

“Andiamocene per vichi e vicarielli”.

La prospettiva “analitico-gruppale” nella diagnosi e nella costruzione del progetto terapeutico

di Maria Teresa Gargano*, Federica Marra** e
Emma Locascio Aliberti***

[Ricevuto il 25/09/2022
Accettato il 09/01/2023]

Riassunto

L'articolo seguente approfondisce il tema relativo alla diagnosi secondo il vertice gruppoanalitico. In ambito formativo, la stesura del presente lavoro nasce dalla collaborazione tra docenti e specializzandi della Scuola di specializzazione COIRAG, sede di Roma. In particolare, alcuni specializzandi hanno presentato un estratto di questo articolo al seminario tenuto da Vittorio Lingiardi e Nancy McWilliams, dal titolo “Il campo della diagnosi: personalità, famiglia e contesto”. La diagnosi è approfondita a partire da un caso clinico, esemplificativo di una modalità di osservare il processo diagnostico e costruire il progetto terapeutico, all'interno del campo gruppoanalitico. L'attenzione degli autori si è così focalizzata su alcune variabili del processo diagnostico, come il rapporto tra identificazione e identità, rete familiare e rete sociale, il co-transfert, il lavoro sul sogno, il livello istituzionale. La diagnosi analitica del paziente implica per gli autori un'osservazione accurata sia del mondo

* Psicoterapeuta, gruppoanalista, dottore di ricerca in Psicologia. Conduce gruppi a orientamento analitico in ambito formativo e clinico, con interventi multipersonali. Socio del Laboratorio di Gruppoanalisi, docente della materia “Progetto diagnostico e costruzione del processo terapeutico” presso la COIRAG, sede di Roma (via Dei Campi Flegrei, 65 – 00141 Roma); mariateresagargano@gmail.com

** Psicologa, psicoterapeuta, esperta in Psicoterapia di gruppo a conduzione analitica. Docente di Gruppoanalisi, Analisi di gruppo presso la COIRAG sede di Roma (viale delle Medaglie d'Oro, 410 – 00136 Roma); marra.federal@gmail.com

*** Psicologa clinica iscritta Albo Regione Campania n. 8814. Specializzanda COIRAG (via Giulio Cesare, 7 – 80125 Napoli); emmalocascio@yahoo.it

Gruppi/Groups (ISSN 1826-2589, ISSN 1972-4837), 2/2021
DOI: 10.3280/gruoa2-2021oa15808

TEMA

intrapsoichico di paziente e terapeuta sia del contesto interpersonale e sociale di riferimento. Questo modo di accostarsi al processo diagnostico è molto presente nel lavoro di ricerca svolto nel corso degli anni dai relatori del seminario, che ha portato alla stesura del manuale diagnostico PDM. Saranno proposti alcuni collegamenti tra l'impostazione psicomidinamica del PDM e quella gruppoanalitica.

Parole chiave: Processo diagnostico, Diagnosi gruppoanalitica, PDM, Caso clinico, Visione olistica degli individui.

Abstract. *“Andiamocene per vichi e vicarielli”.* *The Group-analytic diagnosis and the construction of the therapeutic project*

Group-analytic diagnosis was explored in the following paper. In the training field, the writing of this paper resulted from collaboration between teachers and post-graduates of the COIRAG Postgraduate School, in Rome. In particular, a paper's excerpt was submitted by some students at the seminar entitled “The field of diagnosis: personality, family and context”, held by Vittorio Lingiardi and Nancy McWilliams. A case illustration has been described, exemplifying a way of observing the diagnostic process and constructing the therapeutic project, within the group-analytic field. So the authors focused on some process diagnostic variables, such as the relationship between identification and identity, family network and social network, “co-transfert”, dream work, the institutional level. For the authors, the analytic diagnosis of the patient involves careful observation of both the intrapsychic world of patient and therapist and the interpersonal and social context. This way of approaching the diagnostic process is very present in the research project carried out over the years by the seminar speakers, which led to the writing of the PDM. Some connections between the psychodynamic setting of PDM and the group-analytic one will be proposed.

Keywords: Diagnostic process, Group-analytic diagnosis, PDM, Case illustration, Holistic view of individuals.

Introduzione

Lo scorso 14 maggio 2022, tutti gli allievi dei quattro anni della Scuola di specializzazione COIRAG, sono stati coinvolti in una mattinata orientata alla discussione e approfondimento in merito al tema connesso al seminario tenuto da Vittorio Lingiardi e Nancy Mc Williams, dal titolo “Il campo della diagnosi: personalità, famiglia e contesto”. A questa presentazione corale si è giunti dopo un corposo lavoro svolto con alcuni rappresentanti dei quattro anni della Sede di Roma, organizzati in un *Focus Group* (Corrao, 2000) che si è incontrato quattro volte. Rimandiamo in altra sede lo sviluppo e

descrizione del suddetto lavoro nel dettaglio. In questa sede, ci preme presentare il *corpus teorico-clinico* dal quale siamo partiti nel dipanare l'intero lavoro grupppale.

Il tema, dunque, che ci proponiamo di affrontare è quello relativo alla *diagnosi secondo il vertice gruppoanalitico*. Dal punto di vista epistemologico abbiamo deciso di affiancare a essa la prospettiva che, negli ultimi decenni, ha scelto di occuparsi dei Disturbi di personalità sviluppando un sistema integrato tra la ricerca empirica, la psicoanalisi clinica e la diagnostica tradizionale. Dal nostro punto di vista, si tratta della prima e seconda stesura del *Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM)*, a cura dei relatori ospiti del seminario organizzato da COIRAG.

La nozione di diagnosi implica una serie di considerazioni preliminari che ne inquadrano la complessità. Diversi sono, infatti, gli approcci a essa afferenti. Un primo orientamento è quello di assimilare la diagnosi psichiatrica a quella neurologica. Un secondo orientamento si fonda sulla considerazione che la sistematica formulazione delle condizioni del paziente, a livello diagnostico, comporti la costituzione di un insieme di variabili a forte densità informazionale.

I sintomi, in quest'ottica, sono raccolti in sindromi unitarie in rapporto a una accurata raccolta di dati in base a precisi campionamenti che permettono l'analisi della frequenza di una comparsa associata, in modo statisticamente significativo, nei pazienti. Il massimo sviluppo della struttura informazionale è rappresentato dal sistema multiassiale (Menarini e Marra, 2015).

La possibilità, invece, di inserire in una coerente teoria della mente, il processo diagnostico, non può che tenere in considerazione i diversi livelli che compongono l'incontro con l'altro e, di per sé il concetto di personalità. Ciò comporta implicazioni a livello della teoria della cura. Infatti, questo tipo di diagnosi, fondata sul significato, rimanda a una strategia terapeutica caratterizzata da soluzioni particolarmente complesse poiché la scelta dell'intervento non è limitata a un solo tipo di trattamento e alla sua applicabilità al caso in esame, ma a molti tipi di trattamento, ognuno dei quali dovrà essere opportunatamente vagliato (Menarini e Neroni Mercati, 2006).

Il PDM (Task Force, 2006), elaborando al massimo la nozione di Disturbo di personalità, impianta una vera e propria Psichiatria descrittiva psicodinamica.

Per molto tempo, in passato, la psicoanalisi si era chiesta quale utilità avesse una diagnosi mirata al solo rilievo dei fenomeni, rispetto a una diagnosi psicanalitica tesa alla comprensione del significato. Grazie al PDM è possibile costituire una piattaforma comune alla quale fare riferimento nel campo della ricerca diagnostica e tramite la quale risulti possibile confrontare i risultati dei ricercatori e dei clinici.

Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM) (Task Force, 2006), oltre a proporsi tale proposito come manuale complementare al DSM, rappresenta la prima nosografia dei disturbi psichici fondata su un modello psicodinamico quale riferimento teorico, promuovendo una conoscenza idiografica del paziente in modo che questa sia utile per la pianificazione di interventi terapeutici che tengano in considerazione la persona e il contesto. Infatti, il PDM evidenzia come diverse persone esprimano con modalità proprie lo stesso disturbo; dunque, i disturbi psichici non rappresentano un insieme di sintomi ma tipologie ideali verso le quali pazienti reali possono mostrare analogie, similitudini e differenze (Menarini e Marra, 2015).

I presupposti che hanno guidato la stesura del PDM si orientano intorno al concetto che la personalità rappresenta il contesto entro il quale la psicopatologia si sviluppa e assume il suo “senso”. Quest’ultimo deriva dal modo in cui le diverse persone vivono e interpretano (anche a seconda della fase del ciclo vitale che stanno attraversando) il disagio psichico. Come è stato già accennato, il PDM si riferisce al concetto di salute come qualcosa di diverso dall’assenza di sintomi, ponendo molta enfasi sugli aspetti individuali che investono ogni fenomeno o evento. Segue un principio che si fonda su un’analisi multidimensionale articolata su tre assi. Tali elementi si configurano come meccanicismi che rendono stereotipati i comportamenti, i pensieri e le percezioni dei soggetti, tali da diventare il copione di riferimento. In questo modo, nel PDM, non si ritrovano etichette diagnostiche, piuttosto organizzazioni di personalità che si declinano secondo specifici pattern. Si afferma, in questo senso, la prospettiva secondo cui il sintomo, o l’intero spettro sindromico, rappresentano il modo in cui il soggetto ha la possibilità, secondo le proprie caratteristiche, di affrontare l’esperienza del disagio psichico, sia per quanto riguarda la struttura di personalità e la sua storia lungo lo sviluppo, che per quanto concerne la componente genetica e biologica (Menarini e Marra, 2015).

Un *caso clinico* ci offre, come spesso accade, la possibilità di esemplificare e puntualizzare le riflessioni e osservazioni cliniche focalizzando l’attenzione sul processo diagnostico, le sue variabili ed elementi costitutivi e, non ultimo, approfondendo il senso di una diagnosi analitica del paziente e del suo contesto secondo le variabili organismo-ambiente, soggetto-oggetto.

Presentazione del caso clinico e prime ipotesi diagnostiche

Presso un servizio del Sistema Sanitario Nazionale della Campania, all’interno di un antico edificio nascosto tra i vicoli, oggi custode silente di

un passato animato da fede, musica e cultura, è seguita Assunta, donna di 49 anni, anche lei, a modo suo, erede di antiche tradizioni¹.

Assunta dimostra più degli anni che ha, affaticata dai pesi che porta sulle spalle da tutta la vita: prima, la cura del marito affetto da un grave disturbo psichiatrico e deceduto per cause sconosciute, poi, della madre anch'essa ormai defunta e, adesso, la cura dei suoi figli, due dei quali giovani adulti che vivono una condizione di malessere psicologico.

Madre di quattro figli, Assunta giunge in consultazione diagnostica mostrando un intenso senso di colpa motivato dal non essersi accorta dei bisogni degli ultimi due, e dall'averli trascurati a causa del lavoro e del marito. Si aggiungono a ciò autoaccusa, forte senso di solitudine, vergogna e impotenza, oltre a una spiccata sensibilità al rifiuto e alla critica, tutti indicatori caratterizzanti le *personalità depressive* descritte dal DPM-2, di cui Assunta presenta sia aspetti della versione introiettiva che di quella anaclitica.

Si potrebbe osservare nella paziente anche un *aspetto masochistico*: tutte le sue relazioni significative si esprimono in una dimensione di aiuto. Sembra, così, che la sofferenza sia la condizione necessaria per mantenere un legame. Assunta subordina i propri bisogni a quelli degli altri, fino a dimenticarsi di sé. Tuttavia, la sottomissione manifestata da questo tipo di personalità cela spesso un'intensa aggressività che viene espressa con modalità passivo-aggressive e, nei casi più compromessi, attraverso l'identificazione proiettiva dei propri aspetti sadici.

Durante il processo diagnostico, il tema che dominerà le sedute diverrà la preoccupazione e la rabbia nei confronti dei due figli che ancora vivono sotto il suo tetto: l'una, Maria, invasa dagli attacchi di panico, e l'altro, Alfredo, da un profondo stato di trascuratezza e riluttante a ogni proposta lavorativa. Della figlia presenta l'immagine di una ragazza timida, passiva e, come lei, sola e bisognosa. Nel figlio Alfredo, Assunta rivede suo marito, lo riconosce nei gesti impulsivi e violenti, tanto da temere che possa ereditare la sua malattia.

Fin da subito si ha la sensazione che Assunta presenti aspetti di sé presi a prestito da altri e, al contempo, descriva i due figli attraverso rappresentazioni contaminate da parti di sé. Ecco, dunque, delinearsi un disturbo dei confini, espressione diretta di un'organizzazione *borderline di personalità* declinata in una diffusione dell'identità che, vedremo più avanti, in Assunta assume caratteristiche specifiche.

¹ Si dichiara che la paziente in oggetto nel presente articolo e i responsabili del Sistema Sanitario Nazionale a cui fa riferimento la specializzanda COIRAG hanno rilasciato una liberatoria in cui si autorizza la pubblicazione dell'articolo stesso. Nell'articolo è stata comunque tutelata la privacy della paziente e dei suoi familiari, modificando tutti i dati sensibili e ogni dettaglio che potesse rendere riconoscibile la paziente.

Il legame con Maria è descritto come fusionale ed è stato segnato da un'intensa alleanza che risale agli anni di convivenza con il marito. Il rapporto con Alfredo è, invece, ambivalente e fortemente conflittuale: svalutazioni velate, recriminazioni e accuse reciproche agitano i loro scambi. "Fai le stesse cose di tuo padre" è l'arma di Assunta, "Non ti sei mai presa cura di me" quella di Alfredo.

Le colpevolizzazioni che Assunta rivolge a se stessa sono riflesso delle parole del figlio, e hanno la stessa tonalità critica dei rimproveri che il marito le rivolgeva, e che suo padre rivolgeva a sua madre.

Durante l'infanzia, Assunta era stata spettatrice dei litigi genitoriali: tra suo padre, dipendente dall'alcol, e sua madre, una donna emotivamente distante dalle figlie e concentrata sul lavoro.

Assunta, mediatore eletto tra i propri genitori, veniva da questi definita "una Santa", per la postura mite, che riconosce d'aver assunto da sua madre. Tuttavia, quando l'aggressività è manifesta o evacuata, Assunta ha la sensazione di perdere il controllo: "Non so se sono la buona o la cattiva" dirà in seduta.

Relativamente all'organizzazione borderline di personalità, oltre a quella che può essere definita un'identificazione introiettiva con la madre, Assunta mostra una percezione dicotomica di se stessa ("Io sono o bianco o nero") e degli altri: le sorelle vengono descritte come indifferenti e giudicanti, mentre i cugini di una regione del nord, che hanno in passato sostenuto e ospitato i due figli più grandi fino alla loro autonomia, come accoglienti e sereni. Di Alfredo e Maria la paziente presenta descrizioni connotate prevalentemente in negativo, e gli aspetti positivi di uno vengono nominati svalutando l'altro.

Appare costante il ricorso all'evitamento e al diniego di aspetti disturbanti: la fobia dei mezzi pubblici e i sintomi somatici di cui soffre emergono in seduta solo tra le pieghe dei suoi discorsi; lo stesso avviene per il risentimento nei confronti di una madre trascurante e di un padre alcolista, messo tra parentesi in virtù di una descrizione idealizzata delle loro figure; l'angoscia che la pervade rispetto alla separazione dai figli è celata dalla narrazione che loro non possono fare a meno di lei. La difficoltà nell'affrontare sofferenza e crisi evolutive, tanto le proprie quanto quelle dei figli, potrebbe essere considerata frutto di un fallimento nel processo di separazione-individuazione; la fragile individuazione che ne consegue rende Assunta un ricettacolo del malessere dei due giovani: ne è invasa senza possibilità di contenimento e i figli divengono per lei fonte e causa della propria sofferenza. Nei loro confronti, se, da un lato, si mostra remissiva, dall'altro, non manca di svalutarli in forma inconsapevole.

Nei confronti della *terapeuta in formazione* Assunta si presenta accondiscendente ed educata e sebbene non abbia mai esplicitamente espresso

ostilità verso di lei, a seguito di alcuni progressi inerenti al suo desiderio di autonomia rispetto ai figli, inizia a saltare frequentemente le sedute, ritenendo l'attività lavorativa prioritaria rispetto al percorso psicoterapeutico. L'oscillazione tra le sedute saltate e le successive manifestazioni di bisogno rivolte alla terapeuta, ha portato quest'ultima a domandarsi se Assunta non stesse riproponendo un conflitto tra l'autonomia e la dipendenza anche all'interno del campo terapeutico, e a scegliere, così, di rispettare la distanza posta dalla paziente proponendo un percorso a cadenza quindicinale.

Dunque, in seduta, Assunta si fa portavoce di una patologia dei legami familiari che, come si vedrà, entra nel complesso campo diagnostico e acquisita senso tenendo conto di una dimensione transgenerazionale (Menarini, 2003) più ampia. La drammatica ripetizione di legami traumatici impedisce alla paziente di pensare i due figli come individui psichicamente separati, a loro volta responsabili in prima persona del proprio benessere. Da ciò deriverebbe l'impossibilità a riconoscere le sofferenze dell'altro, fondata, a sua volta, sull'impossibilità a riconoscere prima di tutto le proprie.

Dal nostro punto di vista, alla luce di quanto esposto, risulta importante analizzare il tema della trasmissione dei legami disfunzionali tra le generazioni. Abbiamo deciso, a questo punto, di approfondire le osservazioni di carattere gruppoanalitico che ci hanno coinvolto nella rilettura del caso attraverso diversi livelli di esplorazione; in particolare, ampio spazio sarà dedicato all'articolazione tra processi identificatori e processi transgenerazionali familiari nella formazione dell'identità e della personalità.

Discussione del caso

Identificazione e identità

La famiglia, intesa quale costante psichica della cultura è collocata alla base dei contenuti inconsci affettivi, in quanto gli eventi che compongono l'ambiente del bambino sono ricondotti affettivamente alla "logica" delle relazioni e dei legami familiari (Menarini e Amaro, 1999).

A partire dalle seguenti vignette, si potrebbe ipotizzare che Assunta viva una difficoltà nel processo simbolopoietico, ossia nella possibilità di trasformare e soggettivare ciò che sembra ripetersi come un *idem* familiare.

R: "Mia mamma ci diceva sempre: Dovete fare questo, dovete fare così, dovete essere così! E io sono stata l'unica delle mie sorelle ad aver preso questi insegnamenti, loro si sono ribellate, e io no".

Per il bambino il riconoscimento dell'ambiente è reso possibile dall'identità familiare. Il gruppo familiare è un campo mentale che, grazie

all'*internalizzazione*, permette la condivisione valoriale e affettiva delle generazioni. Da questo punto di vista, la personalità del soggetto nel suo sviluppo è da visualizzare immersa nella dimensione *transgenerazionale*.

R: "Mio padre diceva che io ero una Santa".

T: "Ah sì? E come mai glielo diceva?".

R: "Perché io mi mettevo in mezzo, dicevo sempre: Basta, non fate così! quando litigavano".

La condivisione valoriale e affettiva costituisce la fonte del mondo interiore, nel suo essere espressione della personalità globale connessa all'individualizzazione.

R: "Io mi sono sempre occupata di tutti, perfino mio padre mi diceva che ero Madre Teresa di Calcutta".

T: "Quando glielo diceva? A che età?".

R: "Eh, anche da grande".

T: "E lei come si sentiva?".

R: "A me faceva piacere!".

L'identità dell'ambiente familiare (*transgenerazionale*) è quindi la continuazione di un modo di essere mentale condiviso e tramandato di generazione in generazione. Il sistema transgenerazionale è una struttura gerarchica di valori fondativi che unisce più generazioni in termini di legami affettivi (Marinelli e Pezzoli, 2019).

R: "Me l'hanno inculcato! Che una madre dev'esser tutto per i figli, deve vivere per i figli!".

Assunta ricorda una frase ascoltata una volta da un uomo anziano e la cita: "Io vivo per mia moglie, non vivo per i miei figli. Darei la vita per loro ma non vivo per loro. Vivo per mia moglie perché lei vive per me. Sono una cosa sola. Ma i figli invece devono andare". Aggiunge che si sente in colpa per il fatto di non riuscire a essere una madre che vive per l'altro.

La coppia è il centro di un progetto generativo investito da legami *transgenerazionali*, origine dell'universo familiare che si ricrea continuamente di generazione in generazione attraverso la nascita dei figli tramite la coppia (matrice insatura) (Menarini e Neroni Mercati, 2002).

T: "Si ricorda come reagiva sua madre quando litigava con suo padre?".

R: "Penso che era più calma... Mia sorella mi raccontò di una volta in cui papà le stava dicendo delle parolacce... allora mamma prese una padella e... sbam! Gliela diede in testa!". Ride, mostrando soddisfazione e orgoglio verso il gesto della madre.

T: "Eppure mi aveva descritto sua madre come una donna che non si arrabbiava mai".

R: "Sì, io credo che mia madre fosse molto repressa... anzi, non repressa, ma depressa".

T: “In che senso?”.

R: “Nel senso che non faceva uscire tante cose, tante sofferenze che aveva passato, con la sua vita difficile... però da anziana ne parlava sempre”.

Se la matrice satura è alla base del processo identificatorio e la matrice insatura è alla base della formazione dell'identità (Marinelli e Pezzoli, 2019), i concetti di *idem* e *autos*, espressi nella ricerca clinica di Diego Napolitani (1987), ci consentono di esportare fuori dal campo familiare il dialogo tra queste due polarità ed estenderlo al “tempo del comprendere diagnostico” e della “costruzione del progetto terapeutico”. Ma facciamo un passo indietro.

Il processo di costruzione dell'identità nel pensiero psicoanalitico è strettamente connesso alla qualità delle identificazioni (primitive versus mature). L'identificazione è quel processo psicologico con cui un soggetto si appropria, assimila un aspetto o un attributo di un'altra persona e si trasforma, parzialmente o totalmente, sul modello di quest'ultima (Laplanche e Pontalis, 2000).

Nel pensiero gruppoanalitico soggettuale *l'identità*, implica l'embricazione del processo di identificazione (ascrivibile all'*idem*) a quello di trasformazione (ascrivibile all'*autos*). Sarà anche descritto meglio in seguito come lo stesso concetto di identificazione è più ampio di quello riferibile alla metapsicologia psicoanalitica classica. *Il complicato processo di assimilazione e trasformazione degli attributi di “altri” significativi è già espressione di un'azione collettiva*, che riguarda il campo familiare (attuale e delle precedenti generazioni) e quello sociale.

L'identità dell'infante è, per la sua qualità stabile, replicativa, per i codici desideranti che la animano, l'*idem*. Tuttavia, il *bambino metonimicamente chiamato “lattante” è capace appunto di trasformare qualcosa in latte, nominando un seno a latte*, riattivando il dispositivo trasformativo dell'*autos* (Napolitani, 1987). Le immagini definite dalla natura biologica vengono così disarticolate in nuove unità estetiche, cariche di significato.

Il corpo e l'inconscio non sono dunque solo il luogo in cui le pulsioni hanno origine, ma in particolare il corpo è *in massimo grado il luogo delle determinatezze genetiche e il luogo delle animazioni identificatorie*: chi non riesce a conoscere il proprio corpo come ciò che incessantemente rimanda all'anteriorità e che è inevitabilmente segnato dalla presenza dell'altro non può usare il proprio corpo, non può disarticolarlo nell'invenzione di un gesto nuovo. Ciò implica “investimento”, eros, atto di conoscenza.

I processi evolutivi sin qui descritti non riguardano solo l'ambito familiare, ma anche quello sociale e istituzionale, oltre che la relazione clinica con il paziente.

Nella “costruzione dell'alleanza diagnostica” ed eventualmente di quella “terapeutica” con il paziente (Del Corno, 2014) il terapeuta ascolta così la

parte idem del paziente, “le metonimie” che emergono nel campo relazionale, ripetizioni necessarie per crescere in un territorio mentale sicuro, in attesa di essere significate, eventualmente trasformate in autos, mobilitate verso territori mentali più ampi. Questi passaggi di affetti, pulsioni, trame relazionali, “incorporati culturali”, ossia organizzatori psichici inconsci che determinano il modo in cui l’individuo gestisce lo spazio e il tempo all’interno di un gruppo e di una comunità (Rouchy, 2001), sono più ampi del concetto di transfert così come classicamente inteso da una parte del pensiero psicoanalitico (vedi dopo nel testo co-transfert).

R: “Io sono uguale a mia madre”.

T: “E in cosa si differenzia invece?”.

R: “Io provo rabbia verso le mie sorelle, loro non mi hanno mai aiutato con mio marito, con i miei figli... Io non so se sono la buona o la cattiva”.

Emerge, così, una “parte buona”, quella materna, e una “parte cattiva” che la paziente ascrive alla propria rabbia, laddove vorrebbe “farsi scivolare addosso le cose”, come faceva da ragazzina.

Riprendendo il concetto secondo cui nella *matrice satura* il figlio è ostacolato nello sviluppo del suo *autos*, costretto in una ripetizione identica di un copione non sottoponibile ad alcuna trasformazione, nel *caso in esame* sarebbe possibile rintracciare la presenza di un amalgama familiare indistinto (Pandolfi, 1996), uno stato mentale profondo basato sulla fantasia inconscia di essere un tutt’uno indivisibile. Secondo questa prospettiva, la qualità dei legami sembra esser connotata da una valenza traumatica: l’incestualità, l’assenza di confini, le “identificazioni alienanti”, le difficoltà nel processo di individuazione, la collusione familiare sull’elaborazione della morte del marito, segnalano la presenza di una malattia dei legami che caratterizza l’intero nucleo familiare, determinata «dall’assenza di uno spazio intermedio che definisca una distanza sufficiente tra un membro e l’altro» (Nicolò, 2015, p. 122). Lo spazio intermedio sembra essere stato sostituito dal “fantasma” del marito (Abraham e Torok, 1987).

A partire da queste considerazioni teorico-cliniche, la terapeuta costruisce un setting terapeutico gruppoanalitico, un «campo simbolopoietico in grado di mobilitare tutte le risorse creative della psiche in funzione del processo di individuazione» (Menarini e Lionello, 2008, p. 241) e che accoglieva diversi campi del mentale, da quello intrapsichico, a quello transgenerazionale e intersoggettivo.

Il pensiero di Nancy Mc Williams e della task force che ha portato alla costruzione del PDM-2 si concentra maggiormente sulla componente intrapsichica, individuando puntualmente la costituzione di *meccanismi di difesa*, evoluti o primitivi. *Possiamo considerare l’azione della difesa primitiva orientata a proteggere la parte idem del paziente?* e riferendoci al valore

situazionale delle difese (Michell, 2002), ovvero influenzate dal contesto interpersonale, è possibile ipotizzare che le difese, soprattutto quelle mature (autoservazione, autoaffermazione ecc.) (Perry, 1990 in Lingiardi e Madeddu, 2002), possano rappresentare disarticolazioni evolutive delle parti *idem in autos*, espressione di un'azione congiunta con il terapeuta?

Rete familiare e rete sociale

Il vertice di osservazione gruppoanalitico introduce il sociale e il familiare nel campo mentale della cura, considerando che il campo mentale grupale è attraversato da due tipi di matrici: la matrice familiare (intesa quale insieme di codici affettivi trasmessi dalla famiglia) e la matrice sociale (costituita dagli ambiti mentali e dalle organizzazioni esterne al mondo familiare) (Pontalti, 2000).

Assunta si descrive come una persona sola e timorosa nei confronti dei contesti sociali. Se nella dimensione familiare Assunta si considera come colei che ha sempre offerto il suo aiuto occupandosi degli altri, nella dimensione sociale si percepisce invece come una donna sola e bisognosa dell'aiuto dell'altro. I legami profondi sono connotati dal reciproco e immancabile sostegno, laddove la mancanza d'aiuto da parte dell'altro equivale per la paziente al disinteresse e all'indifferenza. Inoltre sembra esserci una *difficoltà di integrazione tra le diverse parti del sé*, che rimangono distanti l'una dall'altra, ben esemplificata dalla battuta che segue.

Assunta racconta che all'epoca della difficile convivenza col marito, un paio di amiche le alleviavano le giornate:

R: "Con una parlavamo di cose da femmina, con l'altra, invece... era come se fosse più una mamma".

A ciò si aggiunge una *difficoltà a esplorare territori "estranei"* senza il supporto di una base relazionale e sentimentale stabile e sicura.

La paziente ricorda le volte in cui il marito di un'amica le proponeva di portarla al mare con i propri figli, al contrario dei cognati, che non le hanno mai offerto nemmeno un passaggio in macchina. Seguono ulteriori esempi.

T: "Lei non prende l'autobus o un mezzo pubblico?".

R: "Ho una paura... non la so definire, l'ho sempre avuta... sono pigra, ma ho anche paura... se succede qualcosa all'autobus non ho un marito da telefonare. È la stessa paura che ho quando leggo sul cellulare le notizie del mondo. Preferisco non saperle, mi sono pentita d'essermi fatta regalare il cellulare".

T: "È come se avesse paura di ciò che non conosce, o degli imprevisti che potrebbero capitare, e questo la porta a pensare d'aver sempre bisogno di qualcuno".

R: “Sì, sono sempre stata così fin da piccolina. Se dovevo andare da qualche parte, anche da un medico, con un’amica ci andavo con piacere, da sola no”.

La paziente attribuisce questo atteggiamento alla timidezza e alla paura di non saper parlare bene l’italiano.

Verso la fine della seduta Assunta si sfoga, inizia a piangere in un misto di dolore e di rabbia: ripercorre la vita con suo marito e la solitudine provata per non essersi potuta affidare a nessuno.

La paziente, portatrice di un’identità ben definita, compie l’atto di nominare un’appartenenza, che impone un’omogeneità alla categoria nominata ricavandone una certa sicurezza (Dalal, 2002).

Ciò che avviene nella *costruzione del progetto terapeutico* è la possibilità di affiancare alle appartenenze descritte dal paziente un’altra appartenenza, quella al campo terapeutico, in cui l’identità viene in parte messa in discussione, per diventare espressione dei legami esistenti all’interno della rete comunicativa e sociopolitica: è contingente e transitoria.

La paziente che raccontiamo in questo testo, proprio sulla base della configurazione familiare in cui è cresciuta, potrebbe beneficiare di un possibile inserimento in un *gruppo di psicoterapia*.

Nello spazio del gruppo, l’identità può essere messa in scena, operando all’interno di una matrice insatura in cui possa essere localizzata anche la matrice satura liberando il conflitto e cogliendo il senso profondo della sofferenza mentale.

In una fase storica che alcuni studiosi hanno definito di post-modernità (Pontalti, 2011), in cui assistiamo a una progressiva interiorizzazione e privatizzazione dei pensieri e sentimenti, a una attribuzione di tutti i codici interpretativi del reale e del mondo interno alla “famiglia affettiva”, depositaria di vita e di morte per le nuove generazioni, il dialogo “insaturo” tra rete familiare e rete sociale all’interno dell’identità diventa ancora più necessario. *La conoscenza e l’azione creativa sono atti privatistici o sono anche fenomeni sociali?*

Quale lavoro sul sogno?

Il frammento del sogno che riportiamo e il successivo dialogo tra la paziente e il terapeuta mostrano quanto, proprio in relazione alla *paura esplorativa di territori estranei* prima citata, si possa osservare un ampliamento delle possibilità di “essere con l’altro”. La paziente guida e può parlare di sé, a volte attraverso “la patente” dei figli, altre in prima persona. Il sogno è un potente indicatore del livello organizzativo del carattere e del livello evolutivo delle difese, ma è anche un efficace

termometro del clima affettivo che si sviluppa e che si trasforma durante il processo, nel campo relazionale.

Lo stesso Freud nel 1922 revisionava il modello ermeneutico e pulsionale, che stava alla base dell'interpretazione del sogno nel 1899, approdando in parte al *modello costruttivista*. In altre parole, il sogno non avrebbe un presupposto obbligato nell'infanzia e all'interno del corredo pulsionale libidico rimosso ma sarebbe anche un'espressione della mente per costruire esperienze inconsce che diventano coscienti nella comunicazione e nella relazione con l'analista.

Assunta afferma, per la prima volta da quando ci conosciamo, di voler parlare di sé e non soltanto dei figli.

Emerge il ricordo di un sogno, solo accennato, che aveva fatto quando ancora viveva con il marito:

R: "Sognavo di guidare, prendevo la macchina e guidavo, guidavo, scendevo per una lunga strada piena di curve".

T: "Cosa le fa venire in mente?".

R: "Forse fuggire dalla situazione con mio marito... o l'indipendenza... mia figlia si è presa la patente, mio figlio invece no...".

T: "E lei non ha mai pensato di guidare?".

R: "No... io non ho mai guidato la macchina... però da ragazzina col fidanzato che ho avuto prima di conoscere mio marito portavo la vespa. Mi aveva messo sulla vespa e mi aveva detto: Vai, parti! E io andavo! Io portavo la vespa!".

T: "Com'era questo ragazzo?".

R: "Io gli piacevo, era sicuro di me... invece con mio marito... dopo due metri di guida mi spaventavo... perché era il primo a essere insicuro."

T: "Quel ragazzo era sicuro e la faceva sentire sicura".

R: "Era sicuro di me".

Mi domando quanto questo ricordo parli anche della nostra relazione, e quanto possa avere a che fare con la fiducia che Assunta sente che io nutra per lei, per le sue risorse e per la sua capacità di poter essere autonoma rispetto al pensiero dei figli o all'aiuto delle sorelle.

Il tema del guidare, da desiderio di fuga, nel lì e allora della relazione con il marito, verrebbe così a significarsi, nel qui e ora della relazione terapeutica, come un desiderio di autonomia che necessita della relazione con un altro in grado di accompagnare e restituire supporto e fiducia nelle proprie possibilità.

Il campo con-transferale e il suo rapporto con la diagnosi e il progetto terapeutico. Le gruppalità che si incontrano

Già Freud nel 1915 affermava che nel momento in cui si instaura la relazione di transfert con il paziente, non si ha più a che fare con la precedente malattia del paziente, bensì con una nevrosi di nuova formazione e profondamente trasformata. In questo senso il *sogno e il transfert* condividono molte qualità comuni per la psicoanalisi, non solo perché i sogni di transfert sono un potente acceleratore delle trasformazioni psichiche, ma anche perché entrambi condividono spostamento e condensazione, che caratterizzano una parte del funzionamento del pensiero inconscio (Bonaminio, 2007).

Così il terapeuta si accosta alla comprensione del paziente attribuendo molto valore al lavoro onirico oltre che al contenuto latente o alle «parti non pensate o mancanti» (Russo, 2010, p. 32), e allo stesso modo è guidato dal modo in cui la malattia precedente si attualizza nell'incontro irripetibile. *La diagnosi psicodinamica, in continua ridefinizione, che si serve anche dell'analisi del sogno* (attualmente nel PDM-2 non è riservato uno spazio a questo tipo di indicatore diagnostico sebbene in sé ritroviamo il livello evolutivo del carattere, il sistema difensivo, gli affetti, le identificazioni, le parti sane ecc.) diventa inevitabilmente espressione di ciò che emerge in quella specifica relazione. D'altra parte, già Freud, nella seconda fase della sua estesa produzione scientifica, in *Osservazione sulla teoria e pratica dell'interpretazione dei sogni* (1922) scriveva: «Non occorre certo dimostrare che il contenuto manifesto del sogno è influenzato dal trattamento analitico» (p. 426), così come i contenuti latenti. La questione di rilievo, tuttavia, riguarda un altro aspetto. Secondo il padre della psicoanalisi i contenuti latenti sarebbero influenzati da ciò che emerge nel campo analitico per effetto della suggestione e dunque laddove ciò accada, il terapeuta dovrà prestare attenzione: si riferisce ai cosiddetti “sogni convalidanti”.

La ricerca empirica nell'ambito della valutazione dell'efficacia delle psicoterapie probabilmente ricondurrebbe questo tipo di sogni o quelli di guarigione alla costruzione e consolidamento dell'alleanza di lavoro e terapeutica. In altre parole, attraverso la produzione onirica terapeuta e paziente possono condividere gli stessi obiettivi e gli stessi scopi del trattamento e quindi del progetto terapeutico. O ancora creare le condizioni per dialogare su questi aspetti. Una parte della psicoanalisi contemporanea ritiene che il terapeuta sia garante del *dreaming*, della tessitura delle narrazioni e delle trasformazioni degli elementi beta in alfa, costruzioni nuove nel campo analitico, sempre espressione di un'azione congiunta (Ferro, 2006, 2008; Ferro *et al.*, 2007). Lo stesso concetto di “azione” nell'attuale pluralismo psicoanalitico non è più confinato al ruolo di resistenza (Riefolo, 2018). La psicoanalisi

relazionale si riferisce al *campo transferale come al luogo in cui le menti si incontrano*, in un rapporto di mutua partecipazione (Aron, 2004). In queste ultime prospettive non è utile né possibile distinguere nettamente l'azione di "suggerimento" del terapeuta da quella "negativa". *In questo panorama scientifico si inserisce il pensiero gruppoanalitico.*

Nel setting gruppoanalitico le storie personali si realizzano quali catene associative che favoriscono l'attivazione co-transferale. La trasformazione da oggetti-Sé in oggetto-Relazione è resa possibile dall'emersione dei temi gruppali, intesi quali icone a forte carica condensativa che permettono il massimo sviluppo dell'auto-osservazione (Menarini e Marra, 2015). Il luogo dell'osservazione è, dunque, il campo mentale gruppale.

Elemento di rilievo della seconda edizione del *PDM* è l'inserimento del *vissuto soggettivo del terapeuta, inteso quale esperienza controtransferale in relazione alla diagnosi e alla prognosi.*

A tal proposito è di rilievo *l'osservazione della posizione emotiva manifestata dal terapeuta (e più in generale dal gruppo dei curanti) durante la costruzione delle prime ipotesi diagnostiche*, soprattutto per l'individuazione del livello evolutivo del carattere e del sistema difensivo del paziente. Nel campo terapeutico, il terapeuta si sente preoccupato? Angosciato? Eccitato? Annoiato? Seguendo la prospettiva gruppoanalitica nel campo con-transferale sono attivamente compresenti gli universi mentali storico-soggettivi dei partecipanti all'incontro terapeutico, che insieme concorrono a creare una "realtà emergente" inedita. Così gli accadimenti psichici non seguirebbero percorsi lineari, linee rette, da A a B o viceversa, dal passato al presente, ma andamenti circolari, che non hanno unica origine nelle costellazioni relazionali sedimentate nei soggetti A e B e provenienti dalla loro esperienza privata e professionale ma sono connessi alla storia del contesto organizzativo/istituzionale in cui la relazione si svolge (Giannone e Lo Verso, 1996).

Nei primi momenti in cui *la paziente* riusciva a esprimere la rabbia che provava nei confronti dei figli, il co-transfer attivava nella terapeuta il passaggio dall'immagine della donna riflessiva, introspettiva, capace di insight, tenace e combattente, a una madre onnipotente, controllante, svalutante. Ne conseguiva un sentimento di ostilità nei confronti dell'atteggiamento svalutante che la paziente rivolgeva ai suoi figli, fino a domandarsi, da parte della terapeuta, quanto tale ostilità appartenesse a se stessa, quanto invece potesse appartenere ai due giovani, entrambi in posizione di attacco, uno, belligerante verso la madre e l'altra, presa nell'attacco di panico.

Nel testo che segue sotto *possiamo notare una scena relazionale particolarmente significativa, in cui è presente una certa "disparità affettiva" tra terapeuta e paziente.* La paziente sembra chiedere comprensione per la fatica di una madre nell'accompagnare il figlio nei suoi processi esplorativi

autonomi; la terapeuta si sente vicina al vissuto del figlio e spinge la madre a considerare il punto di vista del figlio, ma ciò non sembra avvenire in un clima affettivo di comprensione. A tal proposito le parole della paziente presentate proprio nel titolo del presente articolo: "... allora me ne devo andare per vichi e vicarielli" rendono bene l'idea del movimento difficile da compiere.

La paziente mi spiega che non sa come comportarsi col figlio dal momento che questi non ha ancora preso una decisione sulla possibilità di andare a lavorare in una regione del nord, raggiungendo alcuni parenti.

R: "Con lui non si può parlare, mi risponde che io penso solo a questo, che lui lo sa che deve lavorare, e non c'è bisogno che glielo ripeta sempre. Non si può proprio domandare: Alfrè che hai deciso?! che lui si arrabbia...".

T: "Insomma, forse lui le sta comunicando che vuole vedersela da solo".

R: "... allora me ne devo andare per vichi e vicarielli".

T: "E lui se ne accorge che lei vuole arrivare lì?".

R: "Sì, però risponde un po' meglio. È che io non ce la faccio più a vederlo così, per me è intollerabile, io non sopporto proprio di vederlo così trascurato, non si compra un pantalone, non va dal barbiere se non glielo dico io e gli do i soldi". *Mentre parla mi domando come possa pensare che il figlio vada dal barbiere, se non ha i soldi per farlo.*

R: "Lui non se ne importa proprio, non gli viene proprio in mente, devo pensarci io, poi sta sveglio fino a tardi, stamattina sono uscita a mezzogiorno e lui stava ancora dormendo!".

T: "Ha problemi d'insonnia?".

R: "Ma no, non se ne importa e basta, se vai a dormire tardi è ovvio che la mattina non ti alzi. Poi mi chiede i soldi e io gli dico: Alfredo ma io questo ho. Io non ce li ho i soldi per farti fare le cose. Io vorrei sapere a cosa pensa, cosa ha nella testa".

T: "Mi sembra che si senta impotente nei suoi confronti".

R: "Sì, perché non so cosa sta pensando!".

Continua raccontando che Alfredo la accusa dicendole di non essersi mai presa cura di lui, per cui "Adesso devo prendermi io le responsabilità", dice riportando le parole del figlio.

T: "Secondo lei, lui cosa si aspetta da lei?". *La paziente non lo sa.*

T: "E lei cosa vorrebbe che lui le dicesse?".

R: "Vorrei che ragionasse, non si può parlare con lui. Vorrei che lui lavorasse e che se ne andasse proprio di casa!".

T: "Insomma, non lo vuole proprio a casa".

R: "No, che andasse fuori, si deve prendere una stanza fuori... e poi è un continuo dar fastidio a mia figlia... lui non sa fare niente, rompe tutto".

Provo a far riflettere Assunta sul fatto che forse suo figlio sta vivendo un periodo delicato.

R: “Io glielo dico: Alfrè, sei bloccato! lui dice: No, non sono bloccato!”.

Il corpo del figlio per la madre è bloccato, come la sua mente. *Qual è il luogo del sintomo?* Nel corpo? Nei processi cognitivi disfunzionali? In una rete mentale più ampia? In quale setting terapeutico il sintomo può essere interrogato? In che modo i gruppi interni del terapeuta (introietti che conservano le loro identità originarie, la loro forza intenzionale, Napolitani, 1987), le identificazioni del terapeuta (mentalizzazione di strumenti e delle modalità di pensiero dell’organizzazione antropologica di riferimento, Giannone e Lo Verso, 1996) si mettono in relazione con quelli della paziente? In altri termini quanto sono vicini o meno i temi culturali del terapeuta (quando si esce di casa, quando ci si alza e si va a dormire, cosa si comunica alla famiglia, come progettare movimenti esplorativi) con quelli della paziente? Tutti questi elementi vanno a formare le ipotesi diagnostiche via via in trasformazione.

Livello istituzionale

Il livello istituzionale del transpersonale (Giannone e Lo Verso, 1996) si riferisce alle istituzioni di cura, al plexus professionale, in altri termini al modo in cui il gruppo dei curanti condivide o meno codici operazionali e modelli teorico-tecnici: *qual è il pensiero sulla patologia, sulla cura e sulla guarigione del gruppo dei curanti?* La nostra identità personale è fortemente istituzionalizzata.

R: “Alfredo è sempre nella mia mente... Io non ce la faccio a vederlo così, non scende neanche per comprare un pacchetto di sigarette, l’altro giorno si è litigato con la sorella e le ha messo le mani addosso... quest’estate è uscito di casa solo due volte, per lavorare”.

Nel corso della seduta emerge la figura di un uomo, venuto a mancare anni addietro, descritto come presente per tutti e in grado di tenere unita la famiglia. Assunta con voce strozzata dal pianto afferma: “Se fosse ancora qui se ne sarebbe occupato lui, gli avrei detto: Prendi Alfredo, fai qualcosa”.

La scelta del figlio di rinunciare all’opportunità lavorativa in Lombardia, la condizione di grave ritiro sociale, il discontrollo degli impulsi manifestato, secondo la descrizione della paziente, attraverso una disorganizzazione nell’eloquio e scoppi d’aggressività verbale e fisica, unitamente a un vissuto d’angoscia, sono tutti indicatori relazionali e comportamentali che allertano la psicoterapeuta in formazione.

A questo punto, in accordo con la terapeuta che aveva seguito il figlio per un breve periodo, chiedo una riunione d’équipe tra gli operatori del

Servizio per valutare un intervento nei confronti di Alfredo. In équipe è presente la psichiatra che anni prima aveva avuto in cura il marito, la terapeuta di Alfredo, la terapeuta di Maria, una terapeuta familiare e l'équipe di riabilitazione. La famiglia, rappresentata in équipe da tutte le figure curanti, è ora riunita. Vengono vagliate più ipotesi di lavoro: la possibilità di invitare Alfredo a un colloquio incontra lo sconforto e la rassegnazione della sua terapeuta; creare uno spazio in cui siano presenti le terapeute di Assunta e della figlia avrebbe potuto riflettere l'alleanza madre-figlia già presente in famiglia; infine, l'ipotesi di un intervento domiciliare viene respinta per non colludere con la fantasia familiare secondo cui il figlio sarebbe portatore di un disturbo mentale "così come suo padre" e, inoltre, per sottrarre l'istituzione dalle deleghe implicite ("Occupatevi voi di lui"), troppo spesso ricevute dai familiari.

Si discute, invece, la possibilità di costruire uno spazio familiare, il cui setting sia garantito dalla terapeuta familiare e da un operatore uomo, e in cui siano disposte, oltre alle sedie per accogliere i familiari, una sedia vuota (a rappresentare l'assenza del marito). Tutto ciò a partire, però, da una richiesta esplicita della signora che renda conto della sua "implicazione soggettiva" e disponibilità a coinvolgersi in un progetto di cura.

Se la terapeuta in formazione sentiva di essersi identificata con la figura dell'uomo che avrebbe potuto aiutare Alfredo, riunendo la famiglia reale come quella istituzionale, agli occhi dell'istituzione, invece, questa si era identificata alla paziente, e ne stava agendo le angosce.

Lo stesso *processo diagnostico e la costruzione del progetto terapeutico* in costante trasformazione è dunque in relazione alle istituzioni interne del terapeuta e più ampiamente di tutto il gruppo dei curanti. Nella prospettiva multipersonale (Lo Coco e Lo Verso, 2006; Pontalti, 2006), l'incontro diagnostico e terapeutico è incontro tra gruppi, al di là che si tratti di una terapia individuale, familiare o gruppal. «Due gruppi portatori di saperi differenti sulla sofferenza mentale, quello del paziente e quello del terapeuta, e di contesti e appartenenze multiple che entrano in gioco» (Lo Coco e Lo Verso, 2006, p. 61).

La paziente che incontriamo in questo testo poteva esprimere in un momento preciso del processo terapeutico una richiesta esplicita di cura per il figlio laddove è stato anche possibile costruire con il terapeuta un campo in cui sviluppare una *co-scienza di malattia*. A tal proposito D'Urso, Lizza e Dall'Asta (1997, in Fasolo, 2002), affermano che per guarire bisogna prima ammalarsi e che la *restitutio ad integrum*, consiste nella re-istituzione dell'individuo patologico nella sua costitutiva dimensione intersoggettiva, che è fatta di mancanze, di rischio, di limiti, di tempi limitati, di creatività e di gratitudine.

R: "Non voglio essere io a cercare una psicologa per Alfredo, non so come si fa o dove cercare. Io vorrei qualcuno che ci dicesse cosa fare".

T: “Possiamo pensare insieme a un modo per agganciare Alfredo. Lei come lo vedrebbe, per esempio, un percorso familiare? Potremmo pensare, in parallelo a questo spazio con me, a uno spazio familiare con un'altra dottoressa; quali sono le sue aspettative?”

R: “Di Alfredo ho paura che resti così. Io voglio che Alfredo faccia tutto da solo, non voglio accompagnarlo in nessun percorso. Non voglio fare con lui quello che ho fatto con mio marito, io l'ho accompagnato per anni dalla psichiatra, dalla psicologa... parlavano con me per sapere le cose di mio marito... è così? Lo accompagnavo con mia suocera dalla psichiatra, e la visita diventava una guerra... io dicevo: Lui ha fatto questo! E lei rispondeva: Lo faceva anche da ragazzo, è carattere! E lo stesso avveniva quando accompagnavo Alfredo, gli dicevo: Gliel'hai detto alla psicologa che hai fatto questo? Glielo hai detto? Lui alla psicologa diceva le bugie”.

È possibile osservare l'ambivalenza della richiesta d'aiuto: il conflitto intrapsichico tra il chiedere e il non chiedere l'aiuto per il figlio si traduce nella delega all'istituzione di accompagnare il ragazzo in un processo di cura. Se, da una parte, la richiesta all'altro, seppur implicita, potrebbe esser letta come un movimento interno della paziente che promuove l'uscita da una condizione di onnipotenza materna, dall'altra, tale richiesta sembra non trovare ascolto all'interno del campo mentale istituzionale. L'équipe resta in attesa di una richiesta d'aiuto esplicita alla quale rispondere, da parte della paziente o da parte del figlio. Così, l'istituzione restituisce alla paziente l'immagine di una madre che, come già accaduto in passato, deve assumere su di sé la responsabilità della cura dei propri cari, riproponendo una posizione masochistica da cui Assunta tenta faticosamente di svincolarsi.

Potrebbe essere opportuno sottolineare che ci troviamo in un contesto in cui la ridotta presenza della funzione psicologica a vantaggio di quella psichiatrica, ha favorito nel tempo il consolidarsi di una politica della cura basata sulla gestione dell'emergenza piuttosto che sulla progettazione della prevenzione, a cui ha fatto seguito il costituirsi di un modello di lavoro impostato su patologie psicotiche tese alla cronicizzazione. Ne deriverebbe, così, il timore dell'istituzione secondo cui sollecitare preventivamente una presa in carico possa impedire al soggetto lo sviluppo autonomo delle proprie risorse.

Nelle situazioni di gravità clinica in cui diversi membri della famiglia sono coinvolti nel processo di cura o in cui l'istituzione si interroga su un possibile ampliamento del setting terapeutico, accade, spesso, che prevalga un conflitto tra posizioni ideologiche, spiegato dal fatto che non può esistere una visione univoca del disturbo psichico. Tale conflitto tra “ideologie” (compresa quella del paziente e dei suoi familiari) fa sì che venga confuso il livello epistemologico con il livello clinico, nel quale è

indispensabile una visione comune del disturbo per portare avanti un processo terapeutico efficace (Ferraris *et al.*, 2012; Gargano *et al.*, 2014).

Conclusioni

Alla base del processo diagnostico si pone l'incontro tra il clinico e il paziente, entrambi portatori di significati e, in questo senso, ritroviamo, in ambito formativo, la collaborazione che ha portato docenti e allievi della COIRAG alla stesura del presente lavoro. Esso vuole proporsi come una riflessione aperta circa la complessità dell'osservazione clinica in campo gruppoanalitico nella costruzione di una valutazione diagnostica inquadrata all'interno di un processo di conoscenza del mondo *inter* e *intrapsichico* del paziente.

Questo vertice osservativo orientato a individuare non solo le caratteristiche strutturali e dinamiche della personalità del paziente, ma anche il complesso dialogo del bipolo identificazioni/identità come prima descritto, ha, a nostro modo di vedere, implicazioni precise e molto efficaci nel processo di formulazione di una prognosi, in previsione anche di un eventuale intervento terapeutico grupppale.

Dal nostro punto di vista, infatti, per la paziente protagonista della situazione clinica esposta, sarebbe opportuno poter immaginare un lavoro teso anche a un futuro ingresso in gruppo.

Riteniamo, dunque, che l'immersione in un'inedita matrice dinamica grupppale, a contatto con i fattori terapeutici di rispecchiamento, risonanza e mirroring, potrebbe favorire lo sviluppo di una maggiore integrazione del sé. Ma quale processo fondativo grupppale per la paziente? A questo proposito, considerati i livelli di indagine approfonditi, ci interroghiamo sui modi attraverso cui i livelli socioculturali e antropologici determinanti la costituzione di un gruppo terapeutico orientato gruppoanaliticamente in quel servizio, in quel contesto di cura, possano rappresentare il set e setting vantaggioso per Assunta.

Infine, è da considerare in che modo, scegliendo come riferimento per l'inquadramento diagnostico anche l'impostazione psicodinamica del PDM, identità e personalità possano essere collegate alla matrice familiare, nel senso di ricondurre la prima alla matrice insatura e la seconda a quella satura. In seconda battuta, ci preme rimandare, anche in altra sede, la definizione di sistemi proiettivi inseriti nel livello culturale, così come suggerito da Kardiner (1973) e un approfondimento sul concetto di neotenia, ovvero il mantenimento di tratti fetali anche in età adulta, che possiamo rintracciare nella produzione onirica e nello sviluppo delle sindromi etniche.

Riferimenti bibliografici

- Abraham N. e Torok M. (1987). *La scorza e il nocciolo*. Roma: Borla, 1993. In: Nicolò A.M. e Trapanese G., *Quale psicoanalisi per la famiglia*. Milano: FrancoAngeli, 2015.
- Aron L. (2004). *Menti che si incontrano*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bonaminio V. (2007). Prefazione. Freud, sogno, transfert. In: Nicolò A.M., a cura di, *Attualità del transfert, articolazioni, varietà cliniche, evoluzioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Corrao S. (2000). *Il Focus Group*. Milano: FrancoAngeli.
- Dalal F. (2002). *Prendere il gruppo sul serio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Del Corno F. (2014). Il colloquio clinico. In: Lingiardi V. e Gazzillo F., a cura di. *La personalità e i suoi disturbi*. Milano: Raffaello Cortina.
- D'Urso C., Lizza R. e Dall'Asta M. (1997). La guarigione in psichiatria. In: *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*. Citato in: Fasolo F., *Gruppi che curano e gruppi che guariscono*. Padova: La Garangola, 2002.
- Ferraris L., Gargano M.T., Innocente P. e Serantoni G. (2012). L'esperienza clinica ed istituzionale all'interno di un Dipartimento di Salute Mentale. I gruppi multifamiliari per genitori e figli con patologia psichiatrica nel tempo della post-modernità. *Plexus*, 9. Testo disponibile al sito: <http://www.rivistaplexus.it/ultim-numeri/numero-9-nuove-proposte-in-psicoterapia-analitica-di-gruppo/parte-monografica/lesperienza-clinica-ed-istituzionale-allinterno-di-un-dipartimento-di-salute-mentale-i-gruppi-multifamiliari-per-genitori-e-figli-con-patologia-psichiatrica-nel-tempo-della-post-mod/>.
- Ferro A. (2006). *Creatività e tecnica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ferro A. (2008). Transfert e trasformazioni in sogno. In: Ferruta A., a cura di, *I Transfert. Cambiamenti nella pratica clinica*. Roma: Borla.
- Ferro A., Civitaresse G., Collovà M., Foresti G., Molinari E., Mazzacane F. e Politi P. (2007). *Sognare l'analisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud S. (1915-17). *Introduzione alla psicoanalisi*. OSF, 8. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud S. (1922). *Osservazioni sulla teoria e pratica dell'interpretazione dei sogni*. OSF, 9. Torino: Bollati Boringhieri.
- Gargano M.T., Serantoni G., Russo F., Narracci A., Bruschetta S. e Barone R. (2014). La valutazione empirica sui gruppi multifamiliari: una rassegna internazionale e la presentazione di un protocollo di ricerca italiano. In: Bruschetta S., Barone R. e Frasca A., *La ricerca sui gruppi comunitari in salute mentale. La valutazione clinica delle reti sociali e la psicoterapia di comunità orientata alla recovery per la grave patologia mentale*. Milano: FrancoAngeli.
- Giannone F. e Lo Verso G. (1996). *Il self e la polis. Il sociale e il mondo interno*. Milano: FrancoAngeli.
- Kardiner A. (1939). *The Individual and his Society*. New York: Columbia University Press, 1973.
- Laplanche J. e Pontalis J.B. (2000). *Enciclopedia della Psicoanalisi*. Bari: Laterza.
- Lingiardi V. e Madeddu F. (2002). *I meccanismi di difesa*. Raffaello Cortina: Milano.

- Lingiardi V. e McWilliams N., a cura di (2018). *Manuale Diagnostico Psicodinamico, PDM-2*. Seconda ed., Milano: Raffaello Cortina.
- Lo Coco G. e Lo Verso G. (2006). *La cura relazionale. Disturbo psichico e guarigione nelle terapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Marinelli P. e Pezzoli F. (2019). *Atlante illustrato di Gruppoanalisi. Storia ed evoluzione del pensiero gruppoanalitico*. Roma: Anicia.
- Menarini R. (2003). *Uno e Molti, la teoria psicodinamica del gruppo*. Roma: Studium.
- Menarini R. e Amaro C. (1999). La famiglia. In: *Quaderni di psicoterapia di gruppo 2. Famiglia, giovani e scuola*. Roma: Borla.
- Menarini R. e Lionello S. (2008). *La nascita di una religione pagana. Psicoanalisi del Nazismo e della propaganda*. Roma: Borla.
- Menarini R. e Marra F. (2015). *Il bambino nella casa dello specchio. Identità e gruppo*. Roma: Borla.
- Menarini R. e Neroni Mercati G. (2002). *Neotenia. Dalla psicoanalisi all'antropologia*. Borla: Roma.
- Menarini R. e Neroni Mercati G. (2006). *Tecniche di intervento in psicologia clinica*. Roma: Borla.
- Mitchell S.A. (2002). *Il modello relazionale. Dall'attaccamento all'intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina.
- Napolitani D. (1987). *Individualità e gruppalità*. Torino: Boringhieri.
- Nicolò A.M. (2015). *La famiglia e la psicosi. Un punto di vista psicoanalitico sulle patologie*. Milano: FrancoAngeli.
- Nicolò A.M. e Trapanese G., a cura di (2015). *Quale psicoanalisi per la famiglia?* Milano: FrancoAngeli.
- Pandolfi A.M. e Taccani S. (1996). *Il trattamento della coppia genitoriale*. In: Nicolò A.M. e Trapanese G., *Quale psicoanalisi per la famiglia*. Milano: FrancoAngeli, 2015.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Perry J.C. (1990). Defence Mechanism Rating Scale. Appendice. In: Lingiardi V. e Madeddu F., *I meccanismi di difesa*. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- Pontalti C. (2000). Campo familiare-campo gruppale: dalla psicopatologia all'etica dell'incontro. *Gruppi*, II, 2: 35-50.
- Pontalti C. (2006). Prospettiva multipersonale in psicopatologia. Connessione o lacerazione dei contesti di vita? In: Lo Coco G. e Lo Verso G. *La cura relazionale. Disturbo psichico e guarigione nelle terapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Pontalti C. (2011). Trasformazioni e invarianti del Familiare in epoca postmoderna quale pensiero per la clinica? *Plexus*, 7. Testo disponibile al sito: <http://www.rivistaplexus.it/wp-content/uploads/Pontalti.pdf>
- Riefolo G. (2018). Dall'acting-out all'enactment. In: Boccara P., Meterangelis G. e Riefolo G., *Enactment. Parola e azione in psicoanalisi*. Milano: FrancoAngeli.
- Rouchy J.C. (2001). Dall'interculturale al transculturale. *Gruppi*, III, 2: 13-26.
- Russo L. (2010). I due sogni. In *Psicoterapia Psicoanalitica*. XVII, 2.