

# Progetto Anteros. Il contributo dei Gruppi Multifamiliari come integrazione ai processi di cura

di Luigi Scillia\* e Beatrice Pompa \*\*

[Ricevuto il 26/10/2025  
Accettato il 03/12/2025]

## Riassunto

In questo articolo si accennerà a un modello d'intervento pensato su casi complessi (organizzazioni di personalità borderline e psicotica) e di cui è promotrice l'associazione "SP4ZIO Giovani, Famiglie, Gruppi APS" di Torino. Si metterà un particolare focus sullo strumento dei Gruppi Multifamiliari (GMF), pensandolo attraverso il supporto di alcune vignette cliniche e attraverso alcune riflessioni donateci dal dott. E. Pascal. Il Progetto Anteros, si configura come un intervento terapeutico territoriale attraverso un approccio comunitario. L'idea fondante è quella di costruire reti di cura significative per favorire l'inclusione, il sostegno e la valorizzazione delle soggettività più vulnerabili. Il GMF tiene insieme i diversi livelli di intervento del progetto e li restituisce in una forma collettiva, favorendo costruzione di senso e coesione. Per la sua complessità, il GMF è il contesto terapeutico che più si avvicina alla società reale e quello che offre ampie possibilità di prevenzione

\* Psicologo, psicoterapeuta a orientamento psicodinamico presso il *Centro Clinico Sinaptica* (via Ottavio Assarotti, 7 – 10122 Torino), e psicoterapeuta presso Fermata d'autobus comunitaria terapeutica per il trattamento della tossicodipendenza associata a disturbo psichiatrico. Presidente dell'associazione *Sp4zio Giovani, Famiglie, Gruppi APS* (via Vitaliano Donati, 12 – 10122 Torino); luigiscillia3@gmail.com

\*\* Psicologa in formazione, laureata in Psicologia Clinica presso l'Università di Torino e tirocinante presso l'associazione *Sp4zio Giovani, Famiglie, Gruppi APS* (via Vitaliano Donati, 12 – 10122 Torino); beatrice.pompa@gmail.com

*Gruppi/Groups* (ISSNe 1972-4837), 2/2024  
DOI: 10.3280/GRUOA2-2024OA22929

AFFERENZE

:

e intervento terapeutico, grazie alla sua capacità di favorire una molteplicità di identifi-  
cazioni, modelli, dialoghi e vissuti. Tale metodo si presenta come un modo semplice, pratico  
e più democratico per affrontare le problematiche umane, configurandosi come una vera e  
propria rivoluzione sociale nell'ambito della psicologia e della psichiatria.

*Parole chiave:* Gruppi Multifamiliari, Approccio comunitario, Reti di cura, Progetto Anteros.

**Abstract.** *Anteros Project. The contribution of multifamily groups as an integration  
to care processes.*

This article will outline an intervention model designed for complex cases and promoted by the association SP4ZIO Giovani, Famiglie, Gruppi APS of Torino. A particular focus will be placed on the tool of Multifamily Groups (MFGs), explored through the support of some clinical vignettes and reflections shared by Dr. E. Pascal. The Anteros Project is configured as a territorial therapeutic intervention through a community-based approach. The foundational idea is to build meaningful care networks to promote inclusion, support, and the enhancement of the most vulnerable subjects. The MFG brings together the different levels of intervention within the project and re-presents them in a collective form, promoting the construction of meaning and cohesion. Due to its complexity, the MFG represents the therapeutic context that most closely resembles real society, and it offers broad possibilities for prevention and therapeutic intervention, thanks to its capacity to foster multiple identifications, models, dialogues, and lived experiences. This method presents itself as a simple, practical, and more democratic way to address human issues, constituting a true social revolution in the fields of psychology and psychiatry.

*Keywords:* Multifamily Groups, Community Approach, Care Networks, Anteros Project.

Produrre sanità mentale significa  
lavorare contro il potere distruttivo  
della pazzia, ma anche contro il  
potere depauperante della normalità  
e l'ottusità del senso comune  
(*Enrico Pascal*<sup>1</sup>)

Il Progetto Anteros nasce da una riflessione emersa in seguito a una supervisione condotta dal dott. Enrico Pascal, al quale si portava l'insofferenza

<sup>1</sup> Enrico Pascal è stato uno psichiatra contestatore e fenomenologo che ha avuto un ruolo chiave nella rivoluzione psichiatrica in Piemonte. È stato pioniere del superamento del manicomio e della costruzione dei primi Centri di Salute Mentale sul territorio della provincia di Torino tra gli anni Sessanta e Novanta del '900.

e l'incapacità di gestire la relazione con un paziente in cura all'interno di una comunità terapeutica, secondo parametri relazionali materni o paterni. La risposta fu: «Non rimanere incastrato su queste due dimensioni che siamo abituati a vedere, perché devi essere materno o paterno? Si sta perdendo o si riflette poco sul ruolo del fratello» (Pascal, cit. orale).

La riflessione del dott. Pascal portò un cambiamento di prospettiva relazionale basato sulla dimensione fraterna.

La parola fratello deriva dal latino: *frater*, parallelo al sanscrito *bhrathar*, derivante dalla radice *bhar-* sostenere, nutrire. Per questo motivo un fratello rappresenta “*colui che sostiene*”, che accompagna ed è accompagnato. Che a sceglierli per noi sia il sangue o la vita, non importa: i fratelli sono persone con un legame profondo e che viene sempre rinnovato. È un patto naturale antico e potente, che, come la radice suggerisce, affonda in un sodalizio di sostentamento e crescita che è onorevole paradigma della vita stessa.

Il fratello, in sostanza, è quel punto d'appoggio capace di muovere la terra e il cielo. La mitologia greca offre spunti archetipici alla dimensione fraterna, basti pensare a Anteros ed Eros. Eros placa le sue intemperanze adolescenziali, le sue esagerazioni e irrazionalità solo attraverso la presenza del fratello. Anteros, tuttavia, non guida né controlla direttamente i movimenti del fratello in un modo specifico, ma semplicemente c'è, esiste e questo fa sì che Eros ridimensioni la sua parte onnipotente per non distruggere, per vivere e far vivere il caos. Grazie ad Anteros, Eros diventa maggiormente responsabile e solo dopo incontra “*Psiche*”.

A partire da queste suggestioni, in questo articolo si accennerà a un modello d'intervento pensato su casi complessi<sup>2</sup> e di cui è promotrice l'associazione SP4ZIO Giovani, Famiglie, Gruppi APS di Torino. In questo contributo verrà posto un particolare focus sullo strumento dei Gruppi Multifamiliari (GMF), approfondendolo attraverso il supporto di due vignette cliniche e da alcune riflessioni lasciate in eredità dal dott. Pascal. Il caso clinico, inoltre, permette di evidenziare come la gruppalità interna e la transgenerazionalità circolino all'interno del gruppo attraverso il dialogo aperto generato dai partecipanti. Come evidenziato nelle vignette che seguiranno, tale insieme conversazionale comprende il dialogo interiore di ciascun partecipante con se stesso (dialogo interno o individuale), il dialogo interpersonale con i propri familiari (dialogo intrafamiliare), il dialogo con i membri delle altre famiglie (dialogo interfamiliare) e un interscambio di narrazioni a livello

<sup>2</sup> Per casi complessi si fa riferimento a organizzazioni di personalità borderline o psicotiche le cui sintomatologie possono compromettere in modo sostanziale il benessere individuale, familiare e sociale.

universale di dialoghi relativi alla cultura e al contesto sociale (dialogo sociale) (Sempere e Fuenzalida, 2022).

L'associazione SP4ZIO APS dedica gran parte del suo impegno alla presa in carico di pazienti complessi (v. nota 2), delle loro famiglie e di tutti gli affetti stanti attorno all'individuo in "crisi esistenziale".

L'esplosione della crisi psichica che porta l'individuo a chiedere aiuto, viene vista non solo come lo stadio ultimo di un malessere incontenibile accumulatosi nel tempo, ma anche come una strategia di comunicazione, esterna ed estrema, che viene scagliata fuori per essere finalmente compreso e aiutato dal gruppo di appartenenza. Questa occasione di comunicazione e l'energia umana che sprigiona, non devono assolutamente andare sprecate, al contrario, deve essere considerata il motore e il veicolo che conduce gli operatori alla comprensione, sulla rotta di una possibile "guarigione", intesa come riconquistata capacità di ricucire quella linea continua dello sviluppo che si era lacerata. Per dirla con Pascal:

«I disturbi, i sintomi, hanno sempre un significato. Il compito di noi operatori è essenzialmente di decodificare, di dare significato o, meglio, di scoprire il significato della pazzia e specialmente della crisi» e ancora: «Oggi non difendiamo il diritto alla malattia, ma il diritto di esprimere dei bisogni anche in modo drammatico e assurdo (crisi)<sup>3</sup>».

Sul piano concettuale, SP4ZIO origina dall'intento di fare clinica attraverso l'integrazione diretta di quattro prospettive e modelli interpretativi-ontologici sull'individuo: approccio biomedico-categoriale, psicodinamico-dimensionale, sistemico socioculturale, fenomenologico-esistenziale. Per questi motivi, SP4ZIO struttura il processo d'intervento, nel corso di ciascuna delle diverse fasi attuative, proprio in funzione di tali interazioni. L'ausilio di canali espressivi molteplici e diversificati (arte, musica, movimento ecc.) e l'offerta di percorsi di gruppo (terapeutici o laboratoriali) finalizzano tale principio d'interazione e intensificano il contatto dell'individuo con i propri bisogni profondi. Da questi presupposti nasce il *Progetto Anteros*, che si configura come un intervento terapeutico a livello territoriale attraverso un approccio comunitario. L'idea fondante è quella di costruire reti di cura significative per favorire l'inclusione, il sostegno e la valorizzazione delle soggettività più vulnerabili. L'intervento si articola attraverso l'azione di un'équipe multidisciplinare di professionisti – psicologi, educatori, psichiatri

<sup>3</sup> <https://www.ilmargine.it/rileggere-enrico-pascal/>

e altri operatori – che operano in sinergia alla persona sofferente per costruire una meta congiunta rivolta alla cura.

## Struttura e modello di intervento previsto

Di seguito viene presentato uno schema operativo del Progetto Anteros, che sintetizza i vari livelli di intervento previsti (Fig. 1).

Fig 1 – Progetto Anteros



## Il Gruppo Multifamiliare come integrazione di processo

Il Gruppo Multifamiliare (GMF) rappresenta il cuore pulsante e integratore degli interventi previsti dal Progetto Anteros. Tutti gli attori coinvolti – pazienti, familiari e operatori (psicoterapeuti, educatori, psichiatri) – possono prenderne parte attivamente, rendendo il GMF un contenitore condiviso di esperienze, emozioni e pensieri. Questo processo attiva meccanismi di identificazione, differenziazione e rielaborazione, che amplificano l’effetto terapeutico. Il GMF racchiude e tiene insieme i diversi livelli di intervento – clinico, educativo, artistico ecc. – e li restituisce in una forma collettiva, favorendo la costruzione di senso e la coesione. Per gli operatori, è anche uno spazio di de-posizionamento, dove possono ascoltare, condividere e rimettere in circolo la propria esperienza vissuta. Non solo il “paziente” viene vi-

sto finalmente come persona, ma anche l'operatore: acquista valore il patico, la risonanza della sofferenza tra operatore e paziente, aprono le porte all'empatia, all'accettazione, al rapporto di fiducia e di cura.

Quando l'operatore assume un atteggiamento patico, cessa di essere spettatore disinteressato, custode o tecnico; rendendosi partecipe diventa sofferente (paziente), perché colpito nella sua sensibilità umana (Pascal, 1991).

Il GMF rappresenta quindi un approccio volto alla comprensione della sofferenza umana e alle modalità per mitigarla. Consiste nel riunire un gruppo di famiglie, includendo pazienti e diverse generazioni di familiari oltre che persone a loro legate affettivamente, insieme agli operatori della salute mentale, nello stesso spazio terapeutico. Questo approccio valorizza l'interazione tra ciascun individuo e il suo ambiente familiare e sociale, facendo interagire le diverse dimensioni sociologiche (al gruppo partecipano persone di ceto sociale, culturale e valoriale distinto), psicologiche (al gruppo partecipano persone con funzionamenti mentali diversi) ed esistenziali dell'essere umano, rispettando i singoli modi di vivere, percepire e interpretare le proprie esistenze (Scillia e Garcia Berra, 2024).

Tale modello si ispira al pensiero basagliano, che ridefinisce il tradizionale rapporto medico-paziente e mette in discussione le strutture gerarchiche autoritarie, favorendo un'analisi di ciò che accade secondo un'ottica di dinamiche individuali e interpersonali. Come afferma Basaglia:

«La comunità terapeutica si presenta come una comunità e non un agglomerato di malati. Come una comunità organizzata in modo da consentire il movimento di dinamiche interpersonali fra i gruppi che la costituiscono e che presenta le caratteristiche di qualsiasi altra comunità di uomini liberi» (Basaglia, 1967, p. 57).

La maggior parte delle pratiche attuali in salute mentale privilegia approcci biologici, trascurando l'importanza degli aspetti sociali, culturali e relazionali nell'insorgenza e nella persistenza dei disturbi psichici. Questo orientamento limita l'efficacia dell'assistenza sociosanitaria, escludendo spesso i pazienti dal processo decisionale e favorendo l'alienazione sociale. A oggi, sempre più professionisti e utenti chiedono modalità di assistenza più umane, rispettose ed efficaci, che promuovano un coinvolgimento attivo degli utenti nelle decisioni sulla pianificazione dei propri trattamenti terapeutici. I risultati incoraggianti che arrivano dalle pratiche psicoterapeutiche più sociali porta molti professionisti a considerare la necessità di un rinnovamento nella pianificazione dei servizi sociosanitari, orientandoli verso trattamenti con un'impronta marcatamente sociale (Sempere e Fuenzalida, 2022). In tale ottica critica, le Terapie Multifamiliari (TMF) vengono propo-

ste come una modalità di intervento terapeutico rivoluzionario che combina l'intervento clinico e l'intervento sociale.

Le TMF fanno riferimento a una moltitudine di interventi terapeutici che riuniscono simultaneamente gli utenti che presentano il problema alla base della richiesta di aiuto e le loro famiglie nello stesso contesto, utilizzando come spazio terapeutico quello dei Gruppi Multifamiliari (GMF)<sup>4</sup> (Sempere e Fuenzalida, 2022). L'obiettivo generale è quello di far interagire le famiglie nel processo terapeutico del paziente, creando un ambiente di supporto e condivisione di esperienze tra esse e i pazienti, migliorando la comunicazione all'interno dei nuclei familiari e aumentando la comprensione delle dinamiche familiari. Non esiste un modello univoco di terapia multifamiliare, essa, infatti, si sviluppa all'interno di un più ampio panorama di pratiche terapeutiche che, sin dalle sue origini, ha coinvolto diversi autori e approcci, dando vita a modelli eterogenei applicati in contesti clinici differenti (Signorini e Paganin, 2023). Tra questi ritroviamo: il modello sistemico di Asen e Scholz (2010), quello psicoanalitico di Jorge García Badaracco (2000), quello psicoeducativo di McFarlane (2016) e quello relazionale-dialogico (Terapia Interfamiliare) sviluppato da Sempere e Fuenzalida (2022). Tuttavia, esistono elementi teorici comuni derivanti principalmente dalla terapia di gruppo e familiare che aiutano a comprendere i meccanismi terapeutici del GMF. Tali principi ampliano il trattamento verso un contesto socio-comunitario, agendo simultaneamente sulle dinamiche familiari e sul contesto sociale più ampio (Sempere, 2015).

È importante sottolineare che le TMF non sostituiscono gli interventi terapeutici tradizionali (individuali, familiari e di gruppo), piuttosto l'intento è quello di integrarli e arricchirli. Un percorso terapeutico efficace, infatti, dovrebbe prevedere l'attivazione parallela e complementare di questi contesti. In questo senso, il valore innovativo del GMF è proprio il fatto che riunisce i diversi contesti terapeutici in un continuum di complessità crescente che va dall'ambito individuale e familiare, fino al contesto sociale, rappresentato dalle altre famiglie che partecipano al gruppo. L'interazione tra questi livelli promuove processi terapeutici simultanei a livello individuale, familiare e grupppale, che si integrano e si rafforzano nel contesto multifamiliare (Fig. 2) (Sempere e Fuenzalida, 2022).

<sup>4</sup> Sempere e Fuenzalida sottolineano che il termine "gruppo multifamiliare" è terminologicamente restrittivo poiché non include la possibile presenza di altri partecipanti come amici, colleghi di scuola o lavoro, vicini di casa, così come professionisti di altre discipline. La maggior parte degli autori in questo ambito fa infatti riferimento a un contesto aperto a qualsiasi persona significativa della famiglia o dell'ambiente sociale, accogliendo anche le persone che si presentano da sole (Sempere e Fuenzalida, 2022).

Fig. 2 – Integrazione dell'intervento terapeutico nel GMF



Per la sua complessità, il GMF è il contesto terapeutico che più si avvicina alla società reale e quello che offre ampie possibilità di prevenzione e intervento terapeutico, grazie alla sua capacità di favorire una molteplicità di identificazioni, modelli e dialoghi (Sempere e Fuenzalida, 2022).

Badaracco, uno dei pionieri in quest'ambito, sostiene che il GMF si configura come uno "spazio pedagogico per eccellenza" (Badaracco, 2000) in quanto vengono condivise e integrate le conoscenze e le esperienze di tutti i partecipanti al gruppo: membri sintomatici, familiari e professionisti. All'interno di esso, infatti, si incoraggia un "dialogo polifonico ed egualitario" (Badaracco, 2000) tra i professionisti e le famiglie, che promuove l'esplorazione delle problematiche di ciascuna famiglia e un apprendimento collettivo tra tutti i partecipanti. A differenza della psicoeducazione tradizionale, che attribuisce alle famiglie un ruolo passivo, nei GMF che conduce l'associazione SP4ZIO, gli utenti sintomatici e le loro famiglie non sono più visti come persone da educare, ma diventano protagonisti attivi in grado di avviare una riflessione sui problemi che li riguardano.

I GMF rappresentano uno spazio di riflessione e di sviluppo umano di grande universalità, aperto a persone con qualsiasi problema umano, simile a una "microsocietà" (Badaracco, 2000). Tale metodo si presenta come un modo semplice, pratico e più democratico per affrontare le problematiche umane e, dato il vantaggio aggiuntivo dei suoi costi contenuti e della sua efficacia, potrebbe diventare un modello universale e la spina dorsale di

un'assistenza partecipativa e impegnata in molteplici risorse sanitarie, sociali e educative (Sempere e Fuenzalida, 2022). Per tutte queste ragioni, il contesto multifamiliare si configura come una vera e propria rivoluzione sociale nell'ambito della psicologia e della psichiatria.

### *Contesto e descrizione del Gruppo Multifamiliare*

Il Gruppo Multifamiliare di Sp4zio è un luogo sociale aperto, che accoglie persone di diverse età e provenienze, con diverse difficoltà, diagnosi e ruoli differenti. Gli utenti possono essere accompagnati dai loro familiari, amici, partner, colleghi di lavoro o di scuola ecc., così come da eventuali operatori che si occupano dell'utente o della famiglia. L'ampliamento della popolazione coinvolta e l'inclusione di diversi componenti della comunità fa sì che il gruppo si configuri anche come un potente strumento per la riduzione dello stigma, poiché all'interno del gruppo la distinzione tra paziente e non paziente si attenua, accogliendo problematiche che coinvolgono tutti<sup>5</sup>. Ad attenuare lo stigma contribuisce anche l'impegno del gruppo a evitare l'utilizzo di etichette diagnostiche. Questo perché, più che sulla diagnosi, il focus è sul recupero del vissuto emotivo che risiede dietro a quella sofferenza, reso possibile attraverso la narrazione.

Nel GMF, i partecipanti hanno l'opportunità di condividere vissuti di sofferenza in un luogo protetto e non giudicante, con l'obiettivo di contenere l'eventuale sintomatologia, promuovere processi di mentalizzazione attraverso il confronto e modulare l'emotività espressa di eventuali nuclei familiari patologici. L'intervento mira a creare uno spazio che permetta alle persone di migliorare la comunicazione intergenerazionale, affrontando e risolvendo conflitti che spesso emergono in contesti di sofferenza e di disagio psicoemotivo. Altri obiettivi centrali sono la promozione di strategie relazionali più efficaci e consapevoli, nonché il rafforzamento del senso di comunità, sostenendo le famiglie nel sentirsi parte integrante di una rete sociale più ampia e solidale.

Il gruppo ha preso forma nell'aprile del 2023 e ha visto passare in questi due anni e mezzo più di 150 persone. A oggi, i partecipanti sono una trentina. Ci si dispone in cerchio, vi sono poche regole all'interno del gruppo: non si

<sup>5</sup> XVII Becas ANPIR 2022 para la promoción de estancia en centros de excelencia extranjeros. Centro DITEM. Fundación María Elisa Mitre Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar. "Sumergiéndonos en el Psicoanálisis Multifamiliar: una estancia formativa orientada a la comunidad en la ciudad de Buenos Aires" di Alba Burgos Mirón, 2022.

parla con il vicino ma ci si rivolge al gruppo; non si giudica e non si danno consigli; si parte dalla propria esperienza e dal proprio vissuto; i partecipanti si impegnano a rispettare la confidenzialità di ciò che si condivide. All'interno del gruppo non si danno direttive né si fanno interpretazioni; si cerca di creare un ambiente sufficientemente sicuro che possa accogliere ciascun vissuto soggettivo a partire da un impegno condiviso di sospensione del giudizio. Il rendersi disponibili all'ascolto della sofferenza umana e del disagio esistenziale deve basarsi su un rispetto profondo, sul tollerare l'esperienza altrui e sulla capacità di lavorare in maniera creativa. In questo modo, risulta possibile costruire ipotesi che permettano di pensare e connettersi, a partire dai propri vissuti, all'esperienza altrui secondo una prospettiva patica (Scillia, e Garcia Berra, 2024).

Alla base del gruppo vi è l'idea che non esistano esperti, piuttosto, il ruolo di chi conduce è quello di facilitare il dialogo, in quanto ciascun membro è considerato "esperto per esperienza". L'orizzontalità tra utenti e operatori nel gruppo si rafforza nel post-gruppo, dove ai partecipanti (operatori e utenti), si pongono le seguenti domande: "È circolata emotività? Dovevamo concentrarci su aspetti che abbiamo trascurato?". Si crea così uno spazio di riflessione circolare in cui i quesiti che gli utenti pongono al facilitatore stimolano delle riflessioni che ritornano a loro stessi come possibilità di dialogo che avrebbero potuto aprire, rendendoli così partecipanti attivi e, di fatto, conduttori del processo. In tal modo si favorisce la consapevolezza del proprio potere personale, trasformando la dipendenza dal professionista in maggiore autonomia e libertà di espressione. Inoltre, il post-gruppo contribuisce a diffondere la possibilità di cura, poiché utenti e famiglie acquisiscono competenze che permettono loro di supportare i nuovi arrivati.

All'interno del GMF, operatori e utenti assumono la funzione di "Io ausiliario" offrendo un supporto essenziale per regolare e organizzare le esperienze emotive nelle situazioni in cui c'è un Io disintegrato. I vari Io ausiliari, attraverso la loro stessa esperienza emotiva sintonizzata con quella dell'altro, fungono da modulatori e regolatori dell'emotività espressa, oltre che complessificare le narrazioni patologiche. In questi casi, la presenza di figure "sufficientemente buone" (gli operatori) all'interno di un contesto protetto, diventa indispensabile per ristabilire un senso coerente e organizzato del Sé. Il ruolo di Io ausiliario può essere assunto tanto dai singoli partecipanti quanto dall'intero gruppo, che attraverso un accompagnamento empatico e contenitivo facilita la "rinascita" psichica dell'utente. Questo processo permette al Sé di riorganizzarsi, trovando nuovamente coerenza e senso nelle proprie esperienze (Winnicott, 1974; Searles, 1971; Khan 1975; Tronick, 2008).

Il modello teorico-clinico di riferimento del facilitatore del GMF di SP4ZIO è quello della Terapia Interfamiliare (TIF) sviluppata da Javier Sempere e Claudio Fuenzalida in Spagna intorno agli anni 2000. Le basi teoriche e metodologiche della TIF si radicano nella teoria dell'attaccamento e nelle pratiche dialogiche, traendo ispirazione dai contributi di Mario Marrone (2014), allievo di John Bowlby, e di Jaakko Seikkula (2019), ideatore dell'*Open Dialogue*. All'interno della TIF queste due prospettive trovano una piena integrazione. Le narrazioni di ciascun individuo, infatti, iniziano a essere co-costruite all'interno delle prime relazioni con i caregiver sulla base delle loro esperienze di attaccamento e permangono per tutta la vita, andando a formare sia la loro esperienza soggettiva interiore, sia il loro modo di relazionarsi agli altri. L'obiettivo del processo terapeutico basato sul dialogismo, quindi, è la:

«co-creazione tra terapeuti e pazienti di storie alternative rinnovate e diverse attraverso la decostruzione di quelle storie narrative dominanti che producono sintomi e disadattamento» (Sempere e Fuenzalida, 2022, p. 67).

La TIF permette la creazione, la condivisione e la revisione congiunta di molteplici narrazioni relative all'attaccamento mediante un dialogo riflessivo che avviene sia all'interno delle singole famiglie sia tra le diverse famiglie del GMF. Quest'ultimo, quindi, risulta uno spazio privilegiato per osservare e rielaborare i modelli operativi interni e i transfert laterali dei partecipanti attraverso lo scambio narrativo che avviene nel dialogo nel qui e ora. Il lavoro nel qui e ora è il principale meccanismo che rende il GMF un potente spazio terapeutico, in quanto offre non solo supporto e contenimento, ma promuove anche cambiamento permettendo l'integrazione di esperienze di attaccamento dissociate del passato e del presente. Queste possono emergere e acquisire significato attraverso il dialogo condiviso (Sempere e Fuenzalida, 2022).

L'intervento mira a estendere l'approccio comunitario oltre i confini tradizionali della comunità terapeutica, creando uno spazio esterno in cui il GMF diventa uno strumento essenziale di cura reciproca. I partecipanti non solo condividono i propri problemi, ma assumono un ruolo di partecipazione emotiva e si attivano davanti alle difficoltà degli altri.

I GMF nascono per colmare la mancanza di una rete di supporto continuativa, offrendo un "intermezzo" sicuro che sostiene gli utenti, ad esempio dopo la dimissione dalle comunità terapeutiche, e favorisce la ricostruzione di una rete sociale, spesso rappresentata dal gruppo stesso. A differenza di altre terapie di gruppo, qui è possibile mantenere rapporti anche al di fuori

del contesto clinico, trasformando il gruppo in uno spazio sia terapeutico sia sociale, contribuendo così a ridurre l'isolamento e a creare un sostegno concreto per persone in forte sofferenza. Per concludere, l'aspetto terapeutico più importante del gruppo multifamiliare sta nella possibilità di sperimentare relazioni affettive genuine e reali, grazie al fatto che il gruppo si configura come una comunità fondata sul dialogo aperto che si sostiene dentro e fuori lo spazio del gruppo (Scillia, e Garcia Berra, 2024). Di seguito vengono presentate alcune vignette cliniche esemplificative, utili a illustrare e valorizzare quanto finora esposto riguardo al funzionamento del GMF.

## **Presentazione del caso clinico**

Viola, 20 anni, con precedenti di autolesionismo e un ricovero in SPDC, inizia a frequentare il GMF dopo la sua dimissione, su invito della psicoterapeuta che l'accompagnerà al primo incontro. Successivamente parteciperà al gruppo con la madre Anna e con il fratello Daniele.

Nei primi incontri con la madre, Viola racconta le violenze subite da parte del padre durate l'infanzia, episodi minimizzati dalla madre, generando in lei un forte vissuto di non protezione. La presenza della madre al gruppo permette di far emergere differenze profonde nella percezione della storia familiare: Viola si sente abusata, mentre la madre fatica a riconoscere la sofferenza della figlia.

Grazie agli incontri e al supporto del GMF, si costruisce una narrazione condivisa che integra i vissuti di entrambe, aiutando a comprendere le difficoltà relazionali tra madre e figlia.

L'ingresso del fratello di Viola aggiunge una nuova prospettiva, evidenziando come l'intera famiglia sia caratterizzata da una comunicazione carente e da una scarsa condivisione emotiva e affettiva.

### *Prima vignetta*

Facilitatore: "Viola come stai?"

Viola: "Un po' angosciata, ma non so cosa mi angoscia".

Facilitatore: "Tu Anna, hai qualche idea del perché sta così?"

Anna: "È da un po' di giorni che le chiedo che cosa ha che non va e risponde tutto bene e invece adesso... non lo so perché". (Rivolta a Viola): "Tu non dici mai le cose, tante volte stai male e non lo esteri!" (dialogo intrafamiliare).

Viola: (rivolta alla madre) "Ho sempre paura di dare fastidio, di essere pesante" (dialogo intrafamiliare).

Altra partecipante: “Perché?”.

Viola: “Non sono stata abituata a farlo da bambina, perché se avessi detto una cosa sbagliata sarebbe stato un casino, mio padre mi menava”.

Facilitatore: “Anna, cosa senti quando Viola dice ‘non potevo parlare sennò mio padre mi menava?’”.

Anna: “Faceva delle piazzate, urlava e allora il padre... sì è vero, alzava le mani... però adesso, non c’è più nemmeno il padre, è lontano non sta in casa”.

Altro partecipante: “A me dispiace per quello che dici, perché mi arriva quasi come un giustificare le violenze del padre...” (dialogo interfamiliare).

Laura: “Anche a me rende triste questa cosa, anche io ho avuto un marito così, capisco che sia difficile gestire una situazione del genere... è tremendo, ma per me era troppo importante proteggere mio figlio” (dialogo interfamiliare).

Figlio di Laura: “Sono d’accordo con mia madre, per me è stata fondamentale la sua protezione, mi sento molto vicino a Viola” (dialogo interfamiliare).

Anna: (rivolta a Viola) “Invece io ho l’impressione che a volte tu non voglia raccontare le cose perché anche tu hai paura di affrontare i tuoi problemi” (dialogo intrafamiliare).

Facilitatore: “Però Viola ha appena raccontato che quando lei affrontava i problemi, nel senso che si ribellava o magari diceva cosa non le andava bene, veniva picchiata. Tu Anna, l’altra volta dicevi ‘io sono assuefatta di violenza e quindi per me quella non era violenza perché nella mia esperienza ho vissuto qualcosa di peggio, ma quale è il livello di violenza che hai avuto tu?’”.

Anna: “Psicologica da parte di mia madre, ma anche abusi da parte di un amico di mia mamma, e mia madre sapeva di questi abusi. Quindi la mia asticella della violenza è alta”.

Facilitatore: “Sembra che si ripeta una storia, perché anche nel caso delle violenze subite da Viola che avvenivano davanti a te, non intervenivi, o almeno è questo il sentimento di Viola. Ti ho chiesto come ti sentivi tu perché magari questo ti può avvicinare a come si può essere sentita Viola. Tu eri diventata anoressica e invece Viola si taglia... Mi sembra anche che stiamo toccando il tema dell’angoscia come diceva all’inizio Viola. E quello che viene fuori partendo dall’angoscia sia il non sentirsi, il sentirsi invisibile”. (Rivolge la domanda al gruppo): “A qualcuno è capitato di sentirsi così e ci vuole raccontare? Oppure, se ora è diverso e non provate più queste sensazioni, che cosa vi ha permesso di sentire? Perché penso che questo sia il modo in cui possiamo aiutare anche Viola a capire che cosa è l’angoscia”.

Andrea: “Io sono come Viola, a cui dà fastidio sentirsi un peso. Se vedo una situazione critica, rinuncio a tutto per non peggiorarla. Mi ha aiutato il fatto che i miei genitori non mi pressassero per avere risposte immediate, ma mi dessero supporto”.

Padre di Andrea: “È vero, abbiamo smesso di essere invadenti e di dare consigli, e cambiando atteggiamento è cambiato anche lui. Molto spesso siamo anche noi a dover cambiare come genitori”.

Una ragazza (Noemi), si collega al discorso del sentirsi invisibile e del non raccontare le cose ai genitori: “Con mia madre non mi viene mai da raccontare le cose.

Quando ho smesso di mangiare o quando ha scoperto dei tagli, non si è preoccupata, si è solo arrabbiata. Se non sono vista dai miei genitori, da chi altro dovrei esserlo? Non mangiavo o mi tagliavo per farmi vedere?”.

Facilitatore: “Viola come ti fa sentire Noemi?”.

Viola: “Sento molto un senso di solitudine e tristezza” (dialogo interno).

Facilitatore: “Mi sembra che il poter dare un nome alle cose, e anche un senso, abbassi l’angoscia; per quanto dolorose siano, almeno so che cosa sono”.

Il clima emozionale di fiducia che si instaura nel GMF permette di aprire un canale di comunicazione tra madre e figlia che durante i primi incontri era quasi del tutto assente. Emerge la difficoltà di Anna a riconoscere la sofferenza della figlia, legata ai propri abusi infantili che hanno alzato la sua “soglia di violenza”. È possibile notare come il gruppo nel complesso si mobilita per aiutare Anna a mettersi in contatto non con quello che è il suo “metro di valutazione”, ma con quello che sperimenta Viola. Così, attraverso i racconti di altri partecipanti Anna può rispecchiarsi e riflettere sul proprio ruolo genitoriale senza sentirsi giudicata. Lo scambio che hanno Andrea e il padre, in particolare, fornisce ai membri del gruppo un esempio concreto di cambiamento avvenuto all’interno del nucleo familiare.

Grazie al dialogo interfamiliare che si crea all’interno del gruppo, la comunicazione, anziché essere polarizzata tra madre e figlia, viene diffusa tra tutti i partecipanti, i quali contribuiscono a fornire diversi e ulteriori punti di vista. In questo senso si parla di “mente ampliata” (Badaracco, 2000). Questo, unitamente al fatto che il gruppo multifamiliare si configura come un contenitore e uno spazio accogliente, aiuta Anna e Viola a esplorare insieme i diversi aspetti del loro mondo relazionale, senza che ciò susciti timore.

Grazie a questo processo, Viola passa da una confusione emotiva a una maggiore consapevolezza, riuscendo a nominare e comprendere i propri sentimenti di solitudine e tristezza.

### *Seconda vignetta*

Nel seguente incontro, insieme a Viola e alla madre, viene al gruppo anche il fratello di Viola, Daniele.

Facilitatore: (rivolto ad Anna) “Daniele e Viola raccontano di questo clima non sereno a casa, tu come lo percepivi?”.

Anna: “Oggettivamente quando c’era il padre non c’era un clima sereno, ma poi siamo rimasti noi tre... Alla fine il clima era sereno”.

Viola: (con tono incalzante) “Non direi sereno” (dialogo intrafamiliare).

Anna: “Vabbè litigavate tra di voi, ma cose normali di una famiglia. E invece quando Daniele è andato via, io l’ho interpretato come un bisogno di emanciparsi.

Però il fatto che lui in quel periodo si sentisse in pericolo, non l'ho proprio percepito..." (dialogo intrafamiliare).

Altro partecipante: "Ma che rapporto c'è tra di voi, Viola e Daniele?"

Daniele: "Adesso abbiamo un rapporto abbastanza sereno in confronto a prima. Credo di aver imparato ad ascoltare anche i suoi bisogni. Poi magari Viola l'avrà interpretato in un altro modo, che però non mi dice..."

Facilitatore: "Cosa stai chiedendo a Viola?"

Daniele: "Se anche lei ha percepito che c'è più serenità nel nostro rapporto..." (dialogo intrafamiliare).

Viola: "Sì, però sull'ascoltare non sono molto d'accordo" (dialogo intrafamiliare).

Viola riporta un episodio correlato a questo aspetto e progressivamente si integrano altre voci al dialogo interfamiliare che riguardano il rapporto tra fratelli e sorelle (dialogo sociale).

Daniele: "Io ammetto che non sempre ho ascoltato lei quando avrei dovuto farlo... È giusto che anche lei abbia i suoi spazi, poi se non riesco a coglierlo" (rivolto a Viola) "tu puoi anche dirmelo in un modo adeguato..." (dialogo intrafamiliare).

Viola: "Sì, su questo hai ragione e mi dispiace se sono stata dura" (dialogo intrafamiliare).

Federico: "A me ha fatto emozionare il fatto che ci siano Viola, Daniele e la mamma tutti insieme. È qualcosa che vorrei riuscire a fare anche con la mia famiglia".

Viola: "Non so, secondo me siamo una presenza troppo ingombrante..."

Facilitatore: "Io credo che sia importante che possiate esserci. Prima si parlava di ascolto, ma come faccio a chiedere a qualcuno di ascoltarmi se io non esprimo un mio bisogno? Anna diceva 'come devo fare a capire queste cose se nessuno me le dice'. Uno si sente anche un po' disarmato".

Anna: "Eh sì, è quello che sento..."

Sara: "Tu Viola, dici che siete una presenza ingombrante, ma io ho sentito molta solitudine".

Viola: "Forse il modo di affrontare la nostra situazione di disagio in famiglia è stato così, nel senso che noi l'abbiamo affrontato più che insieme in un modo completamente autonomo" (rivolta a Daniele e la madre) "Io non ricordo che abbiamo mai parlato insieme di questa cosa" (dialogo intrafamiliare).

Facilitatore: "Daniele cosa pensi del fatto che Viola non parli con il padre?"

Daniele: "Penso che abbia tutte le ragioni per farlo, penso che nostro padre abbia sbagliato tantissimo con lei, molto di più che con me. Nostro padre non ha mai chiesto scusa e questo mi dispiace molto".

Facilitatore: (rivolge la domanda al gruppo) "Cosa sentite?"

Gli altri partecipanti del gruppo intervengono condividendo le loro emozioni nel sentire il racconto di Viola e Daniele riguardo al rapporto con il padre: "Mi tocca abbastanza... sento una mancanza che poi in qualche modo hanno dovuto riempire loro"; "Io ho una situazione simile. Anche mio padre preferisce mio fratello perché gli dà più attenzioni. Ora, con il tempo, mio fratello se ne sta rendendo un po' conto ma provo ancora molta ansia per questa cosa".

Il Facilitatore si rivolge a un signore nel gruppo: “Arturo, mi ricordo che in uno dei primi gruppi tua figlia ci ha portato alcuni episodi in cui lei ti percepiva aggressivo. Mi chiedo se una persona sia solo quello. Cosa è che ti faceva essere aggressivo in alcuni momenti?”.

Arturo (padre): “Penso che a volte non ci conosciamo bene e che c’è sempre qualche angolo di noi nascosto. Purtroppo, a volte viene fuori quando si parla di violenza. Da padre mi ha fatto male sentire la vostra storia, sono molto mortificato... spero sia vostro padre a fare il passo successivo, così come l’ho fatto io con mia figlia, perché mi sembra che voi abbiate fatto già tanto” (dialogo interfamiliare).

Facilitatore: “Mi sembra che abbiamo parlato del non sentirsi amati e di come cercare un modo per avere quell’amore. Ogni famiglia fa quello che è in grado di fare in quel momento e non siamo qui per giudicare nessuno, è importante poterci mettere in contatto su come ci siamo sentiti sentendo le varie narrazioni, ognuno con la propria sensibilità, e vedere come questa sensibilità tocca quella di qualcun altro. Questo fa sì che possiamo sentirci riconosciuti ed entrare in dialogo con gli altri”.

## Conclusioni

Il lavoro nel gruppo è orientato a riportare l’attenzione sui vissuti e a facilitare un dialogo autentico tra i membri, favorendo la possibilità di sintonizzazione emotiva. In questo processo, i partecipanti assumono una funzione co-terapeutica: attraverso il rispecchiamento e la condivisione delle proprie esperienze, offrono agli altri partecipanti occasioni di insight e nuove prospettive. Le difficoltà di comunicazione familiare appaiono come narrazioni parallele che non si incontrano; ma il gruppo, grazie ai diversi punti di vista e al contenimento, rende possibile la costruzione di ponti tra “isole separate”. L’importanza di poter avviare un dialogo nel qui e ora all’interno del gruppo, sta nel fatto di poter osservare e revisionare – in presenza del gruppo come testimone in grado di accogliere, supportare e contenere – le proprie dinamiche familiari. Questo apre la strada a nuove possibilità e potenzialità trasformative. Il gruppo, quindi, fa da testimone alla costruzione di una nuova comunicazione tra i membri della famiglia, legittimando e dando spazio ai bisogni di ognuno.

Assistere a una famiglia che trova il coraggio di confrontarsi e affrontare le proprie problematiche, inoltre, rappresenta un’esperienza emotiva intensa anche per gli altri partecipanti al gruppo che possono identificarsi in essa.

Le vignette riportate si ritiene siano significative in quanto consentono di osservare un’evoluzione che riguarda non solo Viola, ma anche le dinamiche relazionali del nucleo familiare nel complesso, e come queste interagiscono all’interno del gruppo stesso come elemento di transfert laterale con il quale

gli altri possono rispecchiarsi ed entrare in contatto con le proprie storie esistenziali.

L'esperienza del sentirsi riconosciuti, conferisce all'individuo il diritto di cittadinanza a esistere, ossia il pieno riconoscimento di poter essere così come si è.

Il tentativo ultimo rispetto all'utilizzo dei GMF è quello di una ricerca partecipata in cui vengono coinvolti operatori e utenti, tutti a pari merito «ricercatori dei vissuti, dei travagli e delle risorse che ci attraversano dentro i crepacci della follia»<sup>6</sup>. Pensiamo vivamente che i GMF possano dare un grande contributo alla psichiatria odierna, che vede da un lato un riduzionismo medico-farmacologico imperante ma dall'altro lato pullula di ricerche, riflessioni proprio a partire dalla relazione col "paziente", dalla sua partecipazione, dalla necessità del suo contributo per cogliere meglio, e soprattutto più precocemente, i segni di un'affiorante sofferenza, come molti studi e pubblicazioni dimostrano (Pascal, 1991). Dalla nostra ricerca ci appare evidente che conoscere il "paziente" escludendo i suoi contesti di vita, limita radicalmente le informazioni su di lui e sulla sua storia.

In conclusione, per dirla con Pascal, intendiamo il Progetto Anteros e l'utilizzo dei GMF come un momento importante d'incontro in cui si sviluppano tre aspetti fondativi del nostro pensiero:

- come lotta;
- come esperienza terapeutica;
- come progettazione in comune.

## Riferimenti bibliografici

Asen E. e Scholz M. (2010). *Multi-Family Therapy. Concepts and Techniques*. Sussex (UK) y Nueva York (USA): Routledge.

Badaracco J.E.G. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar: los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós (trad. it.: *Psicoanalisi multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi*. Milano: Bollati Boringhieri, 2004).

Basaglia F. (1967). *Che cos'è la psichiatria?* Torino: Einaudi, 1973.

Burgos Mirón, A. (2022). *Sumergiéndonos en el psicoanálisis multifamiliar: Una estancia formativa orientada a la comunidad en la ciudad de Buenos Aires* [Memoria de rotación externa, Beca ANPIR]. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

<sup>6</sup> <https://www.ilmargine.it/rileggere-enrico-pascal/>

- Khan M.R. (1975). *Lo sviluppo del Sé e le cure parentali*. Torino: Boringhieri (tit. orig.: *The Privacy of the Self*, 1974. London: Routledge).
- Marrone M. (2014). *Attachment and Interaction: from Bowlby to Current Clinical Theory and Practice*. II ed. London: Jessica Kingsley.
- McFarlane W.R. (2016). Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Family process*, 55, 3: 460-482.  
DOI: 10.1111/famp.12235
- Signorini S. e Paganin W. (2023). Le terapie multifamiliari: evoluzione storica e stato attuale. *Psicoterapia e scienze umane*, LVII, 2: 245-266.  
DOI: 10.3280/PU2023-002004
- Pascal E. (1991). *Follia e ricerca: una esperienza collettiva di sofferenza e liberazione*. Torino: Rosenberg & Sellier.
- Searles H.F. (1971). *Scritti sulla schizofrenia*. Torino: Boringhieri (tit. orig.: *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. London: Chatto & Windus, 1965).
- Scillia L. e Garcia Berra N. (2024). Comunità multifamiliare: Chi cura chi? L'altro come punto di ricerca per la propria ipseità. *Adombramenti*. Rivista di Psicologia Fenomenologica.
- Seikkula J. e Arnkil T.E. (2019). *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas: Respetando la alteridad en el momento presente*. Barcellona: Herder Editorial.
- Sempere P.J. (2015). "Terapia interfamiliar: análisis y descripción de la aplicación de un nuevo modelo de terapia multifamiliar". Proyecto de investigación. Università di Murcia.
- Sempere P.J. e Fuenzalida C. (2022). *Terapia interfamiliar: el poder de los grupos multifamiliares en contextos sociales, sanitarios y educativos*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Tronick E.D., Riva C. e Rodini C. (2008). *Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Winnicott D.W. (1974). *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo*. Roma: Armando Editore (tit. orig.: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: Routledge, 1965).