borgogno, fondatore e primo Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, che ha portato a Torino numerosi psicoanalisti internazionali, tra cui Jorge García Badaracco, con cui ho avuto modo di confrontarmi direttamente sul tipo di intervento psicoanalitico gruppalmente più adeguato per popolazioni che risiedono nei Siti Contaminati. Si è trattato di un passaggio particolarmente fecondo, poiché ha contribuito a rafforzare il coraggio e la capacità di intervento su un territorio ampio e complesso come quello di Casale Monferrato.

A partire da queste premesse e dagli incoraggianti risultati ottenuti sono nate molteplici iniziative e progettualità, che hanno favorito, conseguentemente, l'accesso a ulteriori finanziamenti. Tra gli esiti più rilevanti, va sottolineato il riconoscimento, da parte delle Istituzioni, della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica come luogo di cura e, dunque, come uno degli snodi più significativi della cosiddetta Terza Missione universitaria in Piemonte.

Giuseppe Riefole

Alla fine, è bella questa inversione della relazione fra istituzioni. Nella esperienza delle colleghe sono le istituzioni che chiedono all'università capacità di immaginazione!

Paola Ferri

Sono nel gruppo del gruppo del Ruolo Pubblico e mi spiace non essere riuscita a venire, ma da Milano era veramente molto difficile dato lo sciopero generale. Mi preme sottolineare questa attenzione che è stata posta sui gruppi: mi è piaciuto tantissimo il concetto di evoluzione da equipe a gruppo.

Questa tematica direi che si sta manifestando anche all'interno della Società di Psicanalisi: se vogliamo guardare dentro di noi oltre che fuori, mi sembra che sarebbe importante cominciare a capire le dinamiche dei gruppi.

Anche noi siamo spesso dentro delle logiche che non sono creative e costruttive ma rischiano di diventare distruttive: per fare questo probabilmente bisognerebbe anche avere una conoscenza della gruppaltà, degli studi sui gruppi che forse abbiamo solo parzialmente.

Il Covid ha poi favorito la possibilità di comunicazione a livello nazionale: il nostro gruppo di lavoro è fatto da gente che viene da posti diversi, e stanno sorgendo tanti gruppi all'interno anche della nostra Istituzione da nord a sud con possibilità di confronto tra mentalità molto diverse.

L'altro riferimento che mi è piaciuto molto è quello a Basaglia, su cui io ho scritto oltre che sulle Neuropsichiatrie Infantili, che presto lascerò per raggiunti limiti di età, ma mi piace ribadire che l'istituzione pubblica rimane una trincea da difendere.

Abbiamo fatto riferimenti a Correale e a Fornari; quest'ultimo è spesso dimenticato, ma è stato un grosso Psicoanalista delle Istituzioni, avendo lui introdotto un modello che è entrato nella pratica clinica istituzionale. Anche Facchinelli sta tornando ad essere presente anche nelle nostre ricerche e nei nostri riferimenti teorici...grazie tutto molto molto interessante.

Giovanna Cocchiarella

Buongiorno a tutti. Faccio parte del gruppo "Soci Ruolo Pubblico" e vorrei condividere una breve riflessione sull'integrazione tra psicoanalisi e istituzione.

Innanzitutto, ringrazio per questo spazio di lavoro condiviso. Come sottolineato dai colleghi Rossana Calvano e Paola Ferri, pur essendo un gruppo giovane, siamo profondamente radicati nelle istituzioni pubbliche. Il nostro impegno non è solo operativo, ma si fonda sulla ferma convinzione che l'Istituzione di cura Pubblica sia un luogo altamente complesso ma anche un osservatorio privilegiato per le nuove espressioni psicopatologiche e i nuovi mandati istituzionali come i pazienti autori di reato per esempio.

Vorrei riprendere e approfondire lo stimolo di Marco Grignani sul concetto di "cura del contenitore". Lavorare nel pubblico richiede, a mio avviso, necessariamente uno sforzo etico che va oltre la semplice erogazione di un servizio: significa pensare l'Istituzione stessa come un oggetto psicoanalitico. In questa prospettiva, la cura non passa solo attraverso i dispositivi clinici diretti, ma nasce da un cambiamento radicale di paradigma:

L'approccio psicoanalitico come motore di cambiamento: Introdurre il pensiero psicoanalitico nei servizi non è un esercizio teorico, ma una prassi che trasforma profondamente la qualità e l'efficacia del nostro lavoro.

La funzione del contenitore: Riconoscere l'istituzione come spazio di accoglienza e trasformazione delle dinamiche profonde è ciò che permette di dare un senso nuovo agli interventi sul campo.

Purtroppo il tempo non ci ha permesso di analizzare nello specifico le singole esperienze cliniche, ma sono convinta che questo confronto sia fondamentale. Spero vivamente che ci siano altri momenti per approfondire come la psicoanalisi possa continuare a nutrire e sostenere il ruolo pubblico.

Grazie a tutti.

Rossana Calvano

In riferimento alla dissociazione mente-corpo delle anoressiche e alla presenza di personal trainer e di un osteopata nel servizio per i DCA dove lavorano le colleghe Cordeschi e Bouvet, ho pensato all'esperienza di Maurice Corcos, Direttore dell'Unità Psichiatrica dell'infanzia e dell'adolescenza dell'Istituto Monsouris Parigi, che utilizza in modo strutturato nella cura delle giovani anoressiche la figura professionale dello psicomotricista per raggiungerne il dolore incarnato nel corpo.

Flaminia Cordeschi

La possibilità di utilizzare la figura del personal trainer all'interno dell'équipe è stata un'idea maturata nel tempo per via della presenza di due sottogruppi di pazienti che pensavamo potessero essere aiutati dall'allenamento assistito. Nel primo vi sono prevalentemente pazienti con anoressia grave per i quali i medici e i nutrizionisti, a causa dello stato fisico gravemente debilitato ma non ancora da ricovero, ritengono di dover vietare temporaneamente l'attività fisica. Per questi pazienti però, "stare fermi" è, a volte, praticamente impossibile a causa dell'utilizzo compulsivo del movimento per svuotarsi dall'angoscia e come gestione di un dolore psichico non mentalizzato. Da qui l'utilità di ricorrere a un personal trainer all'interno dell'équipe che accompagni il paziente verso un'attività fisica graduata in ragione della situazione medica, collegata alla respirazione e alla propriocezione.

Nel secondo sottogruppo sono presenti pazienti obesi il cui progetto di cura comprende il recupero di un minimo di esercizio fisico. Attraverso la guida del personal trainer riescono gradualmente ad accettare l'attività fisica fino a considerarla nel tempo come parte integrante della loro vita.

Anna Bovet

Volevo semplicemente ringraziare e per la giornata e dire che quello che veramente mi ha molto colpito è questa possibilità diciamo di che ognuno poi ha portato delle prove considerazioni all'interno del proprio dispositivo di lavoro però quello che mi ha molto colpito è la circolazione diciamo di risonanze molto comuni no appunto a partire dal gruppo diciamo da questione dissociativa che insomma che pure è stata una cosa molto che si è rilevata insomma in tanti interventi e in questo appunto la considerazione che faceva Marco Grignani e insomma io mi associo fortemente insomma rispetto a quanto la manutenzione dell'istituzione sia un fatto ho centrale e di quanto poi le parole che sono rimbalzate diciamo da un dispositivo all'altro ci fanno sentire il fatto che sono parole appunto Viber cioè non c'è una delle malattie istituzionali che mi pare siamo abituati parecchio a pensare è la questione di della no della ripetizione di slogan ripetitivi che invece mi sembra abbiamo utilizzato parole che sono state molto incarnate molto vive diciamo tutte molte pensate quindi volevo ringraziare niente se Filippo vuole dirci col suo poi ci sentiamo

Filippo Moscati

L'intervento sul personal trainer (che possiamo pensare anche come mediatore corporeo nei disturbi alimentari) mi ha suggerito una riflessione: l'importanza di non aggredire il sintomo, ma di rispettarlo e accompagnarlo. Il sintomo, per quanto distruttivo, è spesso una "postura psichica" necessaria, un assetto che la persona ha dovuto assumere per sopravvivere.

Nelle dipendenze, questo si traduce nella tolleranza di noi clinici: non possiamo aspettarci che il paziente arrivi "pulito" o sobrio all'incontro. Al contrario, dobbiamo tollerare che egli abbia bisogno di qualcosa (una sostanza, un comportamento) proprio per riuscire a incontrare noi. L'obiettivo non è la rimozione forzata, ma il veicolare il sintomo verso significati altri, trasformando un agito distruttivo in qualcosa di nutriente per la mente.

Penso che l'essere psicanalisti non sia uno stato immutabile. Penso all'identità analitica come a un processo intermittente: ci sono momenti in cui riusciamo a pensare in modo analitico, tenendo insieme polarità opposte, e momenti in cui, specialmente nelle istituzioni, veniamo trascinati verso un pensiero operatorio e concreto.

La differenza non sta nel non perdere mai l'assetto, ma nell'aver fatto l'esperienza di saperci tornare. È come saper cucinare: la torta non viene sempre perfetta, ma ho fiducia nella mia capacità di stare ai fornelli. Tuttavia, questo "ritorno all'assetto" è quasi impossibile se vissuto in solitudine.

Le istituzioni generano inevitabilmente delle interdipendenze patologiche e patogene.

Per sopravvivere come clinici, dobbiamo riconoscere che non si può lavorare da soli: un gruppo multifamiliare con un solo operatore molto probabilmente crollerà.

Abbiamo bisogno di un gruppo di colleghi che funzioni da contenitore: quando io perdo l'assetto, l'altro lo tiene per me, e viceversa. Il segreto per mantenere un pensiero analitico all'interno delle istituzioni risiede nel creare una "massa critica di interdipendenze sane". Si tratta di legami professionali solidi e nutrienti che lavorano costantemente in risposta alle spinte patologiche istituzionali, permettendo al pensiero di restare vivo.

Giuseppe Riefolo

Mentre ascoltavo questi scambi, pensavo a come ci sia stato un cambiamento notevole nella cultura e nel lessico dei servizi. Pensavo che siamo passati dal concetto di *équipe* al concetto di *gruppo*. A me sembra una un'evoluzione significativa perché, se ci pensiamo, non lavoriamo più “in équipe” ma lavoriamo “in gruppo” e, devo riconoscere, la cosa bella è che non c'è ne siamo accorti. Nella linea bioniana, ci accorgiamo che *équipe* descrive un livello di collaborazione concreta, mentre *gruppo* fa riferimento a livelli più complessi e trasformativi di ciò di cui ci si occupa. Viene da pensare che si tratti del passaggio dai servizi che dovevano occuparsi del compito principale del superamento del manicomio, ai servizi che, invece, devono occuparsi della sofferenza dei soggetti che portano la domanda della loro intimità ferita. Le relazioni che abbiamo ascoltato ci suggeriscono quanto i gruppi, nel registro analitico, rappresentino un potente dispositivo trasformativo.

→ [torna all'indice](#)

I SEMINARI ANALITICI DI GRUPPO, ESPRESSIONE DELLA PSICOANALISI CONTEMPORANEA RELAZIONALE-INTERSOGGETTIVA

Paolo Boccara

I Seminari Analitici di Gruppo (SAG) sono uno dei dispositivi più coerenti con la svolta relazionale e intersoggettiva della psicoanalisi contemporanea (Mitchell 2002)., perché mettono al centro un tema che attraversa l'intera storia della disciplina: l'esplorazione dell'inconscio e, soprattutto, della comunicazione inconscia. In forma essenziale, la domanda è: quanto il mio inconscio è accessibile all'altro e quanto l'inconscio dell'altro è accessibile a me?

Se per lungo tempo la psicoanalisi ha oscillato fra l'immagine di una mente individuale "chiusa" (quasi una monade) e l'evidenza clinica della permeabilità fra soggetti, oggi il baricentro si è spostato verso modelli in cui l'esperienza psichica si costituisce nella relazione e, più radicalmente, in un campo condiviso (B.C.P.S.G. 2010). In questa cornice, i dispositivi gruppali non rappresentano una semplice variante organizzativa, ma uno strumento clinico e formativo privilegiato per avvicinare zone della mente difficili da rappresentare: affetti dissociati, memoria implicita, aspetti "non pensati" (Ogden T.H., 2010), dimensioni transgenerazionali del vissuto e, più in generale, tutto ciò che non si presenta anzitutto come contenuto narrabile ma come atmosfera, scena, azione, blocco o impasse (Sapisochin G., 2013).

I SAG consistono, in pratica, in un gruppo di operatori (psicoanalisti, psicoterapeuti, clinici dei servizi, tirocinanti, specializzandi, talvolta professionisti di differenti istituzioni) che si riunisce in uno spazio-tempo definito e sufficientemente ampio per lavorare intorno a un caso clinico presentato da un curante, insieme a uno o più conduttori psicoanalisti. Dopo una breve esposizione del materiale, il metodo si fonda su libere associazioni dei partecipanti e su un'attenzione fluttuante del conduttore, che ha il compito di non 'guidare' in senso suggestivo, ma di contenere, filtrare e restituire, a un certo punto, una configurazione che colleghi quanto emerso.

La specificità del SAG non sta nel fatto che 'molti pensano su un caso' (cosa che accade in molte forme di discussione clinica), ma nel modo in cui il gruppo viene usato come apparato per pensare: un dispositivo che consente la trasformazione discorso concreto sognabile, cioè in una udienza mentale che può essere sentita, riconosciuta e pensata. Non è una supervisione tradizionale, centrata sul contributo di un singolo supervisore, ma un'esperienza analitica gruppale che mobilita e mantiene vive le competenze di tutti i presenti, facendo della pluralità un fattore strutturale di conoscenza.

Nella psicoanalisi contemporanea, soprattutto quella ad orientamento relazionale e intersoggettivo, dialogando con l'*infant research* (Beebe e Lachmann, 2002) e con contributi clinici contemporanei (Winnicott D.W. 1974 B.C.P.S.G. (2010) Mitchell S. 2002; Bromberg Ph.M. 1998), si è resa più complessa la nozione di inconscio. Oltre all'inconscio rimosso (conflitto, difese, rimozione) si è data crescente importanza a inconsci non rimossi: dissociazioni, esperienze non simbolizzate, vissuti non rappresentati, conoscenza relazionale implicita.

Parti decisive dell'esperienza precoce - sensoriale, corporea, affettiva - possono essere registrate come schemi interattivi sé/altro e rimanere attive nel tempo senza tradursi in ricordi o racconti; si presentano, piuttosto, come modalità di relazione, tonalità emotive, organizzazioni implicite dell'attesa e della minaccia. In questi casi, l'"informazione clinica" passa spesso più attraverso ciò che accade fra terapeuta e paziente (o fra paziente e istituzione) che attraverso ciò che viene detto: l'azione e l'*enactment* (Boccara P. et al. 2019). diventano forme di rappresentazione agita di stati non rappresentati.

È anche in questa direzione che risulta particolarmente feconda la prospettiva sugli stati del Sé e sui processi dissociativi: non curiamo solo ciò che è stato fatto ai pazienti, ma anche ciò che continuano a fare a sé stessi e agli altri per adattarsi a ciò che fu fatto a loro. Proprio quando la sofferenza non può essere mentalizzata nella relazione duale, tende a organizzarsi in scene ripetute, in collusioni, in rotture, in immobilità, o in richieste concrete che saturano il campo e paralizzano il pensiero.

Nei contesti istituzionali ad alta intensità emotiva questo rischio è particolarmente evidente. Il dispositivo a due può bloccarsi in una sorta di tenaglia: da un lato la complicità collusiva (un accordo implicito che evita ciò che è intollerabile), dall'altro una dissimmetria vissuta come annientante, frequente nei funzionamenti borderline e nei quadri gravi. L'operatore sperimenta impotenza, paura, sgradevolezza, fatica, o anche entusiasmi improvvisi; se queste emozioni non trovano un luogo mentale dove essere pensate, possono essere evacuate sotto forma di agiti, conflitti d'équipe, rigidità procedurali, "muri" comportamentali, *burn-out* o ricorso difensivo a etichette diagnostiche che danno un nome ma lasciano intatta la realtà psichica. È qui che il SAG, come variazione di setting, può diventare non solo un supporto organizzativo ma una funzione psichica: introduce un "terzo" capace di contenere ciò che la mente individuale del terapeuta fatica a ospitare e trasformare.

Se esiste un livello in cui due soggettività possono incontrarsi e fondersi senza cancellarsi, è necessario un dispositivo che renda esplorabile quel terreno comune e il gruppo, in molte situazioni, è il dispositivo più efficace per farlo.

Descrivibile in chiave bioniana (Bion 1961) come attivazione della mente di gruppo al lavoro, il SAG mette in moto un processo in più tempi. Il racconto clinico produce risonanze; le libere associazioni dei partecipanti generano immagini, fantasie, emozioni; ciascun membro finisce, spesso senza intenzionalità cosciente, per funzionare come un "personaggio" del mondo interno in gioco. Ciò che nel rapporto a due resta silenziato per accecamento reciproco può trovare parola grazie alla pluralità delle posizioni: la differenza fra i partecipanti (per storia, stile mentale, formazione, sensibilità) diventa una risorsa perché amplia l'alfabeto affettivo disponibile.

Il gruppo si trasforma così in contenitore di elementi incompatibili: ciò che non poteva essere rappresentato in una mente singola può essere temporaneamente distribuito, sostenuto e reso pensabile nel campo gruppale. A un certo punto, se il lavoro regge, emerge un nucleo organizzatore, una scena modello: un elemento muto e oscurato intorno a cui si riorganizzano i contributi "a mosaico", fino a comporre un ritratto nuovo della situazione. La restituzione del conduttore non è un riassunto, ma un atto di configurazione: trasforma frammenti affettivi e immaginativi in una forma mentale condivisibile e clinicamente utilizzabile.

La qualità analitica del SAG dipende dal rigore del setting e da una cura etica del metodo. La libertà associativa e l'esposizione emotiva dei partecipanti non possono essere sfruttate come occasione per interpretazioni individuali; devono restare al servizio del pensiero gruppale e della funzione narrativa che ne deriva. In questo senso il SAG può essere inteso anche come contenitore ludico: conoscere non significa solo osservare un fenomeno, ma attraversare un processo in cui, per brevi tratti, si "diventa" l'oggetto, si presta la propria mente come superficie di risonanza, si tollera una temporanea perturbazione dell'identità professionale e si accetta che l'apprendimento passi attraverso l'emozione.

Ne risulta un apprendimento trasformativo che è insieme supervisione e formazione: da un lato consente di vedere aspetti del paziente e della relazione terapeutica non accessibili alla sola mente individuale del curante; dall'altro produce una trasformazione emotiva dei partecipanti, che imparano a riconoscere le proprie reazioni come dati clinici, cioè come possibili indicatori dei livelli di sintonizzazione affettiva a cui il paziente (o il campo istituzionale) chiama.

Questa funzione è particolarmente preziosa perché intercetta una dimensione spesso trascurata: la dimensione gruppale del funzionamento psichico. Autori come Bleger (1967) e Kaës (2007) hanno mostrato come esista un livello primitivo e indifferenziato dell'organizzazione psichica, una base sincretica di appartenenza e continuità che tende a collocarsi su "depositari" esterni—famiglia, istituzioni, ideologie—da cui il soggetto dipende per una sicurezza di fondo. Il gruppo permette di avvicinare, in modo controllato e pensabile, stati di "Io senza frontiere" che non appartengono solo alla patologia ma alla struttura stessa dell'esperienza.

In termini affini, la prospettiva di Loewald (1980) aiuta a pensare l'inconscio non soltanto come serbatoio pulsionale, ma anche come matrice indifferenziata, una densità primordiale in cui parola, corpo, affetto e relazione sono ancora intrecciati. Il lavoro analitico, allora, non serve solo a chiarire

significati: serve a evocare stati mentali e a collegare livelli evolutivamente diversi dell'esperienza. Il SAG, con la sua capacità di mettere in scena, sostiene proprio questa funzione di collegamento.

È proprio in queste direzioni che nei servizi e nelle istituzioni la ricaduta è concreta: il SAG può interrompere il silenziamento dello psichico, dare senso alla sofferenza dei pazienti e dei curanti, favorire elaborazione e prevenzione del *burn-out*, ridurre l'uso difensivo di procedure come sostituti del pensiero, sostenere una diagnosi psicodinamica intesa come costruzione di senso, trasformare emozioni potenti dell'équipe in risorsa terapeutica invece che in materiale da evacuare. Il punto decisivo è che qualcosa diventa modificabile non tanto perché “sta dentro” il soggetto come contenuto isolato, ma perché cambia la qualità della relazione fondante, cioè del campo in cui il soggetto si organizza.

Quando la cura si arresta in impasse relazionali o in blocchi della rappresentazione, il gruppo può diventare lo strumento che consente di oltrepassare la divisione *io/tu*, recuperando il *noi* come luogo psichico in cui l'esperienza può essere finalmente sognata, pensata e trasformata. In tal senso, i Seminari Analitici di Gruppo rispondono a un'esigenza centrale della psicoanalisi contemporanea: estendere l'ascolto oltre il solo contenuto verbale e oltre il solo individuo, includendo campo, immagini, affetti impliciti, dissociazione e funzione gruppale del pensiero, così che il pensiero vivo possa riprendere là dove sembrava impossibile.

Bibliografia

- B.C.P.S.G. (2010) *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano, 2012.
- Beebe B. e Lachmann F. M. (2002) *Infant research e trattamento degli adulti*, Raffaello Cortina, Milano, 2003.
- Bion W.R. (1961) *Esperienze nei Gruppi*, Armando Editore, Roma. 1971.
- Bromberg P. M. (2006) *Destare il sognatore. Percorsi clinici*. Raffaello Cortina. Milano, 2009.
- Bleger J. (1967). *Simbiosi e ambiguità*, Armando Editore, Roma.
- Boccaro, P., Meterangelis G., Riefolo G., eds., (2019) *Enactment. Parola ed azione in psicoanalisi*, Franco Angeli, Milano.
- Bollas C. (1987) *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Borla Roma.
- Bromberg, Ph. M. (1998) *Clinica del trauma e della dissociazione*. Raffaello Cortina, Milano, 2007.
- Kaës R. (2007) *Un singolare plurale*, Borla, Roma.
- Loewald H. (1980) *Riflessioni psicoanalitiche*, Ed. Dunod. Milano 1999
- Mitchell S. (2000) *Il modello relazionale. Dall'attaccamento all'intersoggettività*, Raffaello Cortina. Milano, 2002
- Ogden T.H. (2010) La paura del crollo e la vita non vissuta. In *Vite non vissute*, Raffaello Cortina, Milano.
- Ogden T.H. (2017) La distruzione riconcepita: su “L'uso di un oggetto e l'entrare in rapporto attraverso identificazioni” di Winnicott. *Riv. Psicoanal.*,1,11-36.
- Sapisochin G. (2013) *L'agirien rivisitato: quando l'ascolto si trasforma in enactment*, *Annata psicoanalitica internazionale da IJP*, Fioriti Editore, Roma, 2016
- Winnicott D.W. (1971) Oggetti transizionali e fenomeni transizionali, in *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma, 1974.
- Winnicott D.W. (1974) La paura del crollo, in *Esplorazioni psicoanalitiche*, Raffaello Cortina, Milano, 1995.

➔ [torna all'indice](#)

IL GRUPPO DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE (GPMF)

Andrea Narracci

Questo tipo di gruppo si differenzia profondamente dal tipo di gruppo a cui siamo abituati: analisi di gruppo, gruppo-analisi e psicodramma analitico.

In quel caso il gruppo è costituito da persone considerate pazienti, in numero di otto-dieci pazienti.

I professionisti sono uno o due, uno con funzione di conduttore, l'altro di co-conduttore.

Nel caso del gruppo multifamiliare, al suo interno sono presenti pazienti, familiari dei pazienti e operatori di tutti i tipi, presenti in un Servizio di Salute Mentale.

Dunque la configurazione del "campo" che si viene a determinare è completamente diversa. Mentre nel primo caso, si tratta di occuparsi di un gruppo di pazienti o di un gruppo di operatori omogenei, nel secondo si tratta di prendere in considerazione un gruppo costituito da tante famiglie, compresi i pazienti, da parte di almeno tre o quattro operatori stabilmente presenti. Le famiglie possono essere presenti nei modi più vari: da tutta la famiglia ad un unico membro. Ciò che si cerca di mettere a fuoco sono i rapporti tra i vari partecipanti alla famiglia "esterna", se viene con gli altri membri della famiglia o "interna", se si viene da soli.

Nel primo tipo di gruppo, le persone che vi partecipano sono tutti pazienti, sia che si configurino come tali nella vita quotidiana, sia che non lo siano ma che poi, nel gruppo, lo diventino, visto che siamo tutti in parte sani e in parte malati. Nel secondo tipo di gruppo, viene preso in considerazione l'andamento dei rapporti tra le persone nel tempo e, quindi, come sono evoluti: per vedere se possono evolvere in maniera diversa. Questa operazione può riguardare, come accennato, sia le famiglie che sono presenti esternamente sia quelle che ognuno porta dentro di sé. Nel primo tipo di gruppo, i pazienti sono prevalentemente nevrotici, nel secondo le famiglie che vi partecipano hanno al loro interno pazienti in prevalenza psicotici.

Mentre nel primo tipo di gruppo il conduttore e il co-conduttore sono psicoterapeuti con una formazione specifica e sono psichiatri o psicologi, possibilmente psicoanalisti, al secondo tipo di gruppo, che si tiene prevalentemente in un Servizio di Salute Mentale, di ricovero oppure ambulatoriale, sono invitati a partecipare operatori di differenti professionalità, conduttori o facilitatori, che siano disposti a seguire le tre regole di funzionamento del gruppo, al pari degli altri partecipanti, provenienti dalle famiglie.

Le tre regole vengono proposte a tutti i partecipanti e consistono nel chiedere ad ognuno di:

- 1) Parlare di sé e non di un'altra persona;
- 2) Non pretendere di avere ragione;
- 3) Chiedere di poter prendere la parola secondo un ordine progressivo di richieste.

Oltre, naturalmente, al vincolo della non diffusibilità dei contenuti emersi nel gruppo, che devono rimanere in quella sede. Come in ogni gruppo.

Nel primo tipo di gruppo, gli autori che hanno dato il maggiore impulso, Bion e Foulkes, si sono mossi facendo riferimento al modello psicoanalitico tradizionale, che si occupa prevalentemente di pazienti che provengono da situazioni edipiche e sono, come accennato, in prevalenza nevrotici. In questo tipo di gruppi, sono ammessi, in genere, due pazienti psicotici.

Il gruppo di psicoanalisi multifamiliare si occupa prevalentemente di situazioni che provengono da situazioni pre-edipiche e che hanno, al loro interno, pazienti psicotici. Nasce, infatti, in Ospedale Psichiatrico (OP), poco prima del 1960, in relazione al tentativo di dimettere alcuni dei pazienti che erano lì ricoverati, il 70% con diagnosi di schizofrenia, e che erano migliorati in seguito all'instaurazione di un clima più umano all'interno del reparto.

Vennero convocati i familiari, che non accettarono le dimissioni ma si incuriosirono delle mutate condizioni dei loro parenti ricoverati, che da "larve" erano tornati ad essere più simili agli altri esseri umani.

Quasi negli stessi anni in cui si sviluppava la terapia di gruppo in Inghilterra, ad opera di Bion e Foulkes, dal 1947 in poi, iniziava l'esperienza di Jorge Garcia Badaracco (JGB), nel 1958.

La prima osservazione che colpì Badaracco e il suo gruppo fu che i pazienti somigliavano ad uno dei genitori, tanto che apparivano come delle loro "caricature".

Badaracco, rifacendosi al concetto psicoanalitico di "simbiosi", ipotizzò che il problema non stesse dentro la persona del paziente ma nel rapporto tra il paziente e il genitore a cui era rimasto più legato.

In relazione a ciò, il gruppo iniziò a dedicarsi non tanto ai singoli individui, ma ai legami esistenti tra il paziente e le sue figure di riferimento, in primo luogo i genitori, in particolare con uno dei due. Il concetto di legame era stato coniato in precedenza da Enrique Pichon Riviere.

La seconda fu che, una volta ritornati a casa, nelle loro famiglie, dopo aver superato le loro resistenze ad accoglierli nuovamente in famiglia, i pazienti tendevano a tornare in OP e a raccontare che, mentre a casa c'era qualcuno che pretendeva di dire loro come avrebbero dovuto essere, in OP non c'era e, perciò, preferivano tornare a vivere lì.

Dunque, questi legami, che Badaracco definì "interdipendenze patologiche e patogene", erano come delle gabbie all'interno delle quali i pazienti si ritrovavano a vivere e da cui, al colmo dell'esasperazione, tendevano ad "uscire" attraverso le "crisi psicotiche" che li portavano in OP e che, da allora, JGB iniziò a teorizzare come portatrici "sia di malattia che, potenzialmente, di salute".

Se, attraverso il lavoro del gruppo, si riusciva ad "allentarle", per merito di ognuno dei due membri che ne facevano parte, avrebbe potuto emergere la "virtualità sana" di ognuno dei due. Cioè, ognuno dei due avrebbe potuto incontrare delle parti di sé che, fino a quel momento non era riuscito a riconoscere dentro di sé.

Quando ho cominciato a leggere l'opera di Philip Bromberg (PhB), ho trovato una grande affinità tra la concettualizzazione della "virtualità sana" di JGB e quella dei "sé multipli" di PhB.

Quello che, fino a poco tempo prima, all'interno del paradigma di malattia di tipo medico-psichiatrico, sembrava un muro invalicabile, per cui una persona poteva essere considerata sana o malata, veniva improvvisamente a dissolversi: ognuno poteva tornare ad essere sano, da malato di mente e a trovare delle parti di sé che non sapeva di avere al suo interno.

Ma torniamo al gruppo di psicoanalisi multifamiliare, che JGB propose di chiamare così, nel 2000, dopo essersi reso conto che il gruppo multifamiliare, di cui si era occupato per dieci anni in OP e per venticinque in una Comunità Terapeutica privata a Buenos Aires, poteva essere usato in ogni situazione, sia di ricovero che ambulatoriale.

In questo tipo di gruppo, accade qualcosa che accade anche negli altri tipi di gruppo: i transfert multipli. Cioè, al suo interno, possono svilupparsi tutti i tipi di transfert possibili, perché il transfert è stato scoperto e sottolineato dalla psicoanalisi in particolare, ma è un fenomeno universale; ma accade, anche, qualcosa di unico: i membri delle famiglie possono assistere, in diretta, agli scambi che intercorrono tra i membri di un'altra famiglia e ripensare a quello che avviene nella propria, cioè essere in grado di "rappresentarsela", che non è un'operazione "perduta" ma talmente dolorosa che si è smesso di farvi ricorso, finendo per chiudersi nella propria solitudine, ritenuta "incomprensibile" da parte degli altri.

L'effetto di questa opportunità consiste nel possibile superamento della sensazione di essere soli al mondo e che nessuno li può aiutare.

L'altro aspetto fondamentale che è emerso dalla lettura delle opere di Philip Bromberg prima e di Allan Shore, dopo, è costituito dalla esplicitazione approfondita dell'utilizzo della dissociazione, quale meccanismo difensivo a cui si fa maggiormente ricorso nelle famiglie psicotiche, in cui gli avvenimenti: traumi e/o lutti non elaborati, sono avvenuti nella realtà e non in fantasia. Non è un caso che Freud tornerà a rivolgere la sua attenzione a questa visione degli avvenimenti traumatici nell'ultima parte della sua vita, dopo avergli preferito l'ipotesi che i fatti fossero accaduti in fantasia e che il meccanismo difensivo usato in primo luogo fosse la rimozione.

JGB auspica che venga portato avanti da conduttori e facilitatori, nel corso del gruppo, il compito di imparare a recepire l'emersione improvvisa e insperata, frutto di libere associazioni stimulate dalla

partecipazione al gruppo stesso, delle cosiddette “vivencias”, stralci emotivi di fatti, ricordi passati, sogni o qualsiasi altra testimonianza che permetta di risalire a quanto rimasto irraggiungibile, in quanto dissociato fino a quel momento, nelle storie delle persone o dei familiari che li hanno preceduti nelle generazioni precedenti, ma che contenga lo spunto per risalire ad una maggiore comprensione della storia emotiva della famiglia.

Effetti dell'uso del GPMF

1) La sofferenza si attualizza in diretta, in presenza degli operatori; di ciò è necessario tenere conto soprattutto per quel che riguarda la capacità di fronteggiare l'inevitabile ri-andare col pensiero alla propria storia da parte di ognuno, non soltanto da parte degli appartenenti alle famiglie patologiche;

2) La condivisione delle esperienze e la possibilità di discuterne insieme dopo, nella riunione post-gruppo, denominata Ateneo, di almeno trenta minuti, in cui è necessario confrontarsi sia sull'evoluzione delle situazioni cliniche, sia su come si sono sentiti i singoli operatori;

3) L'intensità delle emozioni di cui si è testimoni rende sempre meno ravvisabili le differenze tra i curati e i curanti, accomunati dal desiderio di interrogarsi e comprendere e viceversa.

Chi fa parte di un GPMF fa già parte di un'équipe: ciò rende molto più semplice il concretizzarsi e lo stabilizzarsi, all'interno di un Servizio di Salute Mentale, sia ambulatoriale che di ricovero, di un gruppetto di operatori che lavorano insieme, imparando a tollerare differenze e divergenze, fino a trasformarsi in un'équipe vera e propria.

Questa esperienza permette che si costituisca, proprio a partire dal trattamento dei pazienti più gravi e meno gestibili e delle loro famiglie, una cultura dell'intervento del Servizio stesso, che sia in grado di prescindere, da un lato, dal tipo di appartenenza ad un orientamento teorico e formativo di riferimento, per quanto riguarda psichiatri e psicologi psicoterapeuti, dall'altro dalle differenze di formazione professionale, per cui le categorie degli infermieri, degli assistenti sociali e dei terapeuti della riabilitazione psichiatrica non hanno la competenza ad intervenire in ambito psicoterapeutico.

L'uso sistematico di questo tipo di gruppo permette se non di assimilare, di rendere meno diverse le attività di operatori con meno preparazione professionale teorica ma più con esperienza sul campo con operatori con meno esperienza e maggiore preparazione teorica, con il risultato di una crescita complessiva del senso di appartenenza ad una équipe, finalmente sentita come un “gruppo di lavoro”.

Se questo è quello che si può ottenere in un Servizio, lo stesso si può perseguire se si riescono ad insediare esperienze simili in Servizi diversi, appartenenti allo stesso Dipartimento di Salute Mentale che, viceversa, sono abitualmente in competizione tra loro. Ogni Servizio può iniziare a svolgere una parte essenziale di un progetto-percorso di cura complessivo, dipartimentale, costituito dall'insieme delle prestazioni prodotte dai vari Servizi.

Se poi si è fortunati, come a me è capitato, di avere potuto inserire questo tipo di attività in dieci Servizi su undici, di cui si componeva il DSM della Asl Roma A, di cui ero direttore, e avere incontrato persone, che lavoravano con me, particolarmente capaci e duttili, si può riuscire a trasformare anche la struttura istituzionale di comando, con il risultato di una diminuzione del senso di “anomia” presente in ogni operatore che fa parte di una grande organizzazione. Accenno, brevemente, al fatto che alle riunioni mensili, invece che annuali, del Comitato di Dipartimento, fino a quel momento composto dalle figure apicali, poteva partecipare chiunque, tra gli operatori, si sentisse esperto tanto da poter dire qualcosa sull'argomento in questione, quel giorno, di cui tutti erano informati prima che ci si riunisse.

Per concludere, direi che il GPMF risulta essere efficace:

1) perché permette di ridiscutere dalle fondamenta quanto accaduto nelle storie familiari, andando alla ricerca della storia degli scambi emotivi che le hanno più o meno consapevolmente indirizzate, dando luogo alla possibilità che ognuna delle persone che ne fa parte assuma un atteggiamento

autoriflessivo, che può sviluppare nel gruppo e/o negli altri ambiti psicoterapeutici tradizionali, contemporaneamente o successivamente;

2) perché l'introduzione del GPMF in un Servizio, oltre a poter modificare la posizione dei singoli, utenti e familiari, può cambiare il clima che si respira nel Servizio per quel che riguarda i rapporti complessivi tra le famiglie e gli operatori del Servizio stesso: finalmente è possibile rendersi conto che si sta tutti dalla stessa parte;

3) in terza istanza per quel che riguarda l'organizzazione nel tempo dei rapporti tra gli operatori, cioè la qualità dei rapporti di lavoro tra operatori con professionalità diverse oppure provenienti da sistemi di formazione-impostazione del trattamento differenti (modello prevalente psichiatrico o psicoterapeutico, diversi orientamenti psicoterapeutici);

4) infine, permette di ridisegnare la mappa delle funzioni svolte da Servizi diversi e come è possibile che i servizi si integrino piuttosto che seguitare a funzionare come delle presunte monadi, all'interno di un Dipartimento virtuale.

Bibliografia

- Bromberg Ph. M., (1998) *Clinica del trauma e della dissociazione*, Raffaello Cortina, Milano, 2007.
Bromberg Ph. M., (2006) *Destare il sognatore*, Percorsi clinici", Raffaello Cortina, Milano, 2009.
Bromberg Ph. M., (2011) *L'ombra dello tsunami*, Raffaello Cortina, Milano, 2012.
Garcia Badaracco J., (1997), *La Comunità Terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*, Franco Angeli, Milano.
Garcia Badaracco J., (2000) *Psicoanalisi Multifamiliare*, Bollati Boringhieri, 2004, Torino.
Garcia Badaracco J., (2005) *Demonios de la mente, biografia di una schizofrenia*, Eudeba, Buenos Aires.
Garcia Badaracco J. e Narracci A., (2011) *La Psicoanalisi Multifamiliare in Italia*, Antigone, Torino.
Garcia Badaracco J., (2018) *Selección de trabajos, tres volumen*, Editorial Asociacion Psicoanalitica Argentina y Editorial Antigua, Buenos Aires.
Mitre M. E., (2016) *Le voci del silenzio. Perché si curano i pazienti che si curano*. Giovanni Fioriti, Roma, 2021
Narracci A, ed., (2015) *Psicoanalisi multifamiliare come esperanto*. Antigone, Torino.
Narracci A., ed., (2021) *Da oggetto di intervento a soggetto della propria trasformazione*, Milano, Bruno Mondadori.
Shore A., (2019) *Psicoterapia con l'emisfero destro*, Raffaello Cortina, Milano, 2022.

➔ [torna all'indice](#)

INDICE AUTORI

Andrea Francesco Auletta, psicologo, specialista in Psicologia Clinica, associando Società Psicoanalitica Italiana. Docente a contratto in Psicologia Clinica e Dirigente Psicologo presso una ASL romana, presso cui occupa di disturbi da addiction in adolescenti e giovani adulti e svolge incarico di referente aziendale per la Giustizia Minorile.

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.com

Simone Bruschetta, Neuropsicologo Clinico, DanzaMovimentoTerapeuta, Psicoterapeuta Gruppoanalista, Psicoanalista SPI e IPA, PhD in "Scienze Mediche", Psicosociologo del Lavoro. Associato al Centro Psicoanalitico di Palermo, svolge attività scientifica presso diversi Gruppi di Ricerca nazionali della SPI e lavora come Psicoanalista con Adulti, Adolescenti, Bambini e con i Gruppi, in studio e nelle Istituzioni, sia pubbliche, che del settore privato-sociale. Affianca all'attività in studio libero-professionale a Catania, un'attività di supervisore e formatore per Servizi sanitari e organizzazioni lavorative, e dirige un programma nazionale di Certificazione di Qualità Scientifico-Professionale per Servizi Residenziali e Abitativi di Salute Mentale. simonebruschetta@yahoo.it

Rossana Calvano, Specialista in Psichiatra – Psicoterapia, Direttore Unità Operativa Complessa Salute Mentale Distretti Sanitari 24/73 e 31 ASLNAPOLI1CENTRO, 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

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

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

Anna Maria Dalba, Psicologa e Psicoterapeuta, Socia Ordinaria e Didatta ARPAd, Vicepresidente Cooperativa Rifornimento in volo, Socia LIPsiM

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

Nicoletta Faccenda, psicologa, membro associato Società Psicoanalitica Italiana, segretario portale "Psicoanalisi e Sociale", già Dirigente Psicologo Dipartimento Salute Mentale ASL RM 1. nicoletta.faccenda@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

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

Claudia Lilli, psicologa, psicoterapeuta specializzata in adolescenza e nell'età giovanile. Svolge attività privata e lavora presso un servizio semiresidenziale di una ASL romana che accoglie adolescenti con psicopatologia medio-grave. lilliclaudia2@gmail.com

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

Giovanna Montinari, Psicologa Psicoterapeuta. Membro Ordinario SPI, esperta B/A. Socia e Dattata ARPAd, fondatrice della Cooperativa Rifornimento in Volo. giovannamontinari@gmail.com

Filippo Maria Moscati, Medico, psichiatra, psicoterapeuta, candidato SPI, Direttore della Formazione del LIPSIM. Ha lavorato per diversi anni presso le istituzioni pubbliche, in particolare nel campo delle dipendenze nella fascia d'età 15-25 anni. Lavora privatamente come psichiatra e psicoterapeuta ad orientamento analitico con adulti, adolescenti e famiglie. filippo.moscati@gmail.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

Gaia Petraglia, Psicologa, psicoterapeuta, Responsabile dell'area migranti della cooperativa "ri-fornimento in volo" di Roma. Docente di Etnopsicologia nella scuola di specializzazione in Psicologia Clinica dell'università "La Sapienza" di Roma, presso la scuola di specializzazione in Etnopsicoterapia Sagara e presso la scuola di specializzazione in Psicoterapia dell'adolescente e del giovane adulto Arpad. gaiapetraglia@gmail.com

Adriano Purgato, psicologo, psicoterapeuta di gruppo, candidato Società Psicoanalitica Italiana. Dottore di ricerca in Antropologia e Dirigente Psicologo in una ASL romana, presso cui si occupa di disturbi da addiction in giovani adulti e adulti, in particolare per quanto riguarda i disturbi da uso di cocaina e di tabacco. adriano.purgato@gmail.com

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

giusepperiefolo1@gmail.com

Sofia Romanelli, psicologa e psicoterapeuta in formazione in psicoterapia della Gestalt. Si occupa di progetti di ambito clinico e sociale per persone senza dimora con disagio psichico e/o dipendenze. sofia.romanelli@gmail.com

Pier Luca Zuppi, membro associato della Società Psicoanalitica Italiana, già Direttore f.f. UOC1 del DSM della ASLROMA1. pierlucazuppi@hotmail.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 (fausta.calvosa@gmail.com).

Il Gruppo nazionale Soci con Ruolo Pubblico (GSRP) è attivo nella SPI da circa quattro anni e si compone di psicoanaliste e psicoanalisti che lavorano o hanno lavorato con vari ruoli nei Servizi pubblici, nelle Università, e nel Terzo Settore. 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 psicomodinamico 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) e Antonella Granieri (antonella.granieri@unito.it).

➔ [torna all'indice](#)