

Gruppi in formazione: uno spazio trasformativo tra nodi e snodi del processo diagnostico

di Federica Marra*, Maria Teresa Gargano**, Emma Locascio Aliberti***, Sara Mascioli****, Alessandra Michieletto*****
e Marta Vimborsati*****

[Ricevuto il 15/11/2023
Accettato il 17/05/2024]

Riassunto

Il seguente lavoro presenta il processo formativo sviluppato in un *focus group*, dai docenti e dal gruppo di Specializzandi COIRAG, della Sede di Roma, attorno al tema della diagnosi. Questo processo ha portato al documento finale presentato dalle

* 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.federica1@gmail.com

** 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 Valpolicella, 16 – 00141 Roma); mariateresagargano@gmail.com

*** Psicologa clinica iscritta Albo Regione Campania n. 8814. Specializzata COIRAG (via Antonio Tari – 80138 Napoli); emmalocascio@yahoo.it

**** Psicologa clinica iscritta all'Albo Regione Lazio n. 26405. Specializzanda COIRAG. Psicologa presso l'associazione “Psicologi in ascolto” (via Tiburtina Antica, 12 – 00185 Roma); s.mascioli@outlook.it

***** Psicologa clinica iscritta all'Albo Regione Lazio n. 26010. Specializzanda COIRAG (via Po, 35 – 00198 Roma); alessandramichi@gmail.com

***** Psicologa clinica iscritta all'Albo Regione Lazio n. 23330. Psicoterapeuta specializzata COIRAG. Psicoterapeuta presso il Servizio psicologico integrato EDUCATT dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Sede di Roma (via F. Prudenzano, 23 – Manduria, TA); marta.vimbo@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSN 1826-2589, ISSN e 1972-4837), 2/2022
DOI: 10.3280/gruoa2-2022oa19794

A PARTIRE DALLA COIRAG

Specializzande della Sede di Roma, durante un seminario COIRAG. Il passaggio dal dispositivo del *focus group* al *large group* ha creato un dialogo tra esperienza clinica, i riferimenti diagnostici del PDM2 e la diagnosi analitico-gruppale. La diagnosi, come un velo, ha mostrato la complessità del processo diagnostico inserito all'interno di un campo, in cui linguaggi diversi si sono integrati per produrre una *koinè* comune.

Parole chiave: Processo diagnostico, Formazione gruppale, *Focus group*, PDM2, Velo.

Abstract. *The training group: a setting in which the cruxes and hubs of the diagnostic process can be transformed*

A training process in a *focus group* was described in the following paper. This process was about diagnosis and resulted from collaboration between teachers and postgraduates of the COIRAG Postgraduate School, in Rome. The postgraduate students produced a summary document presented at a workshop of the School. The shift from the *focus group* setting to the *large group* has developed a dialogue between clinical experience, PDM2 and the group-analytic diagnosis. The complexity of the diagnostic process was explored. In the training group field, the diagnostic process, like a *veil*, showed different languages, integrated into a common *Koinè*.

Keywords: Diagnostic process, Training group, *Focus group*, PDM2, Veil.

Il focus group

In occasione del Seminario Nazionale COIRAG “Il campo della diagnosi, personalità, famiglia, contesto”, presso la Sede di Roma è costituito un *focus group* che ha avuto come obiettivo la stesura di un intervento nell’ambito della diagnosi, al fine di promuovere un dialogo con i relatori Vittorio Lingiardi e Nancy McWilliams, affiancando ai temi da loro proposti¹ quelli del campo multipersonale e degli aspetti politico-istituzionali della diagnosi analitico-gruppale².

Proseguendo il lavoro iniziato in occasione del seminario prima descritto, le Specializzande autrici del presente testo, hanno raccolto il materiale

¹ Vittorio Lingiardi e Nancy McWilliams hanno partecipato al seminario con interventi inerenti al tema delle “Differenze di personalità e loro implicazioni per la psicoterapia” e “Il ruolo della personalità nella costruzione della diagnosi”.

² Con diagnosi analitico-gruppale ci si riferisce alle diverse articolazioni dell’epistemologia gruppoanalitica rintracciate nei concetti di gruppaltà interne di Napolitani, di matrice e rete sociale di Foulkes e dei livelli del transpersonale della gruppoanalisi soggettuale.

prodotto nei diversi setting formativi, cercando di offrire al lettore la ricostruzione più fedele possibile di quanto avvenuto nel processo formativo, sia in termini di contenuti argomentati che di dinamiche gruppali.

Il *focus group* è stato composto da due docenti e dieci Specializzandi provenienti dai 4 anni di specializzazione, nell'ordine di due rappresentanti per anno, e si è svolto in tre incontri in set virtuale. Il confronto tra i diversi livelli della formazione ha permesso un proficuo scambio tra fasi formative ed esperienze professionali differenti.

Questo lavoro, sebbene non rappresenti una review che raccoglie i diversi contributi scientifici presenti in letteratura sul tema, descrive di seguito l'applicazione pratica del dispositivo gruppale in set di *focus group*, facendo riferimento alle teorizzazioni di Corrao (2000).

Il *focus group* (o gruppo di lavoro) è un gruppo eterogeneo il cui scopo è l'elaborazione e la realizzazione di un progetto. Fattori essenziali sono: interdipendenza dinamica, definizione precisa dello scopo, definizione precisa delle strategie da usare, capacità di collaborazione tra i membri e quadro organizzativo in cui si pone. Il gruppo di lavoro per le persone a cui è rivolto si pone come riferimento preciso, punto di appoggio, componente fondamentale del terreno sociale in cui si trovano. Alcuni accorgimenti tecnici da tenere sempre presenti sono: informare e fornire materiale sul tema per tempo a ogni membro, scegliere in anticipo quale membro assumerà l'incarico di guidare il gruppo, decidere a rotazione il segretario organizzativo. Nel gruppo di lavoro l'emersione dei conflitti è da considerarsi normale. Per diminuire la conflittualità tutte le decisioni dovrebbero essere concordate in maniera condivisa, a prescindere dai ruoli. È necessario che ci sia una circolarità comunicativa e feedback rispetto a ogni azione compiuta. Ciò implica la verifica degli interventi effettuati con appropriati strumenti e modalità.

Il gruppo, inteso come setting-ambientale, è uno dei luoghi privilegiati dell'intervento. Corrao (2000) definisce il *focus group* come una tecnica di rilevazione per la psicologia sociale, basata sulla discussione tra un piccolo gruppo (6/12 persone) con un moderatore, focalizzata su un tema che si vuole indagare in profondità. L'atmosfera è partecipativa in modo da agevolare il confronto. L'interazione tra i soggetti è centrale. Punto necessario è l'interazione dei partecipanti che si scambiano idee, informazioni e conoscenze. Riportiamo di seguito le fasi di applicazione che hanno caratterizzato lo sviluppo del *focus group*.

Fasi di applicazione del *focus group*:

- *individuazione dell'obiettivo della ricerca*: di notevole rilevanza quando si ha la necessità di studiare e capire i temi sociopsicologici complessi;

- *selezione del gruppo*: omogeneo per favorire rapporti di parità nella comunicazione tra i membri, eterogeneo per vivacizzare la discussione e creare maggiore confronto;
- *scelta del moderatore*: incoraggia i commenti, coinvolge le persone, gestisce la comunicazione e le dinamiche di gruppo. Caratteristiche auspiccate del moderatore sono: spontaneità, intuizione, capacità di decentramento, buona capacità di ascolto;
- *definizione delle domande chiave e dei temi del focus*: dalle domande generali alle particolari mai suggestive; domande di apertura (cosa accomuna il gruppo), di introduzione (all'argomento), domande di transizione (per collegarle alle domande chiave che guidano il *focus*), domande finali per la conclusione e riassunto;
- *analisi dei dati emersi*: relazione e trascrizione della registrazione e analisi e sintesi degli aspetti emersi. Tutto dipende dallo scopo della ricerca.

Vantaggi del focus group: può essere di aiuto nel fornire risposte alle domande di ricerca e può farne emergere delle altre, tempi brevi, costi contenuti, analisi profonda di un tema.

Svantaggi del focus group: difficoltà nel reclutamento dei soggetti, i dati ottenuti non sono generalizzabili.

Diversi sono stati i vincoli entro cui il lavoro del gruppo si è sviluppato: i riferimenti teorico-clinici offerti da un primo materiale stimolo³ e i testi via via prodotti dal confronto tra le conduttrici e gli Specializzandi, destrutturati dal fluire associativo e poi nuovamente ristrutturati, sintetizzati, condensati e poi di nuovo estesi. I testi hanno costituito degli ancoraggi mobili costantemente rimaneggiati e co-costruiti nel procedere del lavoro del gruppo, attraverso una concatenazione di libere associazioni, riflessioni, confronti con le proprie esperienze cliniche, conoscenze teoriche e soprattutto domande. Si potrebbe dire che sono state proprio queste ultime a tenere il timone del nostro lavoro, costruendo un percorso che ha condotto alla stesura dell'intervento al Seminario Nazionale e avviato il dialogo allargato della plenaria che ha coinvolto la Sede di Roma nella mattinata.

La domanda che ha dato origine alla discussione del gruppo è stata: Come lo Specializzando approccia e approda al processo diagnostico? L'esperienza clinica ha accompagnato la riflessione attraverso l'individuazione di un caso

³ Il materiale stimolo è stato costituito dall'articolo di Corrado Pontalti "Epistemologia familiare ai disturbi di personalità" (1996), che propone una lettura del disturbo di personalità secondo le categorie del Familiare, e da una presentazione schematica dei criteri del PDM2 (Lingiardi e McWilliams, 2018), al fine di fornire ai partecipanti al *focus group* dei parametri di riferimento comuni che orientassero la riflessione sul processo di diagnosi.

clinico seguito da una Specializzanda in un Csm, già oggetto di elaborato di fine secondo anno, con l'obiettivo di individuare le variabili teorico-cliniche che orientano la diagnosi e l'intervento terapeutico analitico-grupale confrontate con quelle riferite all'epistemologia della mente alla base della costruzione del PDM2 (Lingiardi e McWilliams, 2018). Ci siamo dunque chiesti quali analogie o sovrapposizioni e quali differenze distano tra la diagnosi psicoanalitica e quella analitico-grupale.

La lettura di alcune vignette cliniche ha permesso al gruppo di entrare nella stanza di terapia insieme alla Specializzanda. Le voci diverse, maschili e femminili dei partecipanti, si sono intrecciate in un coro che, se da una parte, riproducevano il familiare e il transgenerazionale del caso, dall'altra hanno generato una polifonia di associazioni mosse dall'interrogativo sulla diagnosi.

Poliedriche sono state le vie disegnate dal gruppo: vissuti emotivi della paziente, della Specializzanda, del gruppo stesso; c'è una colpa e un peccato originario che vincola e fantasmi che aleggiano, saturando la matrice familiare attraverso identificazioni, codici e mandati⁴. La catena associativa del gruppo sfocia in molteplici interrogativi che interessano l'identificazione in qualità di processo caratterizzato solo a livello individuale e intrapsichico oppure anche frutto dell'intenzionamento familiare.

Il disturbo del singolo è un nodo stretto nella rete familiare e, nel libero fluire del discorso del gruppo, tale nodo è stato sciolto, diramato e riallacciato a ulteriori fili associativi. Elementi culturali e del mito, trasmessi dal familiare, si annidano nella patologia individuale sotto forma di *idem*, oppure possono essere rielaborati dal singolo in un movimento di appropriazione creativa dell'*autòs*, come nel caso del proverbio. Giungiamo così a un secondo interrogativo, che riguarda il modo in cui il livello del mentale, che si riferisce al tema antropologico-culturale, entra nel processo diagnostico.

La polis del gruppo di lavoro ha così espanso i livelli d'indagine come un focus che estende e restringe il campo di osservazione: dall'individuo alla famiglia, alla rete sociale, ai temi culturali⁵ e poi di nuovo all'individuo.

L'osservazione dei vissuti emotivi espressi dagli Specializzandi ha evidenziato come i gruppi interni e le culture locali di paziente e terapeuta si incontrino in un'ottica co-transferale. Da qui il gruppo si è chiesto che ruolo ha il co-transfert nel processo diagnostico.

⁴ Per un approfondimento del lavoro si rimanda all'articolo “‘Andiamocene per vichi e vicarielli’. La prospettiva ‘analitico-grupale’ nella diagnosi e nella costruzione del progetto terapeutico” (Gargano, Marra e Locascio Aliberti, 2022).

⁵ L'elaborazione dei temi culturali è di Pontalti e Menarini (1986) nell'ambito del modello epistemologico biopsicosocioculturale, ripreso da Giannone e Lo Verso (2004).

Il filo della diagnosi si è intrecciato al filo del progetto terapeutico: il gruppo degli Specializzandi, entrando nella stanza di terapia, ha mutato il vertice osservativo sulla relazione clinica da una visione binoculare a una visione multifocale. Questo ha permesso alla terapeuta in formazione di ampliare gli orizzonti di possibilità del progetto terapeutico e considerare l'inserimento della paziente in un gruppo, in modo da favorire un movimento attivante il processo simbolo-poietico, così come è avvenuto nella matrice dinamica del *focus group*.

A livello metodologico, la conduzione, infatti, osservava le dinamiche gruppalı emergenti nel qui e ora del processo e ristabiliva una diretta connessione con le tematiche caratterizzanti sia la struttura di personalità del caso clinico sia le caratteristiche della situazione terapeutica nel lì e allora.

Il gruppo di Specializzandi si è domandato in che modo l'istituzione pensi il processo diagnostico e il progetto terapeutico e quali possibilità di movimento abbia il terapeuta in formazione tra i vincoli dei servizi e i diversi riferimenti nosografici in uso. Nasce così un ulteriore interrogativo da porre ai relatori, inerente il modo in cui la formazione del terapeuta, i ruoli e le gerarchie nell'istituzione influenzano le ipotesi diagnostiche e il progetto terapeutico sviluppati attraverso il PDM, nuovo riferimento nosografico di ultima generazione.

Il confronto sul tema dell'intervento clinico apre a una riflessione sull'uso del sogno come un indicatore del processo diagnostico e terapeutico. Nel sogno della paziente viene notato un movimento che affianca alle precedenti identità familiari (l'*idem*), un nuovo modo di pensarsi nella relazione con l'altro (l'*autòs*). Il sogno prefigura quindi un potenziale trasformativo che orienta l'intervento. Quale può essere allora il suo ruolo nel processo diagnostico e del progetto terapeutico a partire dalla valutazione dei tre assi inseriti nel PDM?

Possiamo riassumere gli elementi che caratterizzano l'impostazione diagnostica del PDM attraverso i seguenti enunciati:

- l'esperienza soggettiva che le diverse persone sperimentano nei confronti dei sintomi e dei tratti caratteristici la propria organizzazione di personalità;
- la concezione che l'organizzazione delle personalità rappresenti il contenitore entro il quale vengono a configurarsi i sintomi e le sindromi;
- un'attenta valutazione dello status mentale;
- la dimensione evolutiva che caratterizza il processo di sviluppo del quadro sindromico e/o dell'organizzazione della struttura di personalità;
- l'importanza delle dimensioni implicite e inferenziali che caratterizzano le dinamiche e i meccanismi alla base del funzionamento psicopatologico.

I presupposti che hanno guidato la stesura del PDM si orientano intorno al concetto che la personalità rappresenti quel contesto entro il quale la psicopatologia si sviluppa e assume il suo “senso”. Quest’ultimo deriva dal modo in cui le diverse persone vivono interpretano e reagiscono (anche a seconda della fase del ciclo vitale che stanno attraversando) il disagio psichico. 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:

- 1) *Asse P:* utilizzato per la valutazione dei pattern relazionali e dei disturbi di personalità, ovvero indaga e valuta la struttura di personalità e gli eventuali disordini a essa riconducibili;
- 2) *Asse M:* utilizzato per la valutazione del funzionamento mentale, comprendendo quello relazionale, emotivo e difensivo all’interno della specifica individualità;
- 3) *Asse S:* utilizzato per la valutazione dell’esperienza soggettiva dei pattern sintomatici dei disturbi clinici, si occupa dei sintomi conclamati ed evidenti e della loro esperienza soggettiva.

L’asse P valuta i pattern e i disturbi di personalità, è stato sviluppato in base alle considerazioni elaborate da Kernberg circa l’organizzazione di personalità, pertanto, considera come indicazioni descrittive e psicodinamiche quegli elementi che vanno a configurare le dinamiche e i meccanismi alla base del funzionamento psicopatologico. Tali elementi possono essere considerati quei 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, ma piuttosto organizzazioni di personalità che vengono ad articolarsi secondo specifici pattern, quali:

- pattern costituzionali-maturativi: ovvero quegli elementi che possono trovare una correlazione a livello genetico o biologico;
- tensione/preoccupazione principale: sviluppata intorno a quelle che rappresentano le dicotomie principali dell’organizzazione di personalità, ad esempio, bontà/cattiveria, solitudine/relazionalità;
- affetti principali: orientati intorno a quelli che sono i sentimenti, le emozioni e gli stati d’animo maggiormente sviluppati all’interno dell’organizzazione di personalità;
- credenza patogena caratteristica relativa a se stessi: si tratta delle convinzioni, delle contrazioni e delle illusioni che rappresentano la “mitologia” specifica del disturbo, manifestati come coazioni a ripetere di rappresentare se stessi e il rapporto con gli altri e il mondo;

- modi principali di difendersi: rappresentano i principali meccanismi di difesa messi in atto relativamente all'organizzazione di personalità;
- sottotipi: pattern declinato sulla linea della tipologia del soggetto, reperibile nel modo in cui esprime il disagio, ad esempio, introvertito, anacritico ecc.

Infine, i disturbi vengono a essere declinati intorno ai tipi, i quali sono espressi al plurale, in modo da evidenziare la molteplicità di rappresentazioni che di essi possono esistere. Ne vengono inoltre descritte le caratteristiche più rilevanti, le principali dinamiche di transfert e controtransfert e le indicazioni di trattamento, nonché le reazioni opposte che possono verificarsi, ma provenire dalla stessa matrice del disturbo (ad esempio, depressività versus ipomaniacalità).

L'Asse M. Questo asse consente di valutare il funzionamento mentale complessivo del soggetto attraverso nove funzioni specifiche di cui propone le descrizioni illustrative. Tali funzioni sono:

- capacità di regolazione, attenzione e apprendimento;
- capacità di relazioni e intimità;
- qualità dell'esperienza interna;
- esperienza, espressione e comunicazione degli affetti;
- pattern e capacità difensive;
- capacità di formare rappresentazioni interne;
- capacità di differenziazione e integrazione;
- capacità di auto-osservazione;
- capacità di costruire o ricorrere a standard e ideali interni.

La valutazione complessiva viene effettuata successivamente secondo una scala che utilizza otto livelli, che vanno da "Capacità mentali ottimali, appropriate all'età e alla fase, con un grado di flessibilità e integrità adeguato all'età" a "Gravi lacune nel funzionamento mentale di base".

L'Asse S maggiormente mette in evidenza il vissuto soggettivo del disturbo, in quanto, sebbene riprendendo la nosografia dei disturbi di Asse I classificati nel DSM IV-TR, proponga le sindromi cliniche come manifestazioni complessive che vengono a essere rappresentate non solo secondo parametri oggettivi e statistici, ma anche attraverso dimensioni soggettive. È in questo asse che vengono a confluire le credenze, le convinzioni, le autorappresentazioni, le rappresentazioni interne, i vantaggi secondari che legano il soggetto al disturbo mentale. Torna, in questo senso, la prospettiva secondo la quale la manifestazione sintomatica si innesca e viene contenuta all'interno di un contesto personologico che la differenzia e caratterizza. In questo modo, il sintomo, o l'intero spettro sindromico, rappresenta 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 per-

sonalità e la sua storia lungo lo sviluppo, che per quanto concerne la componente genetica e biologica (Menarini e Marra, 2015).

Il dispositivo gruppale del *focus group* ha permesso di aprire, scompaginare, disarticolare un testo clinico già saturo, in parte riflettente la situazione familiare e intrapsichica della paziente, desaturando il caso e svincolandolo dalle precedenti categorie di pensiero. I partecipanti al gruppo hanno dato voce ai silenzi e ai non detti della relazione analitica, avvicinandosi così ai punti ciechi, sciogliendo i nodi del caso, dipanandoli e riannodandoli con nuovi fili stavolta elastici e flessibili. *Siamo linee* (Ingold, 2020) è il titolo di un testo evocato durante il gruppo: siamo linee che si intersecano formando configurazioni diverse nei vari contesti antropologici e formativi. Il *focus group* diviene così uno spazio trasformativo che, come il sogno, ha consentito l'apertura dell'*idem* all'*autòs*.

Il lavoro gruppale sul caso ha permesso di individuare alcuni ambiti di connessione tra i costrutti del vertice gruppoanalitico e le variabili diagnostiche del PDM2: 1) Intenzionamento e identificazione; 2) mito e credenza patogena; 3) matrice familiare e transgenerazionale; 4) campo co-transferale e controtransfer; 5) livello istituzionale.

Le domande emerse dalla riflessione intorno a ciascun ambito e le scene cliniche significative sono state selezionate e condensate in un breve scritto presentato ai relatori e agli uditori durante il Seminario. Tale intervento, come il frammento di uno specchio che riflette l'intera figura, ha rappresentato in una narrativa sintetica le parti frammentate della paziente.

Al fine di organizzare il lavoro da introdurre in plenaria, cinque Specializzandi, sulla base del coinvolgimento e interesse espresso nel *focus group*, si sono proposti di presentare ciascun punto per stimolare la riflessione che ha coinvolto in assetto di *large group* tutti gli allievi della Sede di Roma, amplificandone il coro.

L'identità velata in formazione

In questo paragrafo riportiamo fedelmente parte del *report* prodotto da due Specializzande che hanno esercitato la funzione di osservatrice silente, durante la plenaria.

Abbiamo cercato di includere nel processo formativo, due vertici di osservazione che caratterizzano la formazione COIRAG in Sede di Roma: uno più orientato gruppoanaliticamente e l'altro di matrice psicodrammatica.

Non si tratta di una rielaborazione *après coup* del testo originale, volutamente lasciato inalterato, al fine di testimoniare non solo il clima emotivo circolante nel gruppo, ma anche l'esperienza collettiva derivata dal qui e ora.

In “Alcune note sull’osservazione” (Balello e Fischetti, 2021) si cita Anzieu (2009) che fa riferimento al principio di indeterminazione di Heisenberg, affermando che l’osservazione di un gruppo modifica il gruppo e l’osservatore e, più generalmente, la loro interazione.

La rilettura in gruppo delle osservazioni di quella giornata ha fatto emergere dei nuovi osservatori: non si è più quel che si era lì e allora, ma la mente cerca di procedere ricordando e trattenendo la memoria emotiva di ciò che si è attraversato nei *focus group* sino al *large group*.

Come si connette il trattenere la memoria emotiva di un evento con il tema della diagnosi?

Interrogativi sulla funzione osservativa e auto-osservativa, come quando l’immagine che il paziente ha di sé si incontra con quella che emerge nella reazione con il terapeuta.

Autòs, ciò cui il clinico aspira nella progettualità terapeutica, progettualità saldamente ancorata al processo diagnostico e alle sue ipotesi, soggette a correnti. Le correnti formative che lo Specializzando incontra nel corso della formazione spostano il baricentro del terapeuta verso l’*idem*, fulcro delle possibili identificazioni e luogo di maturazione dell’ideale dell’Io. Infatti, l’incontro con i diversi modelli formativi e modi di intendere la mente genera il conflitto tra il mantenere il *focus* sul tema e sul paziente, mentre si ricerca il proprio personale *autòs* e si convive con i propri vissuti rispetto all’etichetta diagnostica.

Certo per giungere all’*autòs*, quanti pellegrinaggi, spesso profani più che santi.

Il gruppo ci ha portate a viaggiare fino in Medio Oriente, come se la verità fosse proprio “*in medias res*”. Nel mezzo di quel movimento di oscillazione tra il metter fuori e il metter dentro che tanto appartiene al paziente quanto al terapeuta e che conduce verso nuovi popoli: i Tuareg.

Un sedimento antropologico di questo popolo compenetra la mente del gruppo: siamo nomadi e siamo nel deserto, indossiamo un velo e siamo chiamati a disvelare il volto nascosto del paziente.

Come attraversare il clima emotivo di incertezza e spaesamento?

Si abbraccia la simbolopoiesi.

Simboli come il velo si frappongono nella rete gruppale di psicoterapeuti in formazione.

Il velo dei sintomi, il velo rigido della diagnosi.

Velo-vincolo, che suona quasi come un imperativo a non lasciar cadere, un vincolo che non permetterebbe un’evoluzione reciproca, legati da un velo che protegge dalla sabbia desertica.

Sabbia desertica e polverosa come quella che ricopre la cultura dei servizi: come nel film *Napoli Velata* (Ozpetek, 2017).

La diagnosi come oggetto mediatore e il *focus group* come una delle stazioni del viaggio nel quale potersi fermare a riflettere.

Così lo Specializzando si conosce attraverso il gruppo e si ritrova alle prese con la propria identità velata, mentre il sentimento di responsabilità che si genera nel processo diagnostico, permette di poter anche abbandonare i vincoli, per accompagnare una donna tra i *vichi e vicarielli*.

Perdersi tra i vicoli, a volte ciechi, di una professione che crea strutture interrogative, via via sempre più complesse.

La struttura identitaria dello Specializzando prende forma nei *focus group* fino al *large group*, dalla strada di quartiere alla piazza grande, dove si incontrano connessioni che dai Tuareg portano fino al cuore della città.

Punti da un sogno i cui temi sono la corsa in vespa verso la libertà.

Punzecchiare per lasciare che la libertà di parola crei una rete intorno al paziente e al gruppo che pensa quel paziente.

Quale libertà è possibile per uno psicoterapeuta in formazione?

Ascoltare la propria voce attraverso un Altro e sentire il suono che fa.

Conclusioni

Le osservazioni riportate rappresentano e massimizzano il lavoro svolto in assetto di *large group* della plenaria svoltasi la mattina del seminario e proiettata all'incontro pomeridiano con i Relatori. Quest'ultimo ha reso possibile la condivisione del testo di sintesi elaborato dagli allievi e ha aperto un proficuo dialogo con il professor Lingiardi e la professoressa Mc Williams che riteniamo essere un importante punto di snodo da proporre in questo testo. Specifichiamo di aver riportato le puntuali sbobinature degli interventi di ciascun relatore, connesse al contributo degli Specializzandi della Sede di Roma.

Infatti, nelle parole del professor Lingiardi, riecheggia l'importanza di una diagnosi che tenga conto della famiglia in qualità di livello anamnestico da approfondire dal punto di vista storico-motivazionale, così come l'intento di introdurre, all'interno della nuova revisione del PDM (Asse M), il rapporto con la funzione di *rêverie* e dunque dell'attività onirica. Tali considerazioni sono state mosse proprio a partire dal coinvolgimento del caso clinico scelto ed elaborato dai nostri gruppi di Specializzandi. Aggiunge il Professore quanto sia rilevante, in questa prospettiva, rinviare la valutazione diagnostica al rapporto che la persona ha con le proprie produzioni inconsce, anche al fine di inquadrare la produzione onirica quale organizzazione di personalità.

Ciò che Lingiardi ha evidenziato, in ultimo, è un duplice obiettivo del Manuale in oggetto. Proprio in quanto riferimento diagnostico a orientamento

psicodinamico rispetta, da un lato, la specificità di formazione e, dall'altro, ricerca una forma comunicativa in grado di mettere in dialogo l'intera comunità clinica con le proprie peculiarità specifiche. Il concetto di *koinè*, da questo punto di vista, potrebbe essere rintracciato in qualità di filo rosso che ha attraversato i *focus group*, il *large group* fino a incontrare i Relatori del seminario.

La professoressa McWilliams ha considerato estremamente interessante la scelta di presentare un lavoro concertato tra paziente e terapeuta, inquadrando nello specifico alcune caratteristiche salienti della protagonista del caso clinico. La professoressa, infatti, ha proseguito sottolineando in che modo la signora avesse quella che nella prospettiva da loro proposta viene definita una psicologia masochistica che si ha intenzione di sviluppare ancora nel PDM3: «Questi pazienti vengono definiti masochisti morali perché pensano che la loro sofferenza sia giusta da un punto di vista morale, ma contrariamente non trovano piacere in questa sofferenza»⁶. Il problema sussiste nel fatto che la propria stima di sé è organizzata intorno al bisogno di dover aiutare gli altri. L'idea di doversi sacrificare è una lezione che la paziente ha appreso, non maturando modi diversi di relazionarsi con gli altri se non essere sempre a loro disposizione, prendendosene cura. Per cui, conclude la professoressa, sembra che il conflitto centrale stia tra il desiderio di riconoscimento e la necessità di attivare una dimensione vitale nuova, laddove, invece, i messaggi che lei ha ricevuto per anni dalla famiglia di origine, ma anche dai suoi figli, si organizzano intorno all'esigenza che lei debba essere sempre a disposizione degli altri.

Il punto di incontro maggiormente sentito tra la presentazione della Scuola di Roma e i relatori del seminario, ci sembra essere stato la necessità, per un terapeuta, di mantenere aperto a revisioni il campo della diagnosi, cercando di trovare le parole dove esse non ci sono, sia per il paziente che per noi stessi. Come nell'opera d'arte il *Cristo velato*, citata durante la plenaria, il velo della diagnosi può rappresentare una copertura che, se da un lato nasconde la complessità dello psichico del paziente, dall'altro rende ancora più vivide le linee precise delle ferite e i contorni del corpo, all'interno di un dialogo sempre aperto con chi osserva.

La diagnosi è un processo e, in questo senso, presenta già una valenza terapeutica e, ancor di più, risulta inscritta in un campo. Il campo della diagnosi è un contesto che in COIRAG è concepito secondo un paradigma epistemologico gruppale, che consente di descriverla come un processo dinamico interdisciplinare. Campo della diagnosi perché la diagnosi dovrebbe essere pensata come un processo di significazione del sintomo, di simboliz-

⁶ Riportiamo fedelmente le parole della professoressa McWilliams, durante il seminario prima citato.

zazione che consente di ampliare, all'interno di una matrice definita, il concetto stesso di salute psichica per quel paziente specifico e personalizzarne la cura. Detto in altri termini, il lavoro attraverso il gruppo, declinato nelle molteplici esperienze che hanno caratterizzato la preparazione al Seminario e lo stesso, si possono coagulare intorno al concetto di diagnosi come processo di conoscenza attraverso la persona, nella forma più aderente all'etimo del termine diagnosi.

Riferimenti bibliografici

- Anzieu D. (2009). Ciò che può e non può il gruppo. *Gruppi*, XXI, 2: 15-27.
DOI: 10.3280/gruoa2-2020oa12578.
- Balello L. e Fischetti R. (2021). Alcune note sull'osservazione. *Gruppi*, XXII, 1: 53-60.
DOI: 10.3280/gruoa1-2021oa14020.
- Corrao S. (2000). *Il Focus Group*. Milano: FrancoAngeli.
- Gargano M.T., Marra F. e Locascio Aliberti E. (2022). “Andiamocene per vichi e vicarielli”. La prospettiva “analitico-gruppale” nella diagnosi e nella costruzione del progetto terapeutico. *Gruppi*, XXII, 2: 79-100.
DOI: 10.3280/gruoa2-2021oa15808.
- Giannone F. e Lo Verso G. (2004). *Il self e la polis. Il sociale e il mondo interno*. Milano: FrancoAngeli.
- Ingold T. (2020). *Siamo linee. Per un'ecologia delle relazioni sociali*. Roma: Treccani.
- Lingiardi V. e McWilliams N., a cura di (2018). *Manuale Diagnostico Psicodinamico, PDM-2*. Seconda ed., Milano: Raffaello Cortina.
- Menarini R. e Marra F. (2015). *Il bambino nella casa dello specchio. Identità e gruppo*. Roma: Borla.
- Napolitani D. (1987). *Individualità e gruppaltà*. Torino: Boringhieri.
- Ozpetek F. (2017). *Napoli Velata*. Film, Italia.
- Pontalti C. (1996). Epistemologia familiare ai disturbi di personalità. Un vincolo alla diagnosi e alla formazione in psicoterapia. *Terapia familiare*, 52: 33-44.
- Pontalti C. e Menarini R. (1986). Le matrici gruppali in psicoterapia familiare. *Terapia familiare*, 1: 55-63.