Vol. XXIII N. 2 Luglio-Dicembre 2022

Gruppi

NELLA CLINICA,
NELLE ISTITUZIONI, NELLA SOCIETÀ

Groups

IN CLINICAL PRACTICE,
IN INSTITUTIONS, WITHIN SOCIETY

Il pensiero scientifico della COIRAG: riflessioni sulla diagnosi e sulla cura

IL GIORNALE DELLA COIRAG
CONFEDERAZIONE DI ORGANIZZAZIONI ITALIANE PER LA RICERCA ANALITICA SUI GRUPPI

FrancoAngeli

Gruppi

NELLA CLINICA, NELLE ISTITUZIONI, NELLA SOCIETÀ

Groups

IN CLINICAL PRACTICE, IN INSTITUTIONS, WITHIN SOCIETY

FrancoAngeli

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

DIRETTORE: Carmen Tagliaferri (con la collaborazione del Past Direttore Angelo Silvestri)

COMITATO SCIENTIFICO
Luciana Bianchera (Italia), Jale Cilasun (Regno Unito), Antonello Correale (Italia), Giacomo Di Marco (Italia), Franco Di Maria (Italia), Alberto Eiguer (Francia), Sergio Fava (Italia), Robi Friedman (Israele), Maurizio Gasseau (Italia), Giovanni Guerra (Italia), Otto Kernberg (USA), Eduard Klain (Croazia), Girolamo Lo Verso (Italia), Irma Morosini (Argentina), Claudio Neri (Italia), Franca Olivetti Manoukian (Italia), Corrado Pontalti (Italia), Paola Scalari (Italia), Francesco Scotti (Italia), Dorothe Türk (Germania)

COMITATO DI REDAZIONE
Segretaria di redazione: Virginia Guarneri Vicedirettrice: Alessandra Furin
Membri redazione: Anna Cordioli, Nicoletta Jacobone, Daniela Lo Tenero, Simona Negro, Simone Schirinzi
Coordinatore Osservatorio: Alessandra Furin Coordinatore della Comunicazione: Simone Schirinzi

WEBSITE: www.coirag.org

REDAZIONE: Rivista GRUPPI – COIRAG – Viale Gran Sasso, 22 – 20131 Milano
e-mail: rivista.gruppi@coirag.org

Gli articoli della Rivista compresi nella sezione CONTRIBUTI ORIGINALI sono sottoposti a referaggio

Pubblicato con licenza Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale (CC BY-NC-ND 4.0).
Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.
L'opera, comprese tutte le sue parti, e tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it.

ISSNe 1972-4837

Amministrazione – Distribuzione: FrancoAngeli srl, viale Monza 106, 20127 Milano. Tel. +39.02.2837141, e-mail: riviste@francoangeli.it.

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 400 del 28/5/99 – Semestrale – Direttore responsabile: Stefano Angeli – Poste Italiane Spa – Sped. in Abb. Post. D.L. 353/2003 (conv. In L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano – Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l. – Milano. Stampa: Divisione Libri di Ciscra Spa, Via Belvedere 42, 20862 Arcore (MB).

II semestre 2022 – Finito di stampare nel mese di aprile 2025

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

SOMMARIO

Presentazione del numero
di Angelo Silvestri pag. 7

A PARTIRE DALLA COIRAG:
Giornate Franco Fasolo 2022 e Seminario Lingiardi e McWilliams

Si fa presto a dire comunità: alla ricerca di un'epistemologia gruppale per la salute mentale contemporanea
di Antonino Aprea » 13

Ri-prendere il gruppo sul serio: clinica analitica gruppale e salute mentale di comunità
di Fabrizio Starace » 25

Ten Angles of Vision on Individual Differences. Dieci modi di guardare alle differenze individuali
di Nancy McWilliams
traduzione di Paola Merlin Baretter » 34

Personalità e costruzione della diagnosi
di Vittorio Lingiardi » 48

Processo diagnostico: elaborazione in gruppo degli Specializzandi della Scuola COIRAG
a cura di Carmen Tagliaferri » 56

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 » 71

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial – No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

CONTRIBUTI ORIGINALI

Verba manent.
Circolarità della scrittura e legame sociale
in un Servizio di Salute Mentale
di Giovanni Angelici pag. 87

OSSERVATORIO

Modificazioni nella concezione e nella conduzione
del lavoro gruppale di fronte alle variegate realtà
del privato, del privato sociale e delle Istituzioni
di Stefania Picinotti » 105

La presa in carico in età evolutiva tra responsabilità
professionale clinica e istituzionale
di Leonardo Speri, Sofia Banzatti, Nadia Benedetto
e Monica Compostella » 117

Il gruppo come strumento di lettura
e cura della coppia e della famiglia
di Margherita Autuori, Barbara Bianchini, Lara Giambalvo,
Nicoletta Jacobone, Chiara Labadini, Velia Ranci,
Maria Gabriela Sbiglio e Alessandra Verri » 135

Effetti della Scrittura espressiva
su un gruppo di soggetti affetti da schizofrenia
di Stefania Bisagni e Valentina Valenzano » 143

Rigenerare processi di salute e integrazione comunitari:
dialoghi (tra) sopravvissuti
di Luciana Bianchera e Giorgio Cavicchioli » 168

Breve lettura introduttiva in chiave gruppale
allo scritto di Alberto Eiguer "*L'*Eneide,
esilio e sradicamento"
di Luciana Bianchera, Alessandra Furin, Stefano Iori
e Angelo Silvestri » 178

*L'*Eneide, *esilio e sradicamento*
di Alberto Eiguer
traduzione di Luciana Bianchera » 183

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

CONNESSIONI

*Considerazioni a proposito di "*Alba*",*
la trasformazione di Wiesel da vittima a assassino
di Robi Friedman
traduzione di Alessandra Furin pag. 199

*Connessione al volume "*Lo sciame borderline*"*
di Nicolò Terminio
di Fiore Bello » 209

RECENSIONI

Cramer F., *Geni, evoluzione e destino. L'irripetibile*
storia della vita sulla terra e l'incerto futuro dell'uomo » 221
(Saura Fornero)

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Presentazione del numero

di Angelo Silvestri

Conclusa la riflessione sullo stato attuale della formazione nella Scuola di Specializzazione della COIRAG, con questo fascicolo desideriamo riprendere il percorso esplorativo iniziato per approfondire la conoscenza di quali concezioni, interrogativi e progetti culturali vadano attualmente sviluppandosi nella nostra Associazione.

La travagliata, forse non completamente consapevole e non ancora del tutto elaborata, trasformazione in un ente del terzo settore è stata senza dubbio il prodotto del desiderio e della necessità di stare al passo con i tempi, ma potrebbe anche essere interpretata come un "sintomo", ossia espressione e allo stesso tempo tentativo di risoluzione delle tensioni presenti nelle nove Associazioni che costituiscono COIRAG stessa.

La transizione è stata motivata dalla necessità di dotarsi di una struttura associativa più solida e compatta a livello nazionale per poter affrontare le sfide che i cambiamenti relazionali in atto in ambito comunitario e sociale fra gli individui, nelle famiglie, nei rapporti lavorativi e con le istituzioni, porranno con sempre maggior forza alla nostra professione. Siamo alla ricerca della definizione di una specifica modalità di pensare la clinica e la conseguente e necessaria formazione. Le edizioni delle Giornate di studio "Franco Fasolo" del 2022 e del 2023, e parte dei Seminari Nazionali organizzati dalla Scuola, hanno preso in esame in modo specifico proprio queste tematiche. In questo numero e nel successivo pubblicheremo le relazioni magistrali degli ospiti e faremo un sunto delle successive plenarie.

Riguardo alla seconda ipotesi interpretativa, essa potrebbe essere complementare alla prima ed espressione di un profondo travaglio. Possiamo pensare, per esempio, alle evidenti difficoltà incontrate da diverse, ma forse da tutte, le Associazioni che compongono la COIRAG nella gestione del "pas-

Gruppi/Groups (ISSN 1826-2589, ISSNe 1972-4837), 2/2022 PRESENTAZIONE
DOI: 10.3280/gruoa2-2022oa19788

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

saggio generazionale" e in particolare nell'individuazione di Soci disponibili ad assumersi in prima persona la responsabilità della governance. A questo si aggiunge la fatica nell'affiliare i nuovi Specializzati COIRAG che spesso, finita la Scuola, si disperdono.

Le nostre Associazioni sono state costituite negli anni '70-'80 attorno ad alcuni studiosi di grande spicco e personalità, portatori di concezioni teoriche forti, anche se ancora in attiva evoluzione e definizione (ne è esempio la gruppoanalisi), o propugnatori di prassi operative cliniche specifiche ben differenziate rispetto all'uso di quanto prodotto associativamente durante le sedute, come lo psicodramma. Teorie e prassi forti hanno contribuito positivamente alla strutturazione e differenziazione di ciascuna Associazione. La gruppoanalisi, ad esempio, è stata declinata in modo diversificato e originale dai diversi fondatori: Diego Napolitani, Girolamo Lo Verso, Leonardo Ancona, Alice Ricciardi Von Platen, Jaime Ondarza Linares e Corrado Pontalti. Ciò ha molto arricchito il panorama scientifico nazionale, ma ha anche comportato tensioni e contrapposizioni che si sono riverberate in vario modo fin dentro COIRAG, talvolta in modo traumatico. Nel frattempo però, grazie anche all'importante lavoro di confronto e condivisione sviluppatosi all'interno della Scuola di Specializzazione COIRAG, sono cresciute varie generazioni di Colleghi e Soci portatori di un pensiero meno "forte" e rigidamente differenziato, certamente più propenso all'ibridazione e al dialogo, ma talvolta anche all'improvvisazione e alla confusione.

Questi Colleghi, talvolta per necessità, ma spesso per scelta, si sono trovati a esercitare contemporaneamente la propria professionalità in contesti istituzionali molto vari e diversificati. Come liberi professionisti, raramente come dipendenti, operano negli ambienti più vari: alcuni sono inseriti in attività a tempo determinato legate a uno specifico progetto, altri sono isolati o fanno parte di qualche forma di team. I vari ambiti di lavoro posso variare dal tradizionale studio privato o quello virtuale offerto dalle nuove piattaforme del web; l'ambito pubblico, talvolta con l'intermediazione di qualche ente ETS; quello del privato sociale più tradizionale delle cooperative e delle comunità; fino alla strada dove possono avvenire interventi "sul campo". Ci chiediamo: quali sono le esigenze di riconoscimento, di appartenenza e di supporto emotivo che nascono dal vivere queste modalità professionali? Quanto ne sappiamo? Non credo la faccenda si risolva in termini di formazione ECM.

Quindi, che tipo di accoglienza e di spazio trovano questi colleghi dentro le varie Associazioni? Non sarà che si pretende che vengano ad abitare in una casa arredata come si usava cinquanta anni fa, piena di soprammobili, con la raccomandazione di non spostare e di non buttare niente, ma soprattutto dove non c'è spazio per qualcosa di nuovo? Forse questa immagine è

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

un po' estrema, ma credo possa aiutarci a riflettere sulla necessità di fare spazio dentro le Associazioni per accogliere chi esprime nuove istanze, nuovi bisogni e nuovi desideri. Penso anche possa aiutarci a comprendere quanto sia difficile trovare e consentire questo spazio. Indubbiamente si tratta di una situazione scomoda, che forse si cerca di risolvere spostandola su COIRAG, dove si pensa ci sia tutto lo spazio necessario. Di qui la mia provocazione di leggere la transizione a ETS anche come "sintomo". Secondo me, in questo numero potremmo trovare più di un elemento a sostegno di questa tesi.

Apriamo il fascicolo pubblicando alcune delle relazioni magistrali proposte durante le "Giornate Franco Fasolo" del 2022: quelle di Starace e Aprea. Una breve cornice introduttiva, scritta dalla nuova Direttrice della Rivista, ci aiuta a comprenderne il valore di inquadramento generale per tutto il lavoro di approfondimento e pensiero che ne è seguito.

Durante la stessa edizione delle Giornate vi è stata anche la presentazione dei lavori svolti dai tre "Gruppi d'Interesse": "Modificazioni nella concezione e nella conduzione del lavoro gruppale di fronte alle variegate realtà del privato, del privato sociale e delle Istituzioni", "La clinica gruppale nelle ambientazioni di vita" e "Gruppalità e area evolutiva". Questi gruppi di studio si sono costituiti trasversalmente tra le Associazioni sulla base di uno specifico "interesse" dei partecipanti e hanno consentito di gettare uno sguardo puntuale sulla realtà clinica e professionale vissuta dai Soci delle Associazioni COIRAG. In quelle particolari giornate ci hanno consentito di accostare alla visione generale, inevitabilmente "macroscopica" e/o aneddotica dei relatori esterni, il dettaglio particolare di ciò che viene affrontato quotidianamente nella nostra particolare comunità. In questo fascicolo ve ne presentiamo però solo due.

Segue una esemplificazione di come gli Specializzandi della Scuola COIRAG, con l'aiuto dei propri docenti, hanno elaborato gli stimoli proposti dall'occasione di incontro con due studiosi di livello internazionale quali McWilliams e Lingiardi. Attraverso la riproposizione di uno dei Seminari nazionali, il cui tema era il processo diagnostico, possiamo immergerci direttamente in un aspetto del metodo formativo COIRAG: alle due relazioni magistrali seguono gli interventi degli Specializzandi. Si crea quindi una sorta di dialogo, che rappresenta la formazione in gruppo, attraverso il lavoro del gruppo, metodo specifico della nostra Scuola. Chiude il pacchetto il contributo di due dei docenti coinvolti nella preparazione dell'evento, che ci aiutano a comprenderne il senso e, grazie alla lettura e alla riflessione in differita, a riflettere sul valore epistemologico del lavoro di gruppo come antidoto per i "pensieri troppo forti".

Il fascicolo si arricchisce ulteriormente grazie ad alcune testimonianze delle attività svolte da un gruppo di studio in APG riguardanti il lavoro con

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

le coppie e le famiglie e un contributo originale che trae origine dall'utilizzo di laboratori di scrittura durante la pandemia.

In chiusura, dopo esserci immersi nel pensiero e nelle attività della COIRAG, il numero propone i contributi di due autori stranieri, da tempo in ottimi rapporti con la nostra Rivista e membri del Comitato Scientifico della stessa. Entrambi i lavori prendono l'avvio dalla lettura di un'opera letteraria e ne emergono delle riflessioni molto attuali.

Il primo è un saggio di Alberto Eiguer, che prendendo spunto dalla vicenda di Enea, eroe virgiliano, ci propone una serie di riflessioni su sradicamento, migrazione, accoglienza e integrazione. Il secondo è una connessione, ma quasi una premonizione, di Robi Friedman suscitata dal romanzo "*L'Alba*" di Elie Wiesel in cui viene descritta da vicino, quasi da dentro, la trasformazione dolorosa di una vittima in un carnefice.

Buona lettura!

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

A PARTIRE DALLA COIRAG
Giornate Franco Fasolo 2022 e Seminario Lingiardi e McWilliams

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Si fa presto a dire comunità: alla ricerca di un'epistemologia gruppale per la salute mentale contemporanea

di Antonino Aprea*

[Ricevuto il 24/09/2022
Accettato il 13/11/2024]

Riassunto

In questo articolo l'autore si interroga sul termine "comunità" nell'ambito della psicoterapia e della salute mentale. Declina la questione "comunità" secondo quattro prospettive: il coinvolgimento di campi terapeutici multi-personali che permettano i processi di diagnosi, cura e riabilitazione della persona sofferente; lo spazio socioculturale prossimale in cui è possibile rilevare l'incidenza dei determinanti familiari e sociali del disagio e della patologia psichica del paziente; le comunità professionali degli operatori della salute mentale; e infine la comunità come dispositivo terapeutico.

Parole chiave: Comunità, Epistemologia gruppale, COIRAG, Salute mentale.

Abstract. *It's easy to say community: the search for a group epistemology for contemporary mental health*

In this article the author questions the notion of "community" in the field of psychotherapy and mental health. He considers the question of "community" from four perspectives: the involvement of multi-personal therapeutic fields that enable the processes of diagnosis, treatment and rehabilitation of the suffering person; the

* Psicologo, psicoterapeuta, già Preside della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica della COIRAG, responsabile della Commissione Scientifica COIRAG, socio Laboratorio di Gruppoanalisi (via Rovereto, 7 – 00198 Roma); antonino.aprea@gmail.com

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

proximal socio-cultural space in which the incidence of family and social determinants of the patient's distress and psychic pathology can be detected; the professional communities of mental health workers; and, finally, the community as a therapeutic device.

Keywords: Community, Group epistemology, COIRAG, Mental health.

Credo sia opportuno, forse necessario, iniziare questo mio intervento introduttivo dichiarando i rischi che appaiono inevitabilmente in agguato quando ci si confronta, anche nell'ambito della psicoterapia e della salute mentale, sui temi che sono al centro della nostra riflessione odierna, innanzi tutto quello di "comunità". I rischi sono a mio avviso quelli dello scivolamento del discorso sul piano della retorica e su quello, probabilmente più insidioso, dell'invettiva contro gli immancabili persecutori esterni.

Con ogni probabilità, nelle brevi riflessioni che mi accingo a svolgere, non sarò in grado di evitare questi pericoli, ma credo che dichiararli in partenza possa aiutare a meglio sostenere la fatica di sviluppare su questi temi un pensiero sufficientemente critico e autocritico. Un pensiero che sappia partire, e rimanere fortemente vincolato, ai fenomeni critici emergenti dalla pratica clinica quotidiana, ai suoi fallimenti, alle sue fragilità e inadeguatezze epistemologiche e procedurali e anche alle sue opacità e miserie etiche.

La questione della comunità in salute mentale può alludere almeno a quattro ambiti distinti e interrelati tra loro: 1) il coinvolgimento di reti della comunità della persona sofferente nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione. Si tratta del grande tema della costruzione, in presenza di vincoli psicopatologici e sociali specifici della situazione clinica in esame, di campi terapeutici multipersonali che permettano una co-evoluzione delle persone significative (Pontalti, 2006); 2) la comunità come spazio socioculturale prossimale del paziente in cui è evidenziabile l'azione e l'incidenza relativa dei determinanti familiari e sociali del disagio e della patologia psichica e in cui è possibile sviluppare interventi per incidere in maniera diretta o indiretta su di essi. In questa accezione la comunità è quella rete di legami in cui è visibile, nella vita individuale e relazionale, l'impatto delle grandi trasformazioni socioantropologiche sui processi di tessitura dei codici collettivi di senso che costituiscono l'ordito su cui si costruisce la trama della mente individuale; 3) le comunità professionali degli operatori della salute mentale con i loro vincoli giuridici, deontologici ed etici, con le loro tradizioni e istituzioni corporative e formative, con i loro interessi, con le loro prassi di intervento e i paradigmi scientifici a cui esse si ispirano; 4) infine, la comunità come dispositivo terapeutico frutto di una sorta di ingegneria psico-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

sociale e istituzionale e anche, per esteso, modello generale di una metodologia di intervento di cura del mentale fondata su processi partecipativi a dimensioni collettive e sociali.

Esula dalle mie competenze e dagli obiettivi di questo intervento proporre degli approfondimenti articolati su ognuno di questi ambiti. Il mio intento è invece quello di tentare di mettere in evidenza alcune questioni a essi trasversali, questioni in primo luogo etiche ed epistemologiche che possono aiutarci a cogliere le opportunità e le difficoltà dell'incontro tra la prospettiva analitico-gruppale in psicoterapia e il particolare taglio del lavoro clinico, istituzionale e sociale che ispira la cosiddetta "salute mentale di comunità". Cerchiamo innanzi tutto di chiarire gli aspetti caratterizzanti di queste due prospettive e le loro possibili aporie interne.

Da una parte abbiamo la concezione gruppale della mente che è debitrice, prima ancora che ai padri fondatori della psicoanalisi e dell'analisi di gruppo, alla visione di quel filone della sociologia francese che va da Durkheim a Mauss che vede le istituzioni sociali come l'esito di forze impersonali che precedono gli individui condizionandone, anche se non determinandone, i comportamenti e a loro volta venendo plasmate dal loro agire. In questa prospettiva, presente prima in alcune opere di Freud e poi sviluppata, secondo Dalal (2002) non ancora compiutamente da Foulkes, i soggetti piuttosto che formare le istituzioni e le configurazioni familiari e comunitarie *ne sono formati*, sono iscritti da sempre nella loro grammatica, una grammatica concepita come continuamente aperta al mutamento. Questa apertura al mutamento delle forze impersonali sociali che permeano e plasmano la vita e la mente dei singoli e dei gruppi ha una precisa radice antropologica: l'uomo non si accontenta di vivere nella società e di riprodurla come altri animali sociali ma deve produrre società, dunque continuamente modificarla, per vivere. La prospettiva analitico-gruppale partendo da queste premesse, elabora una visione per la quale la psiche umana nasce, si sviluppa, evolve e involve, dentro e attraverso legami familiari, sociali, comunitari ed è permeata dunque di dimensioni sociali che sono sia interiorizzate a organizzare il mondo interno del singolo soggetto, sia permanenti nel suo mondo esterno come vincoli e possibilità al suo agire, al suo rappresentarsi, al suo appartenere e partecipare a una cultura, contribuendo a trasformarla. Lo studio delle articolazioni tra «lo spazio psichico del soggetto, lo spazio dei legami intersoggettivi e lo spazio psichico delle configurazioni dei gruppi, delle famiglie e delle istituzioni», che secondo Kaës (2018) è il vero compito "di estensione" di una psicoanalisi contemporanea, è però tutt'altro che compiuto. E, soprattutto, ciò che appare chiaro guardando alle discipline dalla prospettiva delle pratiche che realmente ispirano nella quotidianità del lavoro clinico, è che esse fanno fatica a "prendere sul serio", assumere fino in fondo, la prospettiva

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

scientifica della struttura gruppale della mente. Infatti, finanche per gli psicoanalisti di gruppo che possono organizzare il loro lavoro nel contesto privato la costruzione dei dispositivi di cura non riesce sempre a essere vincolata adeguatamente ai presupposti teorici ed epistemologici del loro orientamento scientifico. A dispetto, dunque, delle elaborazioni teoriche che potremmo definire "larghe", ispirate all'epistemologia della complessità e a prospettive scientifiche che valorizzano il tema della strutturale pluralità relazionale inscritta nel soggetto, le prassi operative, le azioni e le scelte concretamente messe in campo nella cura, possono tradire un certo grado di riduzionismo e automatismo "individualistico". La risultante è quella di campi di intervento che rimangono ancorati al dialogo duale tra il clinico e il paziente designato o che, già precocemente, frammentano in spazi rigidamente separati di riflessione ciò che nella vita è connesso, stabilmente emergente[1] dal dinamismo di un sistema relazionale complesso: l'interazione tra i membri di una stessa comunità familiare. La risultante di questo processo è la tendenza diffusa a frammentare il campo diagnostico e terapeutico in una pluralità di interventi gestiti da professionisti diversi che lavorano tendenzialmente in percorsi paralleli con interlocutori del mondo familiare del paziente. Lo spazio psichico proprio delle configurazioni gruppali e familiari, *i mondi delle appartenenze*, vengono tendenzialmente esplorati nel perimetro del mondo interno del soggetto che esprime il disagio o in configurazioni di incontro con le persone significative caratterizzate da una certa fissità e concepite precocemente a compartimenti stagni. Emerge da queste riflessioni un interrogativo di fondo: al di là delle petizioni di principio, spesso verbose e magniloquenti, quanto le metodologie di intervento che guidano le pratiche reali di comprensione diagnostica e intervento psicoterapeutico ispirate alla prospettiva analitica di gruppo riescono a far emergere e rendere esplorabili, a fondo e precocemente, i tre piani dello psichico a cui fa riferimento Kaës?

È una questione critica, di rilevanza centrale, che attraversa anche la prospettiva della salute mentale di comunità. Nel testo *Sulla povertà della psichiatria* Benedetto Saraceno, autorevole psichiatra già Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e abuso di sostanze dell'OMS, afferma che occuparsi di salute mentale significa:

[1] Utilizzo, in questo contesto, il concetto di *"*emergente*"* così come elaborato dall'Epistemologia della complessità. Scrive a questo proposito Morin «L'organizzazione sistemica produce qualità o proprietà ignote a partire dalle parti concepite isolatamente: *le emergenze.* Così le proprietà dell'essere vivente sono ignote alla scala delle sue costituenti molecolari isolate: queste emergono in questa organizzazione e attraverso questa organizzazione, e retroagiscono sulle molecole costitutive di questa organizzazione» (Morin, 2000, p. 42).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

«avventurarsi nella dimensione di quello che l'antropologo americano Arthur Kleinmann chiama "social suffering", (…) confrontarsi con l'ossimoro rappresentato dalla sofferenza urbana» (Saraceno, 2017, p. 9).

Si riferisce con questo lemma all'incontro e alla reciproca interconnessione tra il privato delle storie e sofferenze individuali con i temi e i fenomeni propri della dimensione pubblica e collettiva. Ma il tema chiave anche qui appare essere quello del *come* realizzare questo incontro e questa interconnessione non sul piano astratto e concettuale dell'elaborazione teorica ma sul terreno concreto della metodologia della pratica clinica.

Per chiarire meglio la questione dobbiamo articolare più nel dettaglio alcuni aspetti caratterizzanti dell'approccio della salute mentale di comunità. Nei suoi principi ispiratori e nelle sue prassi operative essa è debitrice del fermento culturale e sociale dei grandi movimenti politici di affermazione dei diritti umani, civili e sociali degli anni '60 e '70 e delle loro battaglie giuridiche e professionali confluite (anche) nella costruzione dell'architettura del sistema sanitario nazionale, concepito con una forte articolazione territoriale e con una vocazione alla strutturale sinergia con i servizi sociali. È in questa temperie culturale e politica che prendono vita, in uno scambio fertile e dialettico con pratiche ed elaborazioni concettuali internazionali, le esperienze di intervento di quel movimento che lo storico John Foot (2014) riunisce sotto la dizione di psichiatria critica (o radicale), preferendola a quella più comunemente usata di "psichiatria antistituzionale". La scelta terminologica non è casuale. L'analisi, ovviamente qui impossibile ma di grande interesse anche per le questioni odierne di riorganizzazione del sistema sanitario, di quanto realizzato a Gorizia, Parma, Perugia, Reggio Emilia, Arezzo prima e poi in molti altri contesti territoriali e istituzionali della psichiatria italiana, mette in evidenza azioni e sperimentazioni, elaborazioni concettuali, battaglie giudiziarie, mobilitazioni politiche e associative, pratiche di sensibilizzazione, accomunate da quella che il filosofo Roberto Esposito chiamerebbe *"*prassi istituente*"* la cui logica:

«implica una continua tensione tra interno ed esterno: ciò che è fuori delle istituzioni prima di istituzionalizzarsi anch'esso, modifica l'assetto istituzionale precedente – sfidandolo, dilatandolo, deformandolo» (Esposito, 2021, p. 19).

La sfida fondativa di quella che oggi chiamiamo salute mentale di comunità è stata quella di ri-storicizzare non solo i pazienti ma anche, e ancor prima di essi, le istituzioni della cura del mentale, estrarle con una forza d'urto dirompente da una concezione statica, di "stato", evidenziarne i mandati sociali impliciti incongrui di cui erano portatrici, riconoscerne le logiche economiche, di potere e corporative intorno a cui si erano strutturate, e re-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

stituirle alla loro natura di continuo divenire. Istituzioni in continuo divenire, dunque, come condizione per restituire le persone imprigionate nella cronicità della sofferenza psichica a un divenire esistenziale. Da questa impostazione conseguono non azioni antistituzionali ma pratiche di deistituzionalizzazione, da intendere come tentativi di distruzione dell'inerzia delle istituzioni e come costruzione di soggettività, singolarità, partecipazione, socialità libera, emancipazione, acquisizione ed esigibilità di diritti, possibilità di vita, autonomia. Potremmo dire che la prospettiva della salute mentale di comunità è stata, e continua a essere, ispirata dalla duplice tensione a mettere in crisi sia una *clinica orizzontale*, che guarda al malato nel suo letto (o lettino), sia i paradigmi scientifici che la legittimano e le politiche che la estendono e la perpetuano. E ciò a vantaggio della costruzione di una sorta di *clinica verticale*, una clinica cioè rivolta a un uomo che sta in piedi, vivo, che si muove nelle sue ambientazioni sociali reali, che partecipa alla tessitura delle sue relazioni comunitarie e alle loro produzioni di senso e cultura. Risulta evidente che nella salute mentale di comunità i determinanti sociali non possono essere visti solo come componenti del modello eziologico ma devono divenire parte delle strategie di intervento a livello "micro-individuale" e familiare. Ciò significa che anche da questo versante il punto chiave sembra essere la necessità di elaborare saperi e competenze procedurali per costruire campi terapeutici e riabilitativi in grado di rendere visibili e analizzabili quei fenomeni familiari e sociali che sono annodati nella fitta matassa della sofferenza mentale espressa dal singolo e per incidere evolutivamente su di essi. Potremmo dire, dunque, che l'intervento sul disagio psichico necessiti non di azioni sociali isolate, azioni che è sempre possibile immaginare e praticare a margine, o comunque in parallelo, rispetto al lavoro dialogico, riflessivo e biografico della cura della parola e della costruzione di senso. La cura sembra necessitare di saperi e dispositivi per rendere rappresentabili e pensabili nel dialogo clinico i fenomeni fattuali, simbolici e affettivi, che ineriscono le dimensioni collettive nelle quali il paziente è inscritto e alle quali, consapevolmente o meno, partecipa. Formuliamo dunque un quesito di fondo: come è possibile restituire al campo mentale individuale e familiare in una forma cognitivamente accessibile e psichicamente elaborabile i contenuti dei piani socio-antropologici e relazionali che, anche se potentemente incidenti nella fenomenologia psicopatologica, appaiono inaccessibili alla coscienza nel loro darsi in forma implicita e impersonale?

A mio modo di vedere l'incontro fin qui mancato, o solo lambito, tra l'analisi di gruppo e la prospettiva comunitaria in salute mentale ha a che fare con la possibile elusione, su entrambe le sponde, di questa questione radicale che è insieme epistemologica, procedurale e, come vedremo, anche etica.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Senza vincolare la sua ricerca a questo quesito di fondo la psicoterapia analitico-gruppale perpetua l'illusione che il mondo interno del singolo paziente o il dispositivo relazionale del gruppo terapeutico siano in grado di ricapitolare *sempre* e dare *piena* rappresentazione al mondo delle appartenenze familiari, comunitarie e culturali. Analogamente, senza l'ancoraggio a questo necessario processo di traduzione dei determinanti sociali a livello dell'intervento di cura individuale e familiare, la salute mentale di comunità consegna nelle mani dei suoi operatori uno strumento tanto ampio quanto velleitario. Uno strumento reso cioè inerte dalla frammentazione del lavoro di cura psichica e sociale in ambiti tra loro sostanzialmente separati, dalla possibile deriva degli interventi sociali, che senza le opportune mentalizzazioni condivise con il paziente e le persone per lui significative, rischiano di scivolare sul mero versante assistenziale, e, infine, dalla vaghezza e dal sovradimensionamento del compito affidato ai singoli professionisti, che già schiacciati dalle responsabilità e complessità della clinica, sarebbero chiamati a incidere, *non si sa bene come*, anche su fenomeni sociali generali. Dunque, sostengo la tesi che ciò che rischia di perdersi nella traduzione mancata tra prospettiva epistemologica e pratica in analisi di gruppo da una parte, e piano macro-sociale e campo micro-clinico in salute mentale di comunità dall'altro, sia in ultima analisi l'efficacia clinica, soprattutto nelle situazioni ad alta complessità psicopatologica e sociale.

Per rendere meglio comprensibili i possibili punti di cedimento di questo ponte ancora fragile o inagibile tra la prospettiva analitico-gruppale in psicoterapia e quella della salute mentale di comunità mi servo di alcune riflessioni sviluppate dagli ospiti delle nostre giornate scientifiche o da figure a loro collegate da storie scientifiche e collaborazioni professionali.

Partirò ancora dalle parole di Benedetto Saraceno, animatore, tra l'altro, del Centro Studi sulla Sofferenza Urbana e ispiratore delle attività dell'area Psichiatrica e Psicosociale della Casa della Carità di Milano, qui rappresentata oggi dalla Direttrice sanitaria, Laura Arduini e dalla dott.ssa Silvia Landra. Proseguirò poi con quelle di Gilberto di Petta e Fabrizio Starace, anche loro nostri graditissimi ospiti.

Iniziamo dunque dal modo in cui Saraceno argomenta la sua scelta di non sottoscrivere il Manifesto per la Salute Mentale, recentemente elaborato e promosso da molte importanti realtà professionali:

«La vera questione che io sento non affrontata [nel documento] è che la Psichiatria è maestra nel negare nella pratica ciò che afferma nelle sue dichiarazioni. Da quanti anni le associazioni professionali degli psichiatri evocano e retoricamente evocano l'etichetta dei diritti umani ma sono complici delle pratiche che li violano? (…) Credo sia tempo di mettere in questione tutta la psichiatria, la sua incongruenza

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

diagnostica, la sua inesistenza prognostica, la sua ambiguità terapeutica e sia tempo di capire meglio quali siano quelle pratiche che hanno restituito senso, possibilità di vita e diritti di cittadinanza ai malati forse grazie, o proprio grazie, alla decostruzione del discorso della psichiatria e alla promozione di percorsi di legittimazione della produzione di senso delle persone, anche di quelle che sembrano non produrre senso. Ecco perché io ritengo urgente sviluppare un pensiero sul non sapere delle discipline psichiatriche e psicologiche**.** Per l'intanto possiamo solo dire che la psichiatria fa male non perché è biologica ma perché è normativa e perché produce gravi asimmetrie di potere. È urgente dirlo ed è urgente agire di conseguenza» (Saraceno, 2021).

Dunque, per Saraceno due temi sembrano essere centrali. Da una parte la decostruzione del discorso ufficiale della psichiatria, e forse potremmo aggiungere insieme a esso, dei "discorsi pubblici" delle discipline della salute mentale, con le loro affermazioni di principio, le dichiarazioni declamatorie di intenti, le formulazioni di protocolli e linee guida; dall'altra lo sviluppo di un pensiero sul "non sapere" di tali discipline, riferimento a mio avviso cruciale per promuovere una seria riflessione sullo statuto epistemologico delle stesse e anche forse per connetterle.

Proseguiamo con le parole di Gilberto Di Petta, tratte da un testo che non finisce di pungolarci e direi perfino di assillarci, soprattutto come riferimento etico nell'esercizio del compito, che assumiamo come associazione scientifica, di formare nuove generazioni di psicoterapeuti. Sono parole tratte da una lettera idealmente indirizzata dall'autore a un/a giovane Specializzando/a in psichiatria ed estendibili, a mio avviso, a tutti gli operatori sanitari e sociali che si affacciano sui panorami desolati delle istituzioni della salute mentale:

«Troverai, mia/o giovane amica/o, al tuo imminente sbarco sulla "Omaha beach" del territorio, un mondo che non conosci, un mondo difficile assai, dove le diagnosi si fanno a occhio, senza nessuna scala, o, spesso, non si fanno proprio; tanto l'una vale l'altra e, tanto, nella notte psicotica tutte le vacche saranno nere; dove i farmaci si usano come estintori, le terapie diventano prima o poi tutte uguali, e si usano i farmaci che si trovano, non quelli che vorresti usare; dove la psicoterapia è un'ideologia del passato, e la riabilitazione una chimera; dove i colleghi sono stanchi, anziani, demotivati e sotto organico; dove gli infermieri ti diranno cosa è giusto che tu faccia, e cosa non è giusto; dove, spesso, avrai l'impressione che tutti e tutto siano contro di te. Un mondo dove coloro che ti hanno insegnato in questi anni, in genere, non mettono mai piede (li rivedrai ai convegni, sempre perfetti, sorridenti, senza occhiaie, compiaciuti e circondati dai giovani Specializzandi che prenderanno il tuo posto).

(…) Incontrerai pazienti che ti passeranno davanti come in una quintana, che tu dovrai, in qualche modo, curare, o tentare di curare, per quel pezzetto che loro sono affidati a te o che tu sei affidato a loro. Pazienti che, a volte, vedrai per un istante

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

soltanto, prima di dileguare in un altro Servizio, o prima che loro stessi passino, come su una catena di montaggio, in un altro Servizio (CSM, SPDC; SRA; SRI; CDR; CPS; CIM). Le cose che ti scrivo, se hai la pazienza almeno di conservartele, possono tornarti utili, se non altro per capire il vicolo cieco che hai imboccato, e la complessità di cui hai bisogno per sopportarlo» (Di Petta, 2021).

Può forse essere utile fare echeggiare queste ultime parole di Di Petta: «la complessità di cui hai bisogno per sopportare questo vicolo cieco che hai imboccato». Non un labirinto, ma un vicolo cieco. Un vicolo del quale imparare a "sopportare" la mancanza di sbocchi, senza far vincere la tentazione di tornare indietro sui propri passi, per uscirne. Di Petta non evoca la necessità di inoltrarsi nella complessità, dei temi, delle epistemologie, dei saperi, come percorso finalizzato a grandi trasformazioni. C'è nelle sue parole un realismo dolente e consapevole ma non affatto rassegnato. Ovviamente è una complessità che approfondita, meditata, tradotta in azione resistente quotidiana ha la sua forza generativa, fosse anche solo nel campo del singolo incontro clinico, nel "corpo a corpo" tra il curante e la persona sofferente che ha di fronte, e molte volte addosso e contro. Mi sembra che la complessità a cui Di Petta si riferisce sia innanzi tutto quella che l'operatore può mettere a servizio della «capacità di tenere sospeso il valore di ogni enunciato, così da mantenere le idee tenere all'urto dell'esperienza» (Mortari, 2008, p. 32). Questo è il modo in cui la filosofa Luigina Mortari definisce l'epistemologia della fragilità. Torna, con accento diverso, il tema del "non sapere" delle discipline evocato da Saraceno. Ma questo non sapere non è idealizzato, non si traduce in una forse sterile, perché abusata e banalizzata, idolatria del dubbio del clinico e della sua capacità, sempre necessaria e misteriosamente risolutiva, di "sostare in esso". Si tratta della complessità dei saperi da padroneggiare e interconnettere per potersi sporgere su quello che Kaës chiama "il resto da conoscere", l'ampio spettro di fenomeni che rimane escluso dal campo osservativo che ogni procedura di setting delimita e istituisce come ambito esplicativo e trasformativo della sofferenza psichica.

Infine, citiamo un'intervista rilasciata da Fabrizio Starace al "Il Sole 24 Ore". Starace affronta il delicato tema delle riforme strutturali necessarie per rispondere in maniera efficace, in Salute Mentale, alle gravi criticità evidenziatesi nella fase della crisi pandemica. Tra le "riforme di sistema" da lui citate c'è quella che:

«riguarda il sistema delle cure extra-domiciliari. La riforma di cui c'è bisogno deve partire dal capovolgere la consuetudine, che relega le cure domiciliari in un'area marginale della medicina territoriale e della salute mentale e di tanto in tanto ne invoca il rafforzamento. Occorre invertire l'onere della prova di appropriatezza e chiedersi – sempre – perché quella cura, quella pratica terapeutico-riabilitativa, si

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

svolgono in un contesto differente dal domicilio della persona o in prossimità dello stesso» (Starace, 2020).

Articolando poi lo stesso tema sul piano della formazione, Starace si chiede, riprendendo il tema dello iato tra pratica clinica e impianto teorico delle discipline della salute mentale:

> «Quanti sono i docenti – anche quelli che vantano curricula illustri – che si cimentano sul piano didattico con le attività territoriali, o con le visite domiciliari? E come attendersi che il mondo dell'accademia fornisca competenze idonee ai giovani medici, ai giovani infermieri, se si tiene distante dal mondo reale?» (Starace, 2020).

Mi sono riferito a due punti di possibile cedimento del fragile ponte sospeso tra analisi di gruppo e salute mentale di comunità. Il punto di cedimento etico sembra riferibile allo scarto tra la dimensione pubblica delle discipline della salute mentale e la dimensione privata/occultata delle loro pratiche reali, cliniche e formative. Siamo nel regno del «si dice ma non si fa e del si fa ma non si dice» (Aprea, 2020, p. 55), o, detto in altri termini, di teorie e norme senza prassi e di prassi senza ricerca e, di conseguenza, senza teorie e norme. Il punto di cedimento epistemologico è trasversale alle discipline della salute mentale che si muovono all'interno di un panorama scientifico caratterizzato dalla prevalenza di paradigmi ispirati a un radicale riduzionismo. Un riduzionismo che ha il suo fedele corollario nel progressivo restringimento del campo dei fenomeni ritenuti rilevanti per rendere ragione, conferire senso e permettere l'evoluzione del disagio psichico. I fenomeni estromessi dal campo non richiedono di essere indagati, non determinano la riflessione sullo sviluppo di metodologie adeguate alle loro specifiche caratteristiche, non necessitano dell'elaborazione di pratiche adatte a incidere con efficacia su di essi. Ciò costituisce un danno per le discipline della salute mentale che in questo modo erodono progressivamente la possibilità, e a volte anche l'interesse, di esplorare ambiti al confine del loro dominio di competenza. In tal modo esse rischiano di perdere l'opportunità per problematizzare e affinare le loro stesse concettualizzazioni.

Per la costruzione e il consolidamento di questo ponte di epistemologia gruppale e comunitaria che può connettere e dare nuovo fondamento a prospettive scientifiche ed etiche affini in salute mentale, appare opportuno non solo riconvocare sulla scena clinica una pluralità di discipline delle scienze umane e sociali ma forse ancor più elaborare un sapere che permetta di articolare, connettere, e organizzare tra loro le conoscenze provenienti da tali ambiti diversi. Conoscenze e competenze sviluppatesi, da un certo momento in poi, all'interno di confini disciplinari progressivamente più rigidi e ispes-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

siti. A mio avviso questo sapere di connessione e organizzazione non può che venire lentamente elaborato e poi trasmesso, all'interno di percorsi formativi che sappiano opporsi, nella concretezza dei loro ordinamenti didattici e dei loro insegnamenti prevalenti, al processo che porta i giovani a perdere la capacità di contestualizzare i saperi, a integrarli nei loro insiemi. Si tratta al contrario, come sostiene Morin (2000), di sviluppare la capacità della mente di contestualizzare e integrare, piuttosto che atrofizzarla precocemente.

Tra tutte le comunità da ricostruire nella società dei "legami senza conseguenze" (Bauman, 2003) e dello "sciame" (Byung-Chul Han, 2015) formulo l'ipotesi che quella di cui abbiamo maggiore bisogno nel nostro ambito possa essere composta da generazioni diverse di professionisti che, partendo deliberatamente proprio dall'analisi rigorosa, e forse anche spietata, dalle gravi criticità della clinica reale, sappiano trovare accomunamento intorno all'improcrastinabile esigenza di rinnovamento necessario dei loro saperi e delle loro pratiche. Un rinnovamento utile a riguadagnare efficacia clinica e consapevolezza della valenza politica del loro agire professionale. Il mio augurio è che queste giornate scientifiche possano contribuire anche a questo scopo.

Riferimenti bibliografici

Aprea A. (2020). Saper estendere: la formazione alla psicoterapia nell'epoca dei riduzionismi. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 3: 47-66. DOI: 10.3280/RSF2020-003004

Bauman Z. (2003). *Voglia di comunità*. Bari: Laterza.

Byung-Chul Han (2015). *Nello sciame*. *Visione del digitale*. Milano: Nottetempo.

Dalal F. (2002). *Prendere il gruppo sul serio. Verso una teoria gruppoanalitica post foulkesiana*. Milano: Raffaello Cortina.

Di Petta G. (2021). Lettera a una/un giovane Specializzanda/o in psichiatria. Testo disponibile al sito: http://www.psychiatryonline.it/node/7247

Esposito R. (2021). *Istituzione*. Bologna: Il Mulino.

Foot J. (2014). *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*. Milano: Feltrinelli.

Kaës R. (2018). "Cosa può la psicoanalisi di fronte al malessere psichico nelle civiltà ipermoderne". Relazione alla Scuola COIRAG, Palermo 2018.

Morin E. (2000). *La testa ben fatta*. Milano: Raffaello Cortina.

Mortari L. (2008). *A scuola di libertà. Formazione e pensiero autonomo*. Milano: Raffaello Cortina.

Pontalti C. (2006). Prospettiva multipersonale in psicopatologia. Connessione o lacerazione dei contesti di vita? In: Lo Coco G. e Lo Verso G., *La cura relazione. Disturbo psichico e guarigione nelle terapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.

Saraceno B. (2017). *Sulla povertà della psichiatria*. Roma: Derive e Approdi.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Saraceno B. (2021). Intervento al Convegno di presentazione del Manifesto per la salute mentale. Napoli, 4 dicembre. Video disponibile al sito: https://www.youtube.com/watch?v=yJ41z2OBOM8
Starace F. (2020). "Governance, ricerca e formazione per rinnovare il servizio sanitario". Articolo pubblicato sul quotidiano *Il sole 24 ore* il 22 dicembre.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Ri-prendere il gruppo sul serio: clinica analitica gruppale e salute mentale di comunità

di Fabrizio Starace*

[Ricevuto il 24/09/2022
Accettato il 19/11/2024]

Riassunto

L'autore, condividendo la definizione di comunità nella sua accezione più ampia come luogo di incontro tra sofferenza individuale e sofferenza sociale, al fine di delineare le prospettive di una salute mentale di comunità, invita a tenere in considerazione molteplici prospettive. Tra queste, ci sono quelle di tipo demografico che forniscono informazioni anche sulle dimensioni relazionali e sociali all'interno della comunità (come, per esempio, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'incremento dei nuclei monoparentali e quindi della dimensione della solitudine, la presenza di sempre più marcata inter-culturalità, caratterizzata dalla presenza di migranti di prima e seconda generazione, che impatta sul malessere giovanile adolescenziale ecc.). L'autore evidenzia la necessità da parte delle discipline psicologiche di utilizzare un linguaggio comprensibile per interloquire a livello politico, istituzionale e amministrativo, nell'intento di perseguire un interesse comune, tenendo conto dei bisogni in termini comunitari e promuovendo interventi di ampio respiro, che

* Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze patologiche dell'AUSL di Modena e Presidente della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP) (v.le L.A. Muratori, 201 – 41124 Modena); fabrizio.starace@gmail.com

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

interconnettano campi disciplinari apparentemente distanti (es. salute mentale, economia, demografia…).

Parole chiave: Salute mentale, Comunità, Demografia, Epidemiologia.

Abstract. *Taking the group seriously again: the group-analytic clinic and mental health in the community*

The author, sharing the definition of community in its broadest sense as a meeting place between individual suffering and social suffering, in order to outline the perspectives of community mental health, invites us to take into account multiple perspectives. Among these, there are demographic ones that also provide information on the relational and social dimensions within the community (such as the progressive aging of the population, the increase in single-parent households and therefore the dimension of loneliness, the presence of increasingly marked inter-culturality, characterized by the presence of first and second generation migrants, which impacts on adolescent youth distress etc.). The author highlights the need for psychological disciplines to use an understandable language to interact at the political, institutional and administrative levels, with the aim of pursuing a common interest, taking into account needs in community terms and promoting wide-ranging interventions, which interconnect apparently distant disciplinary fields (e.g. mental health, economics, demography...).

Keywords: Mental health, Community, Demography, Epidemiology.

Vorrei iniziare facendo una premessa di natura affettiva: stando qui con voi oggi mi sembra di rientrare in un ambiente familiare, questo setting e questa modalità di mettere in comune le riflessioni hanno immediatamente evocato il mio training analitico e formativo in terapia gruppale. Percorso che negli anni e nei decenni successivi, in particolare negli ultimi tempi, mi ha guidato nell'affrontare soprattutto le questioni di tipo istituzionale e organizzativo.

Nell'affrontare l'interpretazione dei fenomeni assegno grande rilevanza all'approccio epidemiologico, alla neutrale solidità che i numeri ci offrono nel descriverli.

Ho assunto alcuni anni fa la presidenza della "Società di Epidemiologia Psichiatrica", fondata tra gli altri dal compianto professor Tansella. Fin da subito ho tenuto a sottolineare, come descritto nella definizione del mandato di questa società, che il nostro impegno non è soltanto quello di descrivere, ma di utilizzare l'epidemiologia come strumento per affermare quello che Campedelli, Lepore e Tognoni in *Epidemiologia di Cittadinanza* chiamava-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

no il "diritto-dovere" della presa in carico, il diritto-dovere di lavorare per evitare o almeno ridurre alcuni fenomeni che diamo per scontati.

Richiamandomi alla citazione di Benedetto Saraceno (2008) circa la dimensione comunitaria come luogo di incontro tra sofferenza individuale e sofferenza sociale, direi che per delineare le prospettive della salute mentale di comunità occorre innanzitutto interrogarsi su quali saranno le prospettive della comunità nella sua accezione più ampia. Tra queste vi sono quelle di tipo demografico e in particolare il progressivo invecchiamento della popolazione. Purtroppo, l'invecchiamento non corrisponde a una maggiore speranza di una vita in buona salute. Troviamo sempre più spesso situazioni caratterizzate da polipatologie, dipendenza fisica e non autosufficienza. Tuttavia, al di là della constatazione e descrizione del fenomeno, non mi pare vi siano ipotesi operative volte a intervenire su questo processo, che sarà tanto più accentuato quanto meno oggi le aree territoriali del nostro Paese lo avvertono. Ad esempio, una regione come la Campania, la più giovane del nostro Paese, nei prossimi dieci o vent'anni dovrà fronteggiare, sguarnita delle necessarie strutture assistenziali, l'invecchiamento della popolazione in maniera molto più marcata di regioni come Friuli, Liguria o Emilia-Romagna.

Gli andamenti demografici ci danno informazioni anche sulle dimensioni relazionali e sociali cui ciascuno di noi sarà esposto all'interno della comunità: una di queste è la solitudine. In alcuni centri urbani le persone che vivono da sole, i cosiddetti nuclei "mono componente", superano il 30%, in alcuni casi il 40%. Nel Regno Unito si dà così tanta importanza a questa condizione, intesa come significativo determinante sociale di salute o malattia, da aver individuato negli scorsi anni un dicastero ad hoc che si occupasse delle politiche governative per contrastare, nella popolazione generale, la solitudine e i problemi a essa collegati. Alcuni aspetti macrosociali, come la presenza sempre più marcata di migranti di prima e di seconda generazione possono inoltre aiutarci a comprendere alcune dinamiche del cosiddetto "malessere urbano", specie nella fascia adolescenziale. Anche la diffusione dell'uso di sostanze, ormai affiancato dalle dipendenze di tipo comportamentale, è fenomeno socialmente determinato in grado di influenzare in modo rilevante frequenza e fenomenica dei problemi di salute mentale di una popolazione.

Ma la questione più importante, dalla quale sembra discendere la possibilità, da parte nostra, di operare in una direzione piuttosto che nell'altra, ha a che fare con il bilancio dello Stato e con le conseguenze economiche della crisi pandemica, e poi bellica e poi anche energetica. Il quantificare in 60 miliardi di euro (oltre ai 60 miliardi già spesi), il fabbisogno minimo per superare la crisi energetica da parte delle famiglie è una scelta che ne preclude altre, ad esempio l'impegno nel settore del welfare. A ciò si aggiunge

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

la crisi occupazionale, la creazione di nuovo debito e la questione del rapporto intergenerazionale: i debiti contratti oggi li stiamo lasciando infatti come eredità ai giovani.

Tutte queste preoccupanti questioni ci richiamano a una più incisiva presenza all'interno della comunità, in quanto portatori di conoscenze, di competenze, e di capacità d'interpretazione, qualità che ritengo vengano molto poco utilizzate nell'affrontare queste tematiche forse anche per un'incapacità di interloquire a livello politico, istituzionale e amministrativo, con quei dispositivi cioè dei quali la comunità si dota per perseguire finalità volte all'interesse comune.

Qui emerge una questione fondamentale: la separatezza, la modalità autarchica che hanno assunto le nostre discipline che si occupano di comportamenti e di percezioni sociali. Si è mantenuto il linguaggio con cui abbiamo elaborato le nostre sofisticate teorie, riducendo sempre più la possibilità di interloquire con il mondo circostante che usa un altro alfabeto, molto condizionato dalle scienze economiche e finanziarie. Un primo obiettivo verso cui tendere è un "esperanto" che faccia convergere lemmi appartenenti a elaborazioni e a mondi culturali differenti.

In questa generale definizione delle prospettive che la nostra comunità dovrà affrontare si inserisce il tema della salute mentale, che ha attraversato periodi straordinari come quelli pre-riforma del '78, con esperienze innovative che hanno avuto una ricaduta anche di tipo istituzionale.

Alla fine degli anni '90 fu predisposto il Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale" e furono finalmente chiusi gli ospedali psichiatrici. Si noti bene, gli ospedali psichiatrici furono chiusi ben vent'anni dopo la legge: questo per sottolineare che occorre calare le buone intenzioni, anche quelle sancite da una legge, nel contesto pratico per la loro effettiva realizzazione.

Con l'inizio del nuovo millennio è iniziato un periodo di lento ma inarrestabile declino, che ha riguardato la salute mentale all'interno del più ampio e vasto mondo della sanità pubblica. Ricordiamo intorno al 2005-2006 l'introduzione del Patto per la Salute, un accordo finanziario e programmatico tra Governo centrale e le Regioni (che già nel 2001 avevano affermato la propria autonomia gestionale e organizzativa), in cui si prevedeva la possibilità di un intervento sulle regioni che non rispettavano i vincoli di bilancio fino al commissariamento ad acta.

Già da allora, purtroppo, la possibilità di un intervento del Governo nazionale si realizzava con il linguaggio proprio dell'economia e non della sanità. Non c'è un solo caso di intervento nei confronti di una regione in deficit di diritti, quei diritti costituzionalmente garantiti ai cittadini di accesso alle cure, agli interventi sanitari e sociosanitari. Questo è un enorme problema:

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

come possiamo esprimere soddisfazione perché i conti quadrano senza preoccuparci di quali siano le reali condizioni dei cittadini? Numerose sono le regioni che, pur avendo mostrato equilibri di bilancio, presentano situazioni di grave disuguaglianza rispetto ad altre aree del Paese.

Negli anni successivi si sono registrati ulteriori interventi normativi, io ne riporterò tre, che hanno determinato molti aspetti della situazione attuale.

Il primo riguarda il blocco del tetto per la spesa per il personale: nel 2005 il ministro Tremonti, terzo Governo Berlusconi, per far quadrare i conti, ritenne di intervenire in legge di bilancio con un comma che prevedeva l'ancoraggio della spesa per il personale degli anni 2006, 2007 e 2008 a quella registrata a consuntivo nel 2004. Lo stesso Tremonti nel 2009 (quarto governo Berlusconi) estendeva il vincolo al 2012 e successivamente sino al 2020. Con modeste modifiche e indipendentemente dal colore dei governi successivi la norma è giunta ai giorni nostri con l'unica temporanea sospensione in emergenza Covid. Capite bene che nel 2022 far fronte ai bisogni, nel frattempo notevolmente incrementati, con una capacità di personale che invece è rapportata a quella di quasi vent'anni prima, è una scelta draconiana che avrebbe dovuto creare reazioni enormi. E invece non ha determinato reazioni particolari, nel 2010 e negli anni successivi. Insomma, ci troviamo oggi e per i prossimi anni a dover organizzare l'assistenza sociosanitaria sul territorio con un capitale umano per il quale non possiamo sostenere una spesa superiore a quella del consuntivo del 2004: questo è un evidente e cruciale motivo di grande preoccupazione.

Negli anni successivi è intervenuta un'altra misura, quella del Decreto n. 70, che definisce gli standard ospedalieri. L'effetto che questo ha determinato nel sistema sanitario può essere descritto con l'immagine del sistema dei vasi comunicanti: l'idea è quella di intervenire su un settore, trascurando però l'effetto che si causa su tutti gli altri comparti comunicanti. Con quel decreto si è intervenuti tentando una razionalizzazione nel comparto ospedaliero e, per garantire gli standard prefissati, si è attinto al bancomat della medicina territoriale. Questo è avvenuto in particolare in alcune regioni, che hanno indebolito in maniera significativa i presidi territoriali e, per aggirare la prescrizione del tetto di spesa, invece di assumere direttamente personale per le attività territoriali, come psicologi e psicoterapeuti, hanno esternalizzato molti servizi, acquistandoli sotto forma di beni e servizi, cambiando quindi semplicemente la voce di bilancio. Purtroppo, ciò spesso non ha corrisposto né a condizioni di lavoro dignitose del personale, né alla qualità degli interventi che venivano richiesti.

Si arriva quindi ai giorni nostri, prima con una bozza di decreto che echeggiava quello ospedaliero, tant'è che veniva denominato 70 bis, e poi con il definitivo Decreto Ministeriale n. 77, grazie al quale vi sarà il riordino

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

della medicina territoriale: le case della comunità, i centri operativi territoriali e gli ospedali di comunità. Cosa manca però in quella descrizione così dettagliata del riordino dell'assistenza territoriale? È completamente assente il riferimento alla salute mentale, alla medicina delle dipendenze e a un'area, oggi ancor più cruciale, che è la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Questo gap è stato segnalato da più parti, tanto che si è condotto un lavoro tecnico coordinato da Agenas, cui ho personalmente partecipato, che mirava a colmarlo.

Oggi la situazione che rileviamo nei Servizi di Salute Mentale, sulla base dei dati correnti, ci segnala l'assenza di circa tre-quattro mila operatori rispetto a uno standard minimo fissato oltre vent'anni fa. Per tentare di incrementare, seppur lievemente, quel vecchio standard è necessario sapere dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, dalla Ragioneria dello Stato, quanto costa questa operazione, cifra che molto probabilmente si aggira intorno a diverse centinaia di milioni di euro. Occorre più in generale definire la dotazione di risorse che riteniamo essere minimamente sufficiente a far funzionare questo sistema. E questa non è una scelta tecnica: dedicare il 6%, il 7% o il 10% del fondo sanitario alla Salute Mentale è una scelta politica. Il nostro Paese si attesta su valori bassi, che oscillano tra il 3 e il 3,5% mentre Germania e Francia, che sono i paesi con cui ci confrontiamo all'interno dell'Unione Europea, si attestano su valori pari o superiori al 10%. Sarebbero auspicabili un dialogo e un'integrazione tra competenze tecniche e politiche per costruire attività svolte nell'interesse della Polis e dei cittadini, rivolte quindi al bene comune.

Voglio sottolineare ancora il passaggio di Saraceno (2008) sulla consapevolezza che dovrebbe ispirare il lavoro di ogni operatore, perché evoca un'altra riflessione: quella gramsciana sul ruolo del tecnico organico, o meno, al sistema di potere in quel momento prevalente.

Per proporre soluzioni alle questioni sulle quali sarà necessario intervenire abbiamo a disposizione sufficienti strumenti conoscitivi: sistemi informativi che ci forniscono a cadenza annuale la riprova che ci sono intollerabili disuguaglianze interregionali e organismi e istituzioni (come l'AIFA, l'agenzia del farmaco) che ci documentano un fabbisogno di intervento importante. L'ultimo rapporto AIFA documenta un consumo giornaliero di antidepressivi da parte del 4,5% della popolazione, con punte che superano il 6-7% in alcune regioni. Questo significa che c'è almeno un 4,5% della popolazione con un disturbo depressivo a cui viene indicata l'assunzione di uno psicofarmaco e che probabilmente almeno il doppio delle persone con il medesimo disturbo avrebbero bisogno di accedere a un intervento psicoterapeutico, non avvalendosi di quello farmacologico. Purtroppo, non più di 1 su 10 ci riesce. Questo perché i nostri servizi continuano ad avere quell'imprinting del perio-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

do post-riforma che li orienta verso la gestione dei disturbi psichiatrici gravi, a suo tempo rappresentati dai pazienti usciti dagli ospedali psichiatrici e poi da quelli giudiziari.

Manca completamente il governo, la gestione e l'intercettazione dei cosiddetti "problemi psichiatrici e/o psicologici comuni". Su questo si gioca in maniera significativa il patto fiduciario tra i cittadini e l'articolazione dell'amministrazione pubblica a cui si delega un problema così importante e rilevante come quello della salute mentale. Occorre ampliare il raggio d'azione dei servizi di salute mentale, utilizzando le postazioni che sono state individuate nelle case della comunità, attraverso i servizi di psicologia e psicologia delle cure primarie. Il punto fondamentale è assumere che questo è un problema centrale che non si risolve con interventi spot, come ad esempio il bonus psicologico.

Ricordo che insieme ad altri professionisti avevamo a suo tempo proposto ai rappresentanti politico-istituzionali di usare le stesse risorse per acquisire personale di area psicologica e psicoterapica attraverso gli strumenti ordinari, come quelli della specialistica ambulatoriale, incrementando le ore a chi già lavorava e reclutando nuovi professionisti. Ma per fare questo, ci hanno riposto, occorreva del tempo ed era necessario intervenire subito. Sono passati dieci mesi dalla legge di bilancio nella quale è stato inserito il primo bonus psicologico e non c'è un paziente che abbia avuto un accesso a un intervento psicoterapico sulla base di quel dispositivo. Forse la nostra proposta avrebbe dato una risposta più tempestiva e immediata.

Queste tematiche non vanno affrontate singolarmente, bensì in una dimensione più ampia, tenendo conto della metafora dei vasi comunicanti. Nel caso delle persone con disturbi psichiatrici gravi, oltre alla gestione dell'acuzie è necessario intervenire contemporaneamente sui fattori di contesto, sul piano abitativo e lavorativo in modo che, superate le fasi più drammatiche, possano esercitare i propri diritti come qualunque cittadino, avere un salario, diventare contribuenti del fisco, dare un valido apporto alla nostra comunità.

Io credo che dovremmo fare molto di più per documentare e rendere pubblica ed evidente l'efficacia dei nostri interventi. Per farlo bisogna sfuggire a quel timore reverenziale che si prova quando ci si confronta con altre branche della sanità pubblica (che spesso non dispongono di studi di efficacia nella pratica) e dare maggiore attenzione alle valutazioni di esito. Oggi non siamo infatti in grado di poter dimostrare in modo affidabile, salvo rari e puntiformi studi specifici, che le persone che hanno avuto accesso al nostro sistema sanitario a livello territoriale, distrettuale, o nei dipartimenti di salute mentale, hanno un miglioramento della qualità di vita, della capacità relazionale e della possibilità di stare nella comunità. Non abbiamo strumenti di

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

rilevazione e indicatori di esito che vengano regolarmente condivisi, in maniera semplice e comprensibile.

La nostra priorità deve essere la comunità: dobbiamo essere in grado di comunicare che le condizioni di sofferenza psichica, quelle che minano i rapporti familiari e amicali, che rischiano di far perdere il lavoro, di esporre alla vergogna e allo stigma, sono le situazioni in cui si può intervenire con efficacia e in cui si ottengono miglioramenti e guarigioni nell'80-90% dei casi intervenendo nelle fasi di esordio.

Vorrei infine raccontare alcune iniziative importanti che sono state condotte dal tavolo tecnico al Ministero della Salute sulle misure per ridurre fino a eliminare il ricorso alla contenzione, sulle questioni degli autori di reato, sulla neuropsichiatria infantile e adolescenziale, sull'efficacia degli interventi psicoterapici. Il tavolo tecnico ha sintetizzato le evidenze, le criticità e le proposte per superarle, rendendole pubbliche sul sito internet del Ministero[1].

Lo stesso Ministero ha dato, negli ultimi anni, rilevanti segnali di attenzione alla salute mentale: ricordo la Conferenza Nazionale che si è tenuta l'anno scorso (2021), il Summit Mondiale che terremo a metà ottobre (2022), l'assegnazione ai servizi di fondi (38 milioni di euro) con la finanziaria dello scorso anno, la ripartizione di 60 milioni per gli obiettivi di piano provenienti dal fondo sanitario nazionale, e oltre 100 mln di euro dai Fondi Europei per le Politiche di Coesione.

Ricordo il lavoro con AGENAS sugli standard, quello con l'AIFA sull'uso appropriato degli psicofarmaci e quello che ha portato alla conferenza unificata per l'approvazione, a luglio di quest'anno (2021), delle linee di indirizzo per gli interventi sostenuti dal budget di salute. Infine, è importante menzionare che per la prima volta, anche se con ricadute operative ancora limitate, nel Consiglio Superiore di Sanità alla terza sezione, che io presiedo, sono affidate competenze specifiche in materia di salute mentale. Un primo prodotto che sarà a breve pubblicato riguarda un'analisi dettagliata delle criticità inerenti al tema della residenzialità psichiatrica.

Ci sono quindi diverse criticità, ma anche elementi che danno qualche ipotesi di cambiamento possibile.

Voglio concludere parafrasando una citazione di Céline, che diceva che il mondo è pieno di persone che hanno ragione ed è per questo che marcisce. Dobbiamo avere la capacità, come all'interno di questi gruppi di discussione, di stare seduti anche dalla parte del torto se necessario (o di quello che appare tale).

[1] https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3084_allegato.pdf.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Io credo che il nostro confronto, anche a partire da posizioni non necessariamente prevalenti, possa produrre quelle possibilità di cambiamento che Céline riteneva limitate.

Riferimenti bibliografici

Campedelli M., Lepore V. e Tognoni G. (2010). *Epidemiologia di cittadinanza*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Saraceno B. (2008). Dalla "sofferenza urbana" alla cittadinanza diffusa. Non una città "senza diversi", ma una diversa città. *Animazione Sociale*, XXXVIII, 219: 26-32.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Ten Angles of Vision on Individual Differences. Dieci modi di guardare alle differenze individuali

di Nancy McWilliams*
traduzione di Paola Merlin Baretter**

[Ricevuto il 14/05/2022
Accettato il 06/12/2024]

Riassunto

Questo scritto esplora dieci diversi modi di guardare alle differenze di personalità, ponendo una particolare enfasi sulle implicazioni cliniche di ogni singolo modo di considerare l'individualità. Ogni individuo nasce con un temperamento innato diverso, modulato da fattori genetici e ambientali. L'autrice esamina poi i diversi stili di attaccamento e i comportamenti che ne conseguono all'interno delle relazioni. Viene richiamata l'attenzione sull'organizzazione difensiva di ciascun paziente. Cognizioni implicite, pattern affettivi, sistema organizzativo motivazionale, relazioni oggettuali interiorizzate, modelli operativi interni e schemi vengono analizzati come ulteriori dimensioni di cui tenere conto per comprendere clinicamente la vita psichica unica di ogni persona.

Parole chiave: Differenze individuali, Esperienza soggettiva interna, *Outcome* in terapia, Struttura di personalità, Variabili personologiche e relazionali.

* Psicologa clinica e psicoterapeuta, già Presidente della Division of Psychoanalysis della American Psychological Association (APA), svolge un'intensa attività di insegnamento, parallelamente all'esercizio della pratica clinica e della supervisione presso il proprio studio privato a Lambertville, New Jersey (45 Clinton St. – Lambertville, NJ 08530); NancyMcW@aol.com

** Psicologa, psicoterapeuta COIRAG, traduttrice, socia APRAGI, membro IAGP (via delle Palme, 36 – 35137 Padova); paolamerlinbaretter@gmail.com

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Abstract. *Ten Angles of Vision on Individual Differences*

This paper explores ten ways of thinking about personal differences, with emphasis on the clinical implications of each angle of vision on individuality. Each individual is born with a different in-born temperament, the causes of which are not simply genetic but also environmental. Attachment patterns and their consequent behaviors in relationship are explored. Attention is drawn on individual defensive organization, implicit cognitions, affective patterns, the organizing motivational system, individualistic versus communal orientation, internalized object relations, inner working models, and schemas as clinically valuable ways of understanding each person's unique psychic life.

Keywords: Individual differences, Internal subjective experience, Personality and relationship variables, Personality structure, Therapy *outcome*.

Presentazione

Molti di noi hanno scelto di diventare psicoterapeuti perché affascinati dalle differenze individuali. La ricerca sull'*outcome* in psicoterapia conferma tale centralità: è ampiamente dimostrato che le variabili personologiche e relazionali influiscono assai più del tipo di trattamento sull'*outcome* in terapia. Uno dei punti più forti della tradizione psicoanalitica è l'indagine incessante, condotta da più di un secolo ormai e da prospettive diverse, sulla struttura di personalità e sull'esperienza soggettiva interna. Questo scritto esplorerà dieci diversi modi di pensare alle differenze di personalità, ponendo una particolare enfasi sulle implicazioni cliniche di ogni singolo modo di considerare l'individualità. Queste diverse prospettive sono importanti per la psicologia individuale sia del terapeuta, sia del paziente e per un efficace "accomodamento" tra i due. Tutti questi diversi modi di concepire le differenze individuali di personalità sono supportati da una letteratura clinica ed empirica significativa.

Temperamento

A partire dagli anni Settanta, gli scienziati hanno compreso quello che ogni genitore con almeno due figli sa da millenni, ovvero che ognuno di noi nasce con un temperamento innato diverso. La causa di queste differenze non è semplicemente genetica, bensì può derivare da un particolare ambiente uterino influenzato dagli ormoni dello stress materni, dall'alimentazione, dall'uso di droga, dall'assunzione di alcol o farmaci e da altri fattori ancora.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Il temperamento si mantiene piuttosto stabile nel corso del tempo. Sebbene la psicoterapia e la psicoanalisi abbiano storicamente messo l'accento sugli sforzi terapeutici mirati ad aiutare le persone a *cambiare*, i terapeuti hanno imparato a occuparsi di quello che *non può* essere cambiato e ad aiutare i pazienti ad accettare questa realtà. Per esempio: i soggetti con un temperamento molto sensibile, con una tendenza costituzionale all'introversione, potrebbero voler sviluppare una migliore sociabilità ed è possibile aiutarli a perseguire questo obiettivo. Tuttavia, necessitano di terapeuti in grado di comprendere che questi pazienti non potranno mai essere particolarmente estroversi, dal punto di vista temperamentale; che l'interazione sociale per loro è dolorosa, e che hanno bisogno di valorizzare gli aspetti positivi del proprio temperamento riservato, anziché odiarsi perché non riescono ad affrontare facilmente l'interazione sociale.

Stile di attaccamento

Le innovazioni teoriche introdotte da John Bowlby e i disegni di ricerca sviluppati dal suo gruppo di studenti – tra cui vanno citate, in modo particolare, Mary Ainsworth e Mary Main – hanno prodotto una grande quantità di ricerca empirica sulle differenze individuali nell'attaccamento, da cui le teorie cliniche vengono ormai sempre più influenzate.

I risultati originari di questa ricerca suggeriscono l'esistenza di tre pattern normali di attaccamento: sicuro, ansioso ed evitante. Ma questi studi furono originariamente condotti su famiglie collaboranti del ceto medio. Quando la ricerca fu estesa a bambini provenienti da contesti più disturbati e traumatizzanti, i dati derivanti dagli studi osservazionali lasciarono emergere un quarto stile di attaccamento: lo stile disorganizzato-disorientato o di "tipo D".

Nel paradigma della Strange Situation, utilizzato per studiare i pattern di attaccamento dei bambini, i soggetti con uno stile sicuro sono in grado – nonostante una certa ansia – di separarsi dalla propria madre e giocare, dimostrando piacere quando la ritrovano dopo esserne stati separati per un breve lasso di tempo. I bambini con uno stile di attaccamento ansioso, invece, si aggrappano alla madre, sembrano preoccupati e manifestano rabbia nei suoi confronti quando la ritrovano. I bambini con uno stile evitante ostentano indifferenza quando vengono separati dalla madre e sembrano impegnarsi attivamente nelle attività della Strange Situation, ma le misurazioni degli ormoni dello stress dimostrano che stanno gestendo livelli di ansia molto alti. Quando la madre ritorna, sembrano non interessati a riallacciare il contatto

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

con lei. Questo stile di attaccamento è stato messo in relazione con gli scritti psicoanalitici sulla psicologia schizoide.

I bambini con uno stile di attaccamento disorientato-disorganizzato sembrano vivere la madre come un oggetto che dà sicurezza ma che, al tempo stesso, fa paura; come un porto sicuro, ma anche come un mare in tempesta. Un bambino con questo pattern di attaccamento tratta la madre in modo contraddittorio; per esempio, si aggrappa a lei e, al tempo stesso, la morde. I clinici che trattano pazienti con pregressi traumi significativi possono confermare esperienze analoghe in psicoterapia: da un lato, questi pazienti considerano il terapeuta come un guaritore che salva loro la vita; dall'altro, lo trattano come uno persecutore spietato. Questo stile di attaccamento, denominato di "tipo D", viene associato a versioni più gravi del disturbo borderline di personalità e a disturbi dissociativi e post-traumatici complessi.

Lo stile di attaccamento rilevato rimane molto stabile nel corso di tutta la vita. È assai probabile che una persona che ha dimostrato un attaccamento evitante nella Strange Situation, all'età di quattro anni, manifesti lo stesso tipo di attaccamento alla somministrazione dell'Adult Attachment Inventory all'età di trentaquattro anni. Sulla scorta delle ricerche condotte da Philip Shaver, due sono le condizioni in cui uno stile di attaccamento insicuro può modificarsi in uno stile maggiormente sicuro:1) vivere una relazione sentimentale o coniugale soddisfacente per almeno cinque anni; 2) sottoporsi a una psicoterapia/psicoanalisi intensiva per almeno due anni.

Comprendere lo stile di attaccamento individuale implica, dal punto di vista terapeutico, aiutare il paziente a comprendere il proprio pattern di attaccamento e i comportamenti che ne conseguono all'interno delle relazioni. Nei casi in cui il comportamento del paziente renda difficile un attaccamento positivo o continuativo, i terapeuti di regola aiutano il paziente ad affrontare dei rischi che potrebbero gradualmente ridurre le aree di insicurezza nell'attaccamento. Shaver ha altresì scoperto che la presenza costante del terapeuta riduce nel tempo il grado di insicurezza nell'attaccamento.

Pattern clinici osservati

Il modo più comune, per gli psicoterapeuti, di parlare delle differenze di personalità deriva dall'aver originariamente concettualizzato tali differenze in base al tipo di psicopatologia che un soggetto tende a manifestare quando incontra delle difficoltà. Ai tempi di Freud, quelli che curavano i pazienti con problemi di isteria od ossessività si resero progressivamente conto che in molti di quei pazienti non soltanto i disturbi, bensì anche le personalità si somigliavano, così iniziarono a scrivere sul *carattere* isterico e ossessivo. I

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

primi scritti di Reich e Fenichel, così come gli scritti di analisti appartenenti alla successiva tradizione della Psicologia dell'Io, operano una distinzione tra le dinamiche interne dei soggetti le cui personalità sono state descritte, rispettivamente, come isteriche, fobiche, ossessive, depressive, maniacali, compulsive, paranoidi, schizoidi, narcisistiche e psicopatiche. Successivamente, altri terapeuti hanno descritto la personalità masochistica, sadica, dipendente, passivo-aggressiva e dissociativa, e alcuni hanno teorizzato altre costellazioni di personalità meno comuni che, però, può capitare di incontrare durante il lavoro terapeutico.

Lavorare con i pazienti secondo questo punto di vista implica comprendere le dinamiche soggiacenti e interpretarle, quando è possibile, oltre che adeguare il tono del trattamento in modo da tener conto della psicologia del paziente. Spesso i clinici si rendono conto di quanto determinati comportamenti, apparentemente simili, in due soggetti diversi possano essere espressione di problematiche interne diverse. Per esempio: il perfezionismo di un soggetto narcisistico può corrispondere a un tentativo di evitare la vergogna mentre, in un soggetto ossessivo, è più probabile che corrisponda allo sforzo di evitare il senso di colpa. È fondamentale che i terapeuti comprendano le proprie personali tendenze personologiche perché, basandosi sulle proiezioni, possono altrimenti fraintendere i pazienti. Per esempio: un analista con un'organizzazione di personalità depressiva potrebbe supporre – quando un giovane con spunto narcisistico riferisce un senso di negatività interna – che intenda un tipo di malvagità morale, mentre potrebbe essere che il paziente stia cercando di descrivere un senso di bruttezza, insufficienza, e un'aspettativa di umiliazione.

Ai miei lettori consiglio la sezione sulla personalità della seconda edizione del *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM-2) che abbiamo cercato di rendere omnicomprensiva e molto più rilevante, dal punto di vista clinico, rispetto alle categorie del DSM relative ai disturbi di personalità; anche se tengo a precisare che l'appendice del DSM-5, con la sua classificazione alternativa dei disturbi di personalità, costituisce un miglioramento rispetto alle diagnosi standard dei disturbi di personalità, perché è una classificazione dimensionale, anziché categoriale. Ma, pur nell'encomiabile sforzo, si è continuato a cercare di definire la struttura di personalità in termini di tratti, piuttosto che di *temi* interni che hanno catturato l'attenzione dei clinici. Tra poco ritornerò sull'argomento. Consiglio anche il libro di Robert Feinstein (2021) sui disturbi di personalità – uscito di recente – soprattutto il capitolo a firma di Jonathan Shedler.

Questo paradigma clinico si è rivelato particolarmente prezioso per i terapeuti: tuttavia, può dimostrarsi deleterio, se male applicato. Per esempio: chiunque sia cronicamente soggetto a un'autorità politica od organizzativa

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

arbitraria, caotica e abusante svilupperà difese paranoidi. Presumere che una persona che vive in una simile condizione abbia una personalità paranoide – basandosi soltanto sui comportamenti osservabili – è un grave errore clinico che patologizza l'individuo, anziché il contesto all'origine delle reazioni paranoidi. Spesso, i terapeuti di orientamento psicoanalitico hanno scambiato per patologia individuale le differenze culturali. Per esempio: negli Stati Uniti, i pazienti originari dell'Asia meridionale venivano spesso erroneamente creduti "borderline" semplicemente perché, culturalmente, i loro confini interpersonali erano diversi da quelli degli americani originari dell'Europa occidentale.

Organizzazione difensiva

A partire dall'enfasi posta da Freud sulla rimozione, sullo spostamento e su altre difese inconsce per gestire l'ansia e gli stati affettivi dolorosi, i clinici e i ricercatori in psicologia hanno prodotto una ricca letteratura sui modi diversi in cui tutti cerchiamo di proteggerci dal dolore psichico. Alcune manifestazioni psicopatologiche sono considerate tali semplicemente perché riflettono l'impiego automatico e reiterato di una difesa o di una costellazione di difese. I disturbi di personalità possono essere visti in questo modo: per esempio, il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità riflette un eccessivo ricorso all'isolamento degli affetti; il disturbo schizoide di personalità riflette un eccessivo ricorso al ritiro nella fantasia.

Conoscere le difese cui il paziente ricorre comunemente può consentirci di parlarne quando si manifestano come pattern del funzionamento di una persona e quando emergono nella relazione terapeutica, durante il trattamento. Esaminare questi pattern può consentire al paziente di sviluppare una maggiore libertà e flessibilità nel corso del tempo. Anche nei trattamenti a breve termine, durante i quali non è possibile un'esplorazione particolarmente profonda, sapere come una persona difenda il Sé favorisce una comunicazione terapeutica più efficace. Per esempio, con un paziente con tendenze masochistiche che non riesce a svincolarsi da una relazione negativa perché una separazione lo spaventa più dell'abuso fisico, un terapeuta che menzioni la possibilità di separarsi dall'Altro abusante non porterà a nulla, e potrebbe persino innescare la difesa dell'evitamento del trattamento. Questo perché il terapeuta sta implicitamente consigliando quello che il paziente teme più di ogni altra cosa, persino più di una minaccia alla sopravvivenza fisica. Nelle culture in cui separarsi apparirebbe devastante per ragioni sia sociali, sia intrapsichiche, i terapeuti devono evitare le modalità di intervento

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

che potrebbero innescare il legittimo terrore delle conseguenze sociali della separazione e i meccanismi di difesa contro quel terrore.

Cognizioni implicite

Accanto ai paradigmi dell'ansia e della difesa della iniziale osservazione analitica, abbiamo imparato ad apprezzare la grande varietà dei mondi cognitivi interni di ogni singolo individuo. Ovviamente, questo è un importante contributo offerto dal movimento della psicologia cognitiva. Tra gli psicoanalisti che hanno elaborato in modo efficace questo aspetto della psicologia individuale ricordiamo Harold Sampson, Joseph Weiss e i loro studenti, che hanno sviluppato la *Control-Mastery Theory* o *Teoria della padronanza del controllo*, una comprensione del processo psicoterapeutico fondata empiricamente. Questi studiosi evidenziano come ogni singolo individuo sviluppi, durante l'infanzia, alcune convinzioni fondamentali riguardanti la vita, il mondo, l'autorità, il genere, il potere e altre questioni di importanza fondamentale. Se tali convinzioni sono adattive rispetto alle successive condizioni di vita di quella persona, non costituiscono alcun problema. Per esempio: una persona la cui famiglia si sia dimostrata sufficientemente sicura, tanto da poter concludere che il mondo sia un luogo confortevole e attento alle necessità degli altri, probabilmente si relazionerà con gli altri in modo cordiale e susciterà reazioni positive.

Tuttavia, se le convinzioni sviluppate sono maladattive rispetto all'ambiente di vita successivo, le difficoltà di quella persona saranno molteplici. Per esempio: un soggetto cresciuto in un ambiente familiare in cui è prevalsa la convinzione che gli oggetti d'amore avrebbero tradito la fiducia dell'altro, divenuto adulto tratterà gli altri con sospetto e ostilità e potrebbe essere indirizzato a un percorso di psicoterapia per un problema di "paranoia". Sebbene Aaron Beck e i cognitivisti contemporanei tendano a definire "irrazionali" tali convinzioni maladattive, Sampson e Weiss sottolineano che i bambini sviluppano una comprensione molto razionale del loro primo ambiente di vita. Ciò che rende una convinzione inconscia "patogena" è il fatto che si adatti o meno alle esperienze di vita successive. I terapeuti che lavorano secondo la Teoria della padronanza del controllo osservano i modi in cui i pazienti li mettono alla prova per verificare se le loro aspettative inconsce siano confermate o meno nella relazione terapeutica.

In psicoterapia, dobbiamo saper riconoscere gli assunti cognitivi fondamentali dei pazienti. Attraverso l'elaborazione della relazione di transfert, speriamo che i nostri pazienti riapprendano e amplino i propri originari convincimenti; che il paziente paranoide possa vivere un'esperienza interioriz-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

zabile di fiducia; che il paziente depressivo viva un'esperienza interiorizzabile in cui si sente sufficientemente capace, e così via. Con i pazienti che soffrono di depressione introiettiva, se non cerchiamo di mettere in discussione la loro convinzione inconscia che le perdite e i rifiuti subìti si siano verificati *perché loro sono sbagliati*, la comprensione empatica e la possibilità di affrontare il lutto di quelle perdite non saranno mai sufficienti per ridurre tali tendenze depressive. Potranno forse sentirsi meglio, alla fine del percorso terapeutico, ma è probabile che attribuiscano il cambiamento alle virtù del terapeuta, continuando a idealizzare il clinico e a svalutare se stessi, anziché acquisire cognizioni nuove in grado di proteggerli da una futura sofferenza depressiva.

Pattern affettivi

Gli scienziati che studiano le emozioni hanno compreso che alcuni affetti di base caratterizzano gli esseri umani in tutte le culture e subculture. Nonostante alcune differenze culturali riguardanti le espressioni del volto e quelle corporee, questi affetti fondamentali corrispondono a espressioni del volto universalmente riconoscibili. Gli individui differiscono negli affetti specifici espressi tramite il volto e nell'ordine in cui tali affetti compaiono; ciascuno di noi ha una propria "impronta" o un proprio "frattale" affettivo identificabile. I terapeuti tendono a cogliere questi pattern inconsciamente. Nell'affetto normale, l'espressione del volto cambia ogni otto secondi circa. Quando il volto di una persona rimane congelato in un'unica espressione affettiva, questo indica che quella persona soffre di una grave psicopatologia (per esempio: il volto "morto" di un soggetto gravemente depresso; il volto congelato di un soggetto terrorizzato; lo sguardo basso e rivolto verso sinistra del paziente cronicamente paranoide – un compromesso tra la paura e la vergogna).

Il lavoro di Rainer Krause sulla diade paziente-terapeuta ha dimostrato che uno dei più potenti fattori curativi in psicoterapia è l'affetto espresso dal volto del terapeuta. Krause nota come i terapeuti "efficaci" manifestino un affetto "abnorme" quando sono con i pazienti. Nell'affetto normale, oltre alla variazione ogni otto secondi, ci *conformiamo* agli altri, rispecchiando le loro espressioni in modo automatico. L'affetto dell'altro provoca in noi il medesimo affetto. Attraverso la videoregistrazione delle diadi terapeuta-paziente, Krause ha scoperto che, nelle terapie in cui sia il paziente, sia il terapeuta concordavano sul fatto che ci fossero stati progressi significativi, il video si caratterizzava per il fatto che quando il paziente manifestava un certo affetto sul volto, il terapeuta reagiva con un affetto diverso. Per esempio, un uomo

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

giungeva in terapia con un'espressione di rabbia sul volto e il volto del terapeuta non esprimeva una rabbia reattiva, bensì *curiosità* per la rabbia del paziente. Una donna giungeva in seduta con un'espressione attestante vergogna e il volto del terapeuta manifestava tristezza o rabbia perché qualcuno l'aveva fatta vergognare.

Penso sia a questo che Bion volesse riferirsi con il concetto di contenimento: ci viene insegnato che tollerare l'affetto negativo, contenerlo, metabolizzarlo e restituirlo trasformato in un atteggiamento diverso favorisce la crescita. Ho il sospetto che il potere del lettino psicoanalitico risieda nel fatto che obbliga l'analizzando a verbalizzare quello che immagina sia dipinto sul volto del proprio terapeuta. Quando un paziente teme ansiosamente che l'affetto del terapeuta corrisponda al proprio stato negativo, un'interpretazione il cui tono suggerisca un atteggiamento affettivo diverso è profondamente terapeutica. E quando i pazienti scrutano i nostri volti all'inizio e alla fine della seduta analitica, è possibile che stiano verificando se i loro affetti si sono dimostrati insopportabili o se, invece, noi terapeuti siamo in grado di reagire a stati dolorosi quali l'odio con genuina compassione.

La pulsione (il sistema organizzativo motivazionale)

In molte comunità psicoanalitiche del mondo occidentale, non è più di moda fare riferimento alle pulsioni, di certo non alle pulsioni freudiane di *Eros* e *Thanatos*. Tuttavia, i neuroscienziati ci stanno fornendo un nuovo linguaggio per parlare delle differenze individuali nella motivazione, nella *valenza* degli scopi umani. Vi consiglio la lettura del nuovo libro di Mark Solms (2023), una sintesi di facile lettura del molto lavoro compiuto in questo ambito. La ricerca ha messo in relazione motivazione e strutture e sostanze del cervello la cui densità differisce da persona a persona. Sulla base di queste scoperte, l'antropologa e ricercatrice Helen Fisher ha sviluppato una teoria delle relazioni amorose che distingue le persone in "esploratori" (mossi dalla dopamina), "costruttori" (mossi dalla serotonina), "direttori" (mossi dal testosterone) e "negoziatori" (mossi dagli estrogeni). Questa differenziazione è l'algoritmo sottostante al test di personalità in alcuni siti web di ricerca computerizzata dell'anima gemella.

Dalle attuali scoperte neuroscientifiche riguardanti le differenze individuali discendono implicazioni cliniche significative. Gli scienziati hanno appreso che il cervello di ogni essere umano è unico, e questo non ci sorprende. Una parte di quello che i terapeuti devono comprendere di qualsiasi paziente è il senso di quello che *muove* quella persona, il senso di quello che un tempo chiamavamo Es. Talvolta è di aiuto, per i pazienti, disporre di un linguaggio

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

neuroscientifico che spieghi differenze altrimenti percepite come incomprensibili. E ancora, è importante che il clinico non proietti il proprio sistema motivazionale. Per esempio: un terapeuta la cui psicologia è dominata da quello che Jaak Panksepp definisce "Seeking system" o "sistema della ricerca" farà fatica a comprendere una persona la cui motivazione centrale si fonda sull'attivazione del proprio "Panic system" o "sistema di panico", il sistema di attaccamento-separazione che muove la relazione.

Orientamento individualistico e orientamento comunitario a confronto

Nel corso di tutta la storia psicoanalitica, molti teorici hanno operato una distinzione fondamentale tra gli individui maggiormente orientati verso la definizione di sé (*self-definition*) e quelli maggiormente orientati verso il sé-nella-relazione (*self-in-relationship*). Il grande ricercatore Sidney Blatt, psicologo e psicoanalista, ha studiato questa polarità per oltre trent'anni. In genere, i terapeuti cercano di aiutare i pazienti a trovare un equilibrio tra questi due orientamenti: per esempio, cerchiamo di aiutare i pazienti narcisisti, che possono dimostrarsi piuttosto indifferenti verso le esperienze soggettive degli altri, a essere più affettuosi, mentre per quanto concerne gli individui eccessivamente dipendenti, cerchiamo di aiutarli ad affermare la propria individualità.

Tuttavia, la questione si complica per il fatto che culture diverse fissano il giusto equilibrio in punti diversi lungo il continuum che va dalla *definizione di sé* al *sé-nella-relazione*. Negli Stati Uniti, siamo individualisti in misura estrema e, probabilmente, dannosa e tendiamo a minimizzare l'importanza dell'interdipendenza. Nelle culture collettivistiche dell'Estremo Oriente, comportarsi come un americano susciterebbe una forte riprovazione sociale. Se un terapeuta non è consapevole delle differenze evolutive tra l'essere socializzato verso un atteggiamento di "autonomia" piuttosto che verso un atteggiamento di comprensione dei propri obblighi verso gli altri, la maturazione di base del paziente sarà fraintesa. Se il paziente propende per un "sé al plurale" ("*we self*"), piuttosto che per un "sé al singolare" ("*I self*"), secondo i termini introdotti da Alan Roland, un terapeuta occidentale non sufficientemente avveduto potrebbe non essere in grado di aiutarlo. Se il terapeuta non è sensibile al contesto culturale in cui un individuo sta cercando di elaborare il proprio equilibrio tra affermazione di sé e appartenenza comunitaria, un paziente il cui ambiente culturale sia diverso da quello del terapeuta potrebbe sentirsi sottilmente e cronicamente patologizzato. A questo proposito vorrei dire che, a mio parere, la cultura italiana, le culture mediterranee hanno un buon equilibrio tra individualismo e legame con la famiglia,

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

la famiglia estesa e la comunità; sono meno frammentate e alienanti delle società marcatamente individualistiche e meno fagocitanti delle culture più collettivistiche.

Relazioni oggettuali interiorizzate/Modelli operativi interni/Schemi

Molta parte della ricerca sulla personalità ha posto l'accento sui tratti. Ma i tratti sono statici e non riflettono i conflitti che quasi tutti i clinici hanno compreso essere organizzatori della personalità. Abbiamo appreso che la personalità viene definita da un *tema* interno, e che gli individui possono manifestare tratti posti su *entrambe le estremità* di una polarità tematica. Per esempio: benché sia vero, come indicato dai sistemi di classificazione del DSM e dell'ICD, che una persona paranoide manifesta i tratti della sfiducia e della sospettosità, tale persona potrebbe anche dimostrare una fiducia eccessiva e patologica, come nel caso delle persone convinte che una certa autorità politica o spirituale sia infallibile. I pazienti schizoidi manifestano il tratto del ritiro e tuttavia, internamente, desiderano la vicinanza e possono vivere momenti di intimità intensa, seguiti dal ritiro (quello che Guntrip ha definito il programma "*in and out*"). Nei soggetti orientati narcisisticamente può sembrare presente il tratto della grandiosità ma, internamente, tendono a provare anche un sentimento di sgradevolezza e vergogna. Le persone ossessive possono arrivare a curare la pulizia in modo fanatico, ma di solito hanno un'area in cui regna la confusione più totale. I soggetti isterici possono dimostrarsi seduttivi e, al tempo stesso, sessualmente inibiti.

Ciò che differenzia utilmente gli individui dal punto di vista caratterologico non sono tanto i tratti, quanto piuttosto gli schemi sottostanti, le tensioni e i conflitti. I soggetti paranoidi sono organizzati sulla fiducia *versus* la sfiducia; i soggetti schizoidi sulla vicinanza *versus* la distanza; i soggetti narcisisti su un'autostima esagerata o, al contrario, estremamente ridotta; i soggetti ossessivi sono organizzati sul mantenimento *versus* sulla perdita del controllo; i soggetti isterici sono organizzati sulle questioni della sessualità, del genere, del potere, e possono dimostrarsi sia altamente sessualizzati, sia sessualmente inibiti. Ancora una volta penso che il PDM sia più utile ai terapeuti di quanto non lo sia il DSM. I temi organizzativi inconsci sono stati affrontati in molte lingue psicologiche diverse.

Comprendere il tema conflittuale interno di ciascun paziente ha ricadute cliniche enormi. Per esempio, una ragazza dal comportamento esibizionistico potrebbe esprimere il tema isterico del tentativo di provare un certo potere in un mondo dominato da persone dell'altro sesso, oppure potrebbe avere una psicologia narcisistica, in cui il timore di un potere abusante esercitato dall'altro ses-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

so è assente, e ciò che viene attivato è la necessità di sentirsi importante e valorizzata. Molte terapie a breve termine sono state costruite intorno all'obiettivo di identificare e concentrare l'attenzione su questa caratteristica specifica di personalità.

Questione evolutiva e "dimensione della gravità"

Il primissimo sforzo messo in campo in psicoanalisi per spiegare le differenze di personalità fu compiuto da Freud attraverso il tentativo di comprendere se un individuo avesse una fissazione a un livello dello sviluppo orale, anale, fallico o edipico. Freud ipotizzò che una psicologia depressiva riflettesse una fissazione orale; una psicologia ossessivo-compulsiva implicasse una fissazione anale; e che una psicologia isterica esprimesse una fissazione edipica. Successivamente, Wilhelm Reich ipotizzò che a una personalità narcisistica fosse sottesa una fissazione fallica, e altri analisti teorizzarono che anche le personalità fobiche fossero organizzate a livello di fase fallica. Sebbene questo modo di pensare si sia dimostrato, alla fine, non soddisfacente o non clinicamente utile per differenziare il *tipo* di personalità, è diventato efficace per comprendere il *grado* di compromissione psichica all'interno di ciascun tipo di carattere – quello che Kernberg ha definito il "livello di gravità". L'originaria ipotesi che la psicosi indicasse una fissazione alla fase orale, quando non ha ancora avuto luogo una differenziazione tra l'interno e l'esterno, si è poi trasformata in una versione più articolata della fissazione evolutiva e della sua relazione con la gravità o primitività della psicopatologia. A questo proposito, sta emergendo considerevole supporto empirico in favore dell'idea di una dimensione della gravità: infatti, il livello di gravità è molto più collegato all'*outcome* clinico di quanto non lo sia il tipo di personalità.

I modelli post-freudiani dello sviluppo comprendono l'elaborazione di Melanie Klein di una iniziale posizione schizoparanoide e della successiva posizione depressiva (poi ampliata dall'aggiunta, da parte di Thomas Ogden, di una posizione contiguo-autistica); il modello di Margaret Mahler relativo a una fase autistica seguita da una fase di separazione-individuazione e dalla successiva fase della costanza dell'oggetto; il paradigma di Erik Erikson della fiducia *versus* la sfiducia, seguita da una fase di autonomia *versus* la vergogna o il dubbio, seguita dalla fase dell'iniziativa *versus* in senso di colpa. Anche Jean Piaget e Harry Stack Sullivan hanno sviluppato proprie teorie delle fasi ponendo l'accento, rispettivamente, sullo sviluppo cognitivo e interpersonale. Più di recente, Peter Fonagy e colleghi, che fondano il proprio lavoro su approfonditi studi empirici, hanno concettualizzato lo sviluppo

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

nei termini di una fase di equivalenza psichica, seguita da una fase del "far finta che", seguita dalla fase della mentalizzazione. Sebbene questi modelli delle fasi dello sviluppo si concentrino su aspetti diversi della maturazione psichica, essi tendono a individuare le fasi approssimativamente nello stesso modo: il primo anno e mezzo, il secondo anno e mezzo e la fase dai tre ai sei anni di vita.

Per quanto concerne l'eventuale cristallizzazione di una problematica evolutiva in una struttura psichica, clinicamente ci siamo ormai abituati a chiederci se un paziente funzioni a un livello simbiotico-psicotico, nel quale il Sé e l'Altro non sono ben differenziati; oppure a un livello borderline, in cui il Sé e l'Altro vengono continuamente ricondotti a categorie "tutto o niente", a ruoli "buoni oppure cattivi", e all'opposizione interpersonale; oppure ancora a un livello nevrotico, nel quale il paziente è in grado di riflettere sul conflitto *interno* e di comprendere che la mente del terapeuta è separata dalla sua. Queste inferenze hanno implicazioni cruciali nel modo in cui creiamo una relazione terapeutica e ci disponiamo al nostro lavoro clinico.

Comprendere la preoccupazione evolutiva caratteristica di ciascuno dei nostri pazienti è fondamentale per la terapia e la guarigione. Per esempio: la critica mossa da Heinz Kohut alla tradizione della Psicologia dell'Io potrebbe essere interpretata come un'esortazione rivolta ai colleghi a pensare a processi antecedenti, ancora più cruciali delle questioni edipiche di soddisfazione della pulsione che, secondo molti psicoanalisti, motivano ogni persona analizzabile. Scritti recenti che analizzano il trauma e la dissociazione giungono alla conclusione che le esperienze estreme siano in grado di far ripiombare ciascuno di noi nelle preoccupazioni proprie delle primissime fasi dello sviluppo: sicurezza e sopravvivenza.

Tradizionalmente, gli analisti parlavano di terapia supportiva per i pazienti rientranti nel *range* psicotico-simbiotico e di terapia esplorativa per i pazienti organizzati a livello nevrotico. Per i pazienti che ricadono nelle aree borderline e dissociativa, dall'esperienza clinica e dalla ricerca scientifica è emersa una gamma di trattamenti psicoanalitici che comprendono i contributi di Otto Kernberg e colleghi, quelli di Masterson e Rinsley, di Bateman e Fonagy, di Russell Meares, Gregory e Remen, Clara Mucci e altri. Il lavoro di Marsha Linehan e Jeffrey Young nella tradizione cognitivo-comportamentale ha consistenti sovrapposizioni con questi modelli analitici. Nonostante le differenze per quanto attiene al focus specifico, tutti questi approcci ribadiscono la necessità di concordare salde regole del setting, prevedendo potenti esperienze in cui "tutto è bianco, oppure nero", la necessità di sopportare intensi *enactment* transferali e di integrare elementi di personalità fortemente dissociati. Le psicoterapie con questi pazienti sono inevitabilmente

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

intense e difficili e presuppongono che il clinico abbia un gruppo di colleghi di riferimento in grado di comprendere lo stress sperimentato.

Conclusioni

Nella mia personale esperienza di terapeuta, trovo molto utile cambiare prospettiva di frequente e in maniera fluida, mentre mi interrogo su come ogni singolo paziente possa essere compreso e coinvolto più proficuamente in ciascun contesto, in ogni momento. Ognuna delle prospettive attraverso cui l'individualità umana e la sofferenza mentale è stata vista aggiunge un modo prezioso di comprendere clinicamente la vita psichica unica di ogni persona.

Riferimenti bibliografici

Feinstein R. (2021). *Personality disorders*. Oxford: OUP.

Lingiardi V. e McWilliams N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual*: PDM-2 (second edition). New York, London: The Guilford Press (trad. it.: *Manuale Diagnostico Psicodinamico* PDM-2 (seconda edizione). Milano: Raffaello Cortina, 2018).

McWilliams N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York, London: The Guilford Press (trad. it.: *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio, 1999).

McWilliams N. (1999). *Psychoanalytic Case Formulation*. New York, London: The Guilford Press (trad. it.: *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina, 2002).

McWilliams N. (2021). *Psychoanalytic Supervision*. New York, London: The Guildford Press (trad. it.: *La supervisione. Teoria e pratica psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina, 2022).

Solms M. (2023). *La fonte nascosta. Un viaggio alle origini della coscienza*. Milano: Adelphi.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Personalità e costruzione della diagnosi*

di Vittorio Lingiardi**

[Ricevuto il 14/05/2022
Accettato il 01/12/2024]

Riassunto

In questo articolo l'autore parla del ruolo della personalità nella costruzione della diagnosi. Sottolinea che la formulazione della diagnosi è l'incontro tra due personalità: quella del paziente e quella del terapeuta. Secondo un'ottica dinamica, ciò a cui il clinico deve prestare attenzione è l'assessment psicologico, cioè una serie di valutazioni delle condizioni psicologiche e psicopatologiche di un individuo. È attraverso il succedersi degli incontri che è possibile cogliere non soltanto il disturbo e il sintomo di cui soffre l'individuo, ma anche i meccanismi di difesa, le rappresentazioni di se stesso, degli altri e delle relazioni, le risorse psicologiche, la sua capacità di mentalizzazione, il contesto socioculturale e le condizioni ambientali.

Parole chiave: Personalità, Diagnosi, Assessment psicologico, Incontro, PDM.

* Questo testo è la trascrizione, leggermente adattata, della relazione tenuta dal prof. Vittorio Lingiardi.

** Psichiatra e psicoanalista, President SPR-IAG (Society for Psychotherapy Research – Italian Area Group), Scientific director – Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome. Professore ordinario, Facoltà di Medicina e Psicologia, Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Università La Sapienza di Roma, referente Servizio di Counselling psicologico per il personale La Sapienza (via dei Marsi, 78 – 00185 Roma); vittorio.lingiardi@uniroma1.it

Gruppi/Groups (ISSN 1826-2589, ISSNe 1972-4837), 2/2022 A PARTIRE DALLA COIRAG
DOI: 10.3280/gruoa2-2022oa19792

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Abstract. *Personality and diagnosis construction*

In this article, the author discusses the role of personality in the construction of the diagnosis. He emphasises that the formulation of the diagnosis is the meeting of two personalities: that of the patient and that of the therapist. From a dynamic perspective, what the clinician must pay attention to is the psychological assessment, i.e. a series of evaluations of an individual's psychological and psychopathological conditions. It is through the succession of encounters that it is possible to grasp not only the disorder and symptom from which the individual suffers, but also the individual's defence mechanisms, representations of himself, of others and of relationships, psychological resources, his capacity for mentalisation, socio-cultural context and environmental conditions.

Keywords: Personality, Diagnosis, Psychological assessment, Meeting, PDM.

La mia passione per lo studio della diagnosi e dell'alleanza diagnostica nell'incontro clinico si è fatta progetto e, con Nancy McWilliams, ha dato vita al Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2; Lingiardi & McWilliams, 2017). La nuova edizione, PDM-3, è prevista per il 2025.

Partiamo da questa domanda: che connessione c'è tra diagnosi e campo? Come ci insegna la psicoanalista inglese Nina Coltart: «In un mondo ideale tutti gli psicoterapeuti dovrebbero avere un giardino» (2022, p. 136). Credo infatti che le doti del terapeuta non differiscano molto da quelle del giardiniere: il giardino è un luogo di varietà e pazienza, un territorio mentale di speranza, e il terapeuta, come il giardiniere, è un guardiano dell'imprevedibile (Lingiardi, 2017). Passando a una suggestione bioniana, il tema del campo evoca la dimensione della condivisione di un contesto. Tutti noi agiamo, pensiamo, lavoriamo clinicamente in una dimensione relazionale, mai isolata. La formulazione della diagnosi nasce dunque dall'incontro tra due personalità, del paziente e del clinico, immerse in un contesto. È impensabile formulare una diagnosi separando l'individuo dal contesto della sua vita familiare, lavorativa e sociale. Inoltre, la diagnosi è sempre un incontro: con il corpo, la chimica dei farmaci, la cura di sé, la scienza medica, la (s)fiducia nella medicina, il passato dell'anamnesi, il futuro della prognosi, la nostra personalità, le nostre difese, le nostre paure (Lingiardi, 2018).

Per parlare del ruolo della personalità nella costruzione della diagnosi è inevitabile partire da alcune formulazioni di base. Definiamo personalità una modalità strutturata di pensiero, sentimento e comportamento che, in virtù della sua ripetibilità e prevedibilità, caratterizza il tipo di adattamento (cioè, il modo in cui negoziamo il nostro essere nel mondo) e lo stile di vita. Questa dimensione è il risultato di un intreccio di fattori a reciproca influenza: ca-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

ratteristiche temperamentali, esperienze vissute durante lo sviluppo, contesto sociale. Va tenuto sempre a mente che la personalità, nonostante la sua stabilità, non è mai un'entità fissa e immutabile, bensì un concetto che si evolve nel tempo, con un ruolo nella costruzione della "storia dell'individuo". Qui risiede l'intreccio tra anamnesi e personalità.

La valutazione della personalità deve prevedere sempre una tensione tra l'aspetto nomotetico e quello idiografico. Dal punto di vista nomotetico, la diagnosi deve saper cogliere le caratteristiche generali (e generalizzabili) dei modi di essere e di agire comuni a diversi individui, contribuendo a creare "famiglie" di soggetti. Al tempo stesso, però, non possiamo trascurare l'aspetto idiografico, quello dell'unicità del singolo. Deve farci da guida nel riconoscere in che modo i tratti, gli atteggiamenti e i comportamenti si combinano tra loro per definire una struttura unica nella sua *individualità* (termine che, già nell'etimologia, ci racconta la sua indivisibilità). Nel momento in cui tali dimensioni, divergendo dalle aspettative della cultura personale e collettiva, si organizzano in modi pervasivi, inflessibili, capaci di procurare sofferenza all'individuo e/o agli altri, possiamo parlare di disturbi della personalità. Quando ci proponiamo di valutare una personalità, non possiamo fermarci a elencare le cose che "non funzionano" senza riconoscere anche le risorse di cui l'individuo dispone. Mentre la maggior parte dei manuali diagnostici dimentica il tema delle risorse, il PDM-2 dà grande importanza alle capacità e ai punti di forza del paziente. Anche perché saranno la base su cui poter costruire un'alleanza terapeutica, spesso basata su una precedente alleanza diagnostica. Il futuro della relazione clinica è in buona parte determinato da ciò che avviene nei primi incontri, destinati alla comprensione della struttura, dell'organizzazione, del funzionamento della personalità, delle capacità mentali e dei sintomi del nostro paziente. Per questo, è bene essere consapevoli che le componenti emotive, transferali e controtransferali, si attivano già dalle prime interazioni cliniche.

La diagnosi di personalità ha almeno tre anime: un'anima *tecnica*, che presuppone la conoscenza degli strumenti utili a fare diagnosi, anche da un punto di vista psicometrico e metodologico; un'anima *narrativa*, quella che fornisce la possibilità di tradurre e trasformare una procedura codificata in un approccio narrativo individualizzato; infine, un'anima *intersoggettiva*, basata sulla dinamica dell'incontro.

Abbiamo una vasta scelta di strumenti che ci possono supportare nel processo diagnostico. Personalmente, credo che chi conosce esclusivamente il DSM non sia un buon diagnosta. Ma anche chi non lo conosce affatto non lo è. È necessario saper mettere in dialogo un sistema diagnostico descrittivo e di impianto medico, come quello dell'*American Psychiatric Association*, con strumenti che consentono esplicitazioni più narrative, legate "a ciò che uno è, non solo a ciò che uno

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

ha", di cui il PDM-2 è un ottimo esempio. Oltre alla diagnosi-*label*, quello che a noi sta a cuore, in una cornice teorica dinamica, è l'assessment psicologico, ossia una lettura sfaccettata e composita delle condizioni psicologiche e psicopatologiche di un individuo. Non solo il disturbo e il sintomo di cui soffre l'individuo, ma anche elementi come l'organizzazione della personalità, gli assetti motivazionali, i meccanismi di difesa, le rappresentazioni di sé, degli altri e delle relazioni, le risorse psicologiche, il mondo cognitivo, il tipo di intelligenza con cui il soggetto racconta, esprime e partecipa dell'esperienza, la sua capacità di mentalizzazione, il contesto socioculturale e le condizioni ambientali. Questa capacità di traghettare la diagnosi descrittiva nella profondità dell'individuo e del suo contesto dà vita a quella che chiamiamo "diagnosi strutturale psicodinamica".

Soffermiamoci ora su un'altra personalità: quella del clinico. Negli ultimi anni c'è stato uno sviluppo molto interessante di questa variabile, su come influenza il lavoro clinico, la scelta dell'approccio teorico e metodologico, le risposte emotive del clinico. Giustamente la nostra attenzione è sempre rivolta alla personalità del paziente, ma è importante non trascurare il ruolo della nostra stessa personalità di clinici e terapeuti (McWilliams, 2022). Un lavoro scritto qualche anno fa con alcuni miei allievi mostrava proprio come la risposta emotiva del terapeuta sia anche figlia delle nostre difese, del nostro funzionamento personologico e sia anche legata al tipo di paziente che incontriamo (Colli *et al*., 2014).

Quando valutiamo la personalità di un paziente dobbiamo considerare i tratti di personalità lungo un continuum: dal livello di adattamento al grave disturbo. È la loro intensità, rigidità e pervasività che può renderli adattivi e funzionali, subclinici o clinici – passando così dallo stile di personalità al disturbo di personalità. Pensiamo per esempio al perfezionismo: possiamo considerarlo un tratto "adattivo" se spinge l'individuo a cercare di fare le cose sempre bene, ma sul versante clinico si espliciterà nell'atteggiamento ossessivo per cui niente è mai abbastanza ben fatto, impedendo magari di portare a termine un proprio lavoro.

All'inizio del lungo viaggio della diagnosi psicodinamica c'è questa osservazione di Freud:

> «Se gettiamo per terra un cristallo, questo si frantuma, ma non in modo arbitrario; si spacca secondo le sue linee di sfaldatura in pezzi i cui contorni, benché invisibili, erano tuttavia determinati in precedenza dalla struttura del cristallo» (Freud, 1932, p. 251).

La nostra personalità, che distinguiamo più nitidamente nel momento in cui si confronta con le difficoltà o gli eventi traumatici, si viene a sfaldare secondo linee che erano determinate in precedenza dalla sua struttura. Quello

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

che facciamo con la diagnosi è vedere in controluce l'individuo, proiettarlo sullo sfondo della sua storia, del suo temperamento, della sua biologia, così da osservare quali eventuali linee di rottura potrebbero emergere nel momento in cui si trovasse in una condizione di difficoltà mettendo in crisi il sistema delle proprie difese e delle proprie risorse.

Non bisogna sottovalutare il rischio di un'inflazione diagnostica che confonde perturbazioni tipiche, che fanno parte della vita di tutti noi, con caratteristiche psicopatologiche. Frances (2014), punto di riferimento per il DSM-IV (APA, 1994) e voce critica per il DSM-5 (APA, 2013), ci ricorda che l'iperdiagnosticismo è un difetto dell'approccio diagnostico. L'iperdiagnosticismo può essere una difesa del clinico, un tentativo di reificare tutto quello che non riesce a capire e tutto quello che potenzialmente lo spaventa in quanto non immediatamente definibile e inquadrabile. La diagnosi è uno spazio clinico che deve contenere anche una dimensione insatura, *in progress*, capace di tornare su se stessa e ripensarsi. Ci sono diagnosi che balzano all'occhio fin dal primo incontro e diagnosi molto complesse che richiedono tempo e osservazione/interazione prolungata.

La strumentazione diagnostica che abbiamo a disposizione può seguire una logica "top-down" (come il DSM e il PDM, pur nella loro diversità) oppure una logica "bottom-up", come la *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP-200; Westen, Shedler, Lingiardi, 2003). La SWAP-200 è un sistema per diagnosticare la personalità che costruisce, a partire dai suoi mattoni costitutivi, il profilo dell'individuo.

Uno statement dell'*American Psychoanalytic Association*, pubblicato a seguito dell'uscita del DSM-5 nel 2013, proponeva un interessante approccio al discorso diagnostico:

> «Due individui che presentano lo stesso disturbo sia esso depressione, lutto complicato, ansia o ogni altro tipo di patologia mentale, non avranno mai le stesse potenzialità, necessità di trattamento o risposte agli interventi terapeutici. Quindi, che si attribuisca o meno valore alle nomenclature diagnostiche descrittive tipo DSM-5, l'assessment diagnostico psicoanalitico psicodinamico è un percorso di valutazione sempre complementare necessario che si propone di fornire una comprensione profonda della complessità e dell'unicità di ciascun individuo e che dovrebbe far parte dell'assessment diagnostico di ogni paziente, perché questo sia accurato e completo. Anche per quei disturbi psichiatrici che hanno una forte base biologica ci sono fattori psicologici che contribuiscono all'esordio, al peggioramento e al modo in cui si esprime la malattia. I fattori psicologici influenzano anche il modo in cui ogni paziente partecipa al trattamento. È ormai appurato che la qualità dell'alleanza terapeutica è il miglior predittore dell'esito terapeutico indipendentemente dal disturbo per cui si cerca aiuto. Consigliamo il PDM a tutti i professionisti della salute mentale che vogliono tracciare un quadro diagnostico che descriva gli aspetti evidenti sia quelli profondi dei pattern

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

sintomatologici della personalità del funzionamento emotivo e sociale di un individuo» (Lingiardi e McWilliams, 2018, p. 8).

In poche parole, l'importanza della personalità e della configurazione diagnostica strutturale del paziente che incontriamo è fondamentale anche per comprendere in che modo potrà giovarsi del trattamento.

Nella sua struttura, il PDM-2 propone una diagnosi multiassiale che mette in evidenza l'organizzazione e i pattern/stili/disturbi della personalità (Asse P), le risorse e le capacità mentali (Asse M, composto da 12 capacità mentali da valutare, nel PDM-3 saranno 13) e tutta la dimensione sintomatologica e l'esperienza soggettiva del sintomo (Asse S). Il PDM prevede inoltre una concettualizzazione diagnostica per fasce di età: prima infanzia, infanzia, adolescenza, adulti, anziani.

Per corroborare l'idea che non esiste possibilità diagnostica estrapolata dal contesto, vediamo come è affrontata, nel PDM-2, la diagnostica della prima infanzia (*Infancy and Early Childhood – IEC, da zero a tre anni*). La diagnosi primaria del bambino, in Asse I, si basa su una valutazione delle sue capacità evolutive funzionali ed emotive (Asse II), delle sue capacità di regolazione dell'elaborazione sensoriale (Asse III), dei suoi pattern e disturbi relazionali (Asse IV) e delle altre diagnosi mediche e neurologiche (Asse V). Se facciamo un focus sull'Asse IV, cioè sui pattern e i disturbi relazionali, vediamo come la diagnostica del bambino si basa sulla descrizione delle caratteristiche interattive della relazione con il caregiver e sui pattern interattivi familiari. Entrano in gioco dunque le dimensioni dell'attaccamento, della qualità dell'accudimento, degli stili interattivi e relazionali. La diagnosi del bambino è anche una diagnosi del suo contesto biologico e familiare.

Provo a riassumere che cosa chiedo a un sistema diagnostico:

- saper leggere la psicopatologia nel contesto della personalità (un attacco di panico in un paziente che ha un'organizzazione nevrotica o borderline o psicotica è la stessa diagnosi in tre versioni completamente diverse);
- considerare il sintomo all'interno del funzionamento mentale complessivo;
- collocare la diagnosi nel ciclo di vita;
- esaminare gli elementi relazionali dell'atto diagnostico;
- considerare l'esperienza soggettiva che il paziente ha dei suoi sintomi;
- valorizzare il ruolo della soggettività disciplinata del clinico;
- contemplare, oltre al valore sintetico dell'etichetta diagnostica, anche la specificità idiografica della formulazione del caso;
- saper cogliere le risorse del paziente;
- mettere in dialogo clinica e ricerca;
- promuovere la formazione clinica.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Dobbiamo ricordare, seguendo il modello di Kernberg (1996), che la personalità va collocata nel suo livello di organizzazione lungo il continuum sano-nevrotico-borderline (di alto o basso livello)-psicotico. Le personalità possono anche essere ricondotte all'interno di uno spettro internalizzante (con aspetti più depressivi, fobici, ansiosi, evitanti, somatizzanti, dipendenti, ossessivo compulsivi o schizoidi) o esternalizzante (con aspetti più isterico-istrionici, paranoidi, sadici, psicopatici e narcisistici). È importante ricordare che nessuna dimensione descrittiva della personalità dell'individuo è univocamente polarizzata: riscontriamo di frequente elementi esternalizzanti in soggetti prevalentemente internalizzanti (e viceversa). Esattamente come non esiste una persona che sia solo narcisista grandiosa "a pelle spessa" o solamente fragile "a pelle sottile". Tutti noi siamo la negoziazione di aspetti di personalità che cercano, spesso senza riuscirvi, possibilità di mediazione e convivenza interna tra dimensioni più polarizzate. D'altronde, le polarizzazioni estreme e rigide che coincidono sono spesso sinonimo di psicopatologia.

Una volta individuati i livelli di organizzazione e gli stili di personalità (Asse P del PDM), dobbiamo valutare gli aspetti del funzionamento mentale (Asse M del PDM) che conferiscono alla personalità la sua unicità: caratteristiche che pertengono ai processi cognitivi e affettivi, che definiscono l'identità e le relazioni, che riguardano i meccanismi di difesa, il coping e il controllo degli impulsi, che comprendono l'autoconsapevolezza, gli standard ideali e morali, l'autodirezionalità. La scelta di destinare un soggetto a un percorso terapeutico individuale o di gruppo, oppure cognitivo o dinamico, non si basa forse su un'attenta valutazione di questi parametri?

Per concludere, torniamo sull'importanza del "campo" menzionata all'inizio: tutto ciò che, in questi trent'anni, ho sviluppato nell'ambito della diagnosi è il frutto del lavoro di un gruppo. Senza l'idea, l'immagine, la realtà di un gruppo non c'è pensiero.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.

Colli A., Tanzilli A., Dimaggio G. e Lingiardi V. (2014). Patient Personality and Therapist Response: an Empirical Investigation. *American J. Psychiatry*, 171, 1: 102-108. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.13020224

Coltart N. (2022). *Come sopravvivere da psicoterapeuta*. Sesto San Giovanni: Mimesis.

Frances A. (2014). *La diagnosi in psichiatria. Ripensare il DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Freud S. (1932). *Introduzione alla psicoanalisi*. OSF, 11. Torino: Bollati Boringhieri.
Kernberg O.F. (1996). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorder. In: Clarkin J.F. e Lenzenweger M., Eds., *Major Theories of Personality Disorders*. New York: Guilford (trad. it.: *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*. Milano: Raffaello Cortina, 1997).
Lingiardi V. (2017). *Mindscapes. Psiche nel paesaggio*. Milano: Raffaello Cortina.
Lingiardi V. (2018). *Diagnosi e destino*. Torino: Einaudi.
Lingiardi V. e McWilliams N. (2017). *Manuale Diagnostico Psicodinamico – Seconda Edizione: PDM-2*. Milano: Raffaello Cortina, 2018.
McWilliams N. (2012). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.
McWilliams N. (2022). *La supervisione. Teoria e pratica psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina.
Westen D., Shedler J. e Lingiardi V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Processo diagnostico: elaborazione in gruppo degli Specializzandi della Scuola COIRAG

a cura di Carmen Tagliaferri*

[Ricevuto il 24/09/2022
Accettato il 13/11/2024]

Riassunto

Il vertice osservativo comune ai vari elaborati ha inquadrato il processo diagnostico individuando le variabili di accostamento tra la ricerca clinica della gruppoanalisi e quella clinico-empirica di McWilliams e Lingiardi. Nella prospettiva analitico-gruppale la diagnosi è concettualizzabile come incontro tra più territorialità, quelle del clinico e del paziente, e tra le rispettive gruppalità interne ed esterne. La complessità ha un carattere multidimensionale, attraversa le varie stratificazioni dello psichico: intrapsichico, intersoggettivo, gruppale. Gli autori sottolineano la centralità, nel comprendere diagnostico, della costruzione del campo co-transferale, del progetto terapeutico e del vissuto soggettivo del terapeuta. La dimensione labirintica di Venezia diventa metafora del procedere diagnostico come co-costruzione insieme al paziente della sua città interiore.

Parole chiave: Processo diagnostico, Progetto terapeutico, Campo co-transferale, Vertice gruppo-analitico, Co-costruzione.

* Psicoterapeuta individuale e di gruppo. Psicodrammatista didatta SIPsA, docente COIRAG. Direttrice rivista *Gruppi* (Via Monterone 2 int.7 – 00186 Roma); direttore.rivistagruppi@coirag.org

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Abstract. *Diagnostic process: group elaboration of COIRAG school students*

The observational perspective common to the various papers framed the diagnostic process by identifying the variables of juxtaposition between the clinical research of group analysis and the clinical-empirical research of McWilliams and Lingiardi. From a group-analytic perspective, the diagnosis can be conceptualised as an encounter between several territorialities, those of the clinician and the patient, and between their internal and external groupalities. Complexity has a multidimensional character, crossing the various layers of the psychic: intrapsychic, intersubjective, and group. In the diagnostic understanding, the authors emphasise the centrality of the construction of the co-transferential field, the therapeutic project and the therapist's subjective experience. The labyrinthine dimension of Venice becomes a metaphor for the diagnostic procedure as co-construction together with the patient of his inner city.

Keywords: Diagnostic process, Therapeutic project, Co-transferential field, Group-analytic perspective, Co-construction.

Nei mesi precedenti il Seminario, Specializzandi e docenti della Scuola hanno condiviso, discusso, rielaborato, in gruppo, il tema proposto ai relatori Nancy McWilliams e Vittorio Lingiardi: *Il campo della diagnosi, personalità, famiglia, contesto*. In ogni sede si è costituito un *focus group* finalizzato alla costruzione di un intervento che aprisse al dialogo attorno al campo e al processo diagnostico da una prospettiva analitico-gruppale.

Gli elaborati dei *focus group* hanno posto una pluralità di interrogativi non solo attorno allo scenario epistemologico e clinico che fa da sfondo ai temi approfonditi dai relatori ma anche ai dispositivi di cura messi in campo: quanto la costruzione dei dispositivi è vincolata ai presupposti teorici di una psicoterapia orientata in senso analitico-gruppale? Cosa implica, nella pratica clinica, assumere la prospettiva scientifica della struttura gruppale della mente?

Di seguito gli scritti prodotti dal lavoro gruppale nelle cinque sedi della Scuola.

Sede di Milano

Il nostro gruppo di lavoro[1] in queste settimane si è riunito in un paio di momenti di riflessione circa il concetto di *diagnosi* ed è bastato poco perché

[1] Portavoce: Sandri A.; Gruppo di lavoro: Gazzaroli D., Soldi M., Oliveti L. (1° anno); Cos C., Capoferri M., Sandri A. (2° anno); Boccato E., Marconi B., Roghi V. (3° anno); Imperioso M., Lombezzi E., Scavuzzo I. (4° anno).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

emergesse la chiara sensazione di come oggi, la diagnosi, includa fattori di complessità dai confini decisamente ampi.

Per iniziare a orientarci meglio abbiamo allora preferito parlare di "processo diagnostico", in modo da sottoporre la diagnosi a una revisione critica, che partisse dalle nostre esperienze quotidiane personali e lavorative. Man mano che la discussione si sviluppava diveniva sempre più evidente la necessità di delimitare e definire il "campo" entro il quale il processo diagnostico dovrebbe operare. Tuttavia, ogni sforzo riflessivo, tecnico e teorico per cercare di delimitarne il campo contribuiva, da un certo punto di vista, ad alimentare questa complessità e determinare un paradosso: da strumento di conoscenza, di analisi e di significazione, il processo diagnostico andava trasformandosi in un processo multifattoriale così vasto da disorientare il clinico.

Nel tentativo di rispettare i tempi dell'intervento vorrei provare chiarire il paradosso, attraverso un altro paradosso: cercare di riassumere in poche righe gli elementi di complessità emersi durante il nostro confronto sul tema della diagnosi. Questa complessità ha un carattere che potremmo definire "tridimensionale" poiché non solo comprende i diversi fattori che andremo a evidenziare fra poco, ma si genera (e attraversa simultaneamente) almeno tre dimensioni dello psichico:

- il piano intrapsichico individuale;
- il piano intersoggettivo;
- la configurazione psichica del gruppo

Come scegliere, quale vertice prediligere, come poterli tenere assieme, quali e quanti soggetti, ambienti, istituzioni coinvolgere? Quanto ampio e tridimensionale deve essere il campo diagnostico nel tentativo di superare il dialogo duale fra analista e paziente?

Queste sono alcune delle domande da cui si è mossa la nostra riflessione, dalla quale sono emersi poi altri spunti critici sulla diagnosi, a volte in rapporto dialettico fra loro, a volte invece in posizioni di contrasto, che possono essere ben rappresentate come polarità contrapposte e che non necessariamente si autoescludono:

- l'esigenza di salvaguardare le caratteristiche uniche del paziente vs la necessità di standardizzazione, funzionale al dialogo tra professionisti e alla ricerca scientifica;
- focalizzarsi sui conflitti e sugli aspetti disfunzionali del soggetto oppure valorizzare le sue risorse e le sue capacità proattive;

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

- formulare diagnosi descrittive, categoriali aderenti alle nosografie internazionali oppure considerare il sintomo nella sua accezione dimensionale, prediligendo un'analisi funzionale del paziente;
- "cucire" la relazione che si crea all'interno del processo diagnostico su misura delle caratteristiche della persona vs mantenere una conduzione aderente agli schemi e alle indicazioni derivanti dalla teoria a cui facciamo riferimento;
- basare le nostre valutazioni su una diagnosi strumentale vs prediligere diagnosi basate sull'incontro, nella consapevolezza che le diverse personalità in gioco si influenzeranno a vicenda?

Infine, cari a un tema che caratterizza la nostra istituzione formativa, vorremmo proporre la nostra riflessione sul contesto istituzionale e il suo ruolo all'interno della definizione diagnostica: l'istituzione agevola o ostacola il processo diagnostico? Se il processo diagnostico è uno strumento di conoscenza finalizzato al cambiamento, tuttavia non è detto che l'idea di cambiamento del terapeuta coincida con l'idea di cambiamento dell'istituzione in cui lavora. A volte, l'istituzione pone dei limiti nella scelta dell'intervento da offrire al paziente (es. setting), senza considerare indicazioni e controindicazioni fornite dagli studi sull'efficacia della terapia e senza utilizzare strumenti multidimensionali.

A volte, invece, l'istituzione corre il rischio di definire la diagnosi (es. borse di studio e contributi per specifiche categorie diagnostiche che potrebbero provocare un aumento delle diagnosi a cui sono destinati i fondi). Quando l'istituzione si rivela un ostacolo, cosa possiamo fare per riabilitare la diagnosi? Come ridare valore al processo che c'è dietro? Il gruppo di lavoro propone che un modo per non essere schiacciati dall'istituzione sia quello di rafforzarsi professionalmente, attraverso una conoscenza approfondita del processo diagnostico (a cosa serve e in rapporto di quali obiettivi) e attraverso l'utilizzo degli strumenti adatti.

In assenza di un'alleanza di lavoro che coinvolge necessariamente anche i soggetti all'interno dell'istituzione, c'è il rischio che l'operatore si perda nella propria dinamica interpersonale. Come fare, quindi, diagnosi in un'istituzione che non fornisce uno spazio di supervisione o di intervisione ai suoi operatori?

Delineati per sommi capi i fattori e le riflessioni emerse, eccoci giunti dunque alla riflessione che vorremmo proporre ai relatori oggi, sulla base della loro esperienza clinica e di ricerca: "*Com'è possibile tenere assieme tutti questi fattori e livelli di influenza all'interno del processo diagnostico, tanto in un setting individuale quanto nel contesto istituzionale? Ci sono aspetti che possono essere considerati 'irrinunciabili'? Da tutta questa complessità è possibile ottenere una 'semplicità' funzionale e operativa, che*

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

valorizzi l'obiettivo finale della diagnosi, ovvero orientare l'intervento terapeutico?".

Sede di Padova[2]

Venezia è una città particolare. È una città fatta di calli, le strette viuzze collegate tra loro da centinaia di ponti che oltrepassano i canali, di edifici antichi ammassati l'uno sull'altro, di portici e sottoportici, di percorsi più agili e di scorciatoie aggrovigliate. È una città che ammalia, ma che fa fare anche tanta fatica e nella quale è difficile orientarsi. Difficile per il visitatore, non certo per i nativi veneziani: si dice che soltanto i "veneziani DOC", quelli che sono nati e cresciuti all'interno e assieme alla città, possono conoscere veramente Venezia.

Per noi, il processo diagnostico è un po' come muoversi per Venezia, un "luogo" nel quale, il clinico fatica a orientarsi; mentre il paziente è come "il veneziano DOC", si muove tra i percorsi della propria mente, della propria storia, dei propri gruppi di appartenenza meglio di chiunque altro, anche se non sempre con consapevolezza.

Allora, il terapeuta diventa un visitatore, un turista, o meglio un compagno di viaggio per un pezzetto di strada che il paziente stesso accompagna alla scoperta della propria città interna.

Il terapeuta è un visitatore attento, un compagno curioso, che non si accontenta di vedere il Ponte di Rialto e Piazza San Marco, non gli basta un tour dei luoghi che tutti conoscono. No, il terapeuta-visitatore vuole vedere anche il ghetto ebraico, il bacaro da Lele, la libreria Acqua Alta, fare l'esperienza degli stivali fino al ginocchio quando l'acqua è veramente alta e la città si trasforma con assi di legno come ponti momentanei che permettono il camminamento.

Venezia è una città sull'acqua e ogni tanto diventa vulnerabile al suo stesso fondale, il suo humus, che è poi la sua predisposizione personologica; come il paziente, ha le sue crisi marine e scompensi acquatici.

Il turista-terapeuta desidera porre attenzione ai particolari dei palazzi, alle sfumature di blu dell'acqua, agli angoli meno appariscenti, che portano però a quella calle inaspettata senza altri turisti e che fa emozionare, come i luoghi

[2] Gruppo di lavoro composto da: Barbacane V., Dionigi B., Fuso E., Mezzalira S. (1° anno); Cerreti D., Imbimbo E. (2° anno); De Filippis M., Lorenzato B., Tessarolo E. (3° anno); Carrera S, Gabrielloni G., Gagliardoni S., Geron G., Picciano I., Turchet C. (4° anno).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

interni del paziente quando si prende il rischio di perdersi e lasciare la via principale.

È certo un'esperienza importante e gratificante lasciarsi guidare da chi conosce e su di lei ha scritto manuali di riferimento e fondamentali linee guida. Ma non è sufficiente a esonerarci dall'essere ospiti attenti e consapevoli dell'unicità dell'esperienza che stiamo facendo con l'altro; presuppone di non ripetere asetticamente le parole della guida, ma – con la guida in mano – di lasciarsi sorprendere da alcune cose, alcuni dettagli che fino ad allora avevamo ignorato. Quante volte si è percorsa una stessa strada passando davanti a quell'angolo senza sostarvi?

Analogamente accade che, nella familiarità con certi percorsi della propria mente, il paziente passi accanto ad aspetti propri senza riuscire ad apprezzarli. Allora l'incontro con il clinico può diventare per il paziente un'occasione per cogliere se stesso da angolature, fino ad allora non considerate o date per scontate.

Venezia-Diagnosi forse porta a idealizzare la diagnosi e il suo processo, anche perché è davvero unica e per qualcuno la più bella al mondo! Questo sguardo, anche affettivo, può verificarsi soltanto all'interno della relazione tra paziente e terapeuta, nella quale entrano in gioco aspetti dell'uno e dell'altro: dopotutto, non si ha prospettiva senza due punti di vista!

Ogni paziente coglie della propria città interiore soltanto qualcosa, così come ogni terapeuta ha i propri "punti ciechi": dopotutto, sebbene si sia formato per molto tempo e abbia lavorato nella sua stanza di terapia, il clinico incontra l'altro portando con sé il suo bagaglio di storia, la sua gruppalità interna, i suoi affetti e le sue zone d'ombra. In una parola: (con) la sua disposizione alla diagnosi.

E poi la diagnosi non è un qualcosa di statico, ma bensì un qualcosa che va riattraversato di continuo

Com'è possibile, allora, colorare tutti i quadratini del puzzle per dare vita a una immagine completa e tridimensionale in cui entrino la complessa soggettività del paziente, del terapeuta e del paziente e terapeuta insieme? Forse, occorre accettare l'idea che non tutto è conoscibile, che alcuni aspetti rimarranno inevitabilmente al di fuori del processo diagnostico, ma che non per questo non possiamo fare un buon lavoro.

Il terapeuta COIRAG è forse un compagno di viaggio particolare, che nello zaino vuole ritrovarsi strumenti per lui imprescindibili (organizzatori antropologici) che gli consentano di cogliere gli angoli più bui e anche le bellezze più raffinate della città-persona che lo accoglie. Insieme a umiltà, capacità di meravigliarsi e di lasciarsi sorprendere dal nuovo, delicatezza e attenzione a non essere invadente, anche le idealità non possono mancare, nel processo diagnostico.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Venezia non è una città per tutti: lo sa bene chi fatica a camminare e deve muoversi tra ponti, scale e battelli. Per attraversare Venezia occorre una buona motivazione, attraversare Venezia necessita di tempo e di sufficiente spazio. Analogamente, attraversare il processo diagnostico, costruire una relazione e abitarla non è cosa facile! Entrambi, paziente e terapeuta, devono potervi dedicare tempo, spazio ed essere disposti a fare fatica, a perdersi tra le calli-pensieri, saper stare sospesi dalla terra-ferma e, come Venezia, poggiare sull'acqua instabile, abbandonare memorie e aspettative per cogliere quel particolare che appare dietro l'angolo.

Quello che abbiamo appena descritto sembrerebbe un processo diagnostico "ideale", quello in cui sono presenti tutti i requisiti utili a un buon lavoro. Tuttavia, è esperienza di ciascuno il confrontarsi, ad esempio, con consultazioni in ambiti istituzionali complessi, che magari richiedono di "fare diagnosi" in un unico colloquio, o che danno una disponibilità limitata di colloqui con la persona. È un po' come voler correre per le calli di Venezia, attraversare i canali con un salto, cogliendo soltanto ciò che di appariscente cattura i nostri sensi. Come si fa, in tali condizioni, a co-costruire insieme al paziente una visione sufficientemente complessa della sua città interiore? Che fine fanno il mondo interno dell'uno e dell'altro, la relazione e il campo (e di campi a Venezia ce ne sono tanti), la complessità dell'incontro?

«(...) in questa città succedono cose incredibili (…)» (Corto Maltese parlando di Venezia – Hugo Pratt).

Sede di Palermo

Abbiamo condiviso in gruppo[3], da una prospettiva gruppoanalitica, la questione della diagnosi.

Ci siamo chiesti, sin da subito, come riuscire a parlare di diagnosi nella relazione con il paziente, confrontando i nostri pensieri, sia come terapeuti, sia come pazienti, e valutando quanto certi termini diagnostici, se non accompagnati da un uso corretto della parola, possano trasformarsi in "mattoni" difficili da maneggiare, portando con sé delle conseguenze poco utili ai fini terapeutici.

Ci siamo interrogati su quanto fosse utile comunicare i nostri ragionamenti diagnostici ai pazienti, se questi possano concretamente aiutarli a rico-

[3] Portavoce del gruppo: Raimondi D. (Specializzanda).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

noscersi all'interno di un tratto, fatto sì di sofferenza, ma con una forma ben precisa e riconosciuta, e che contiene in sé anche un'indicazione sul trattamento, o se, al contrario, queste possano apparire come gabbie dalle quali è difficile liberarsi, e portano il paziente a sentirsi prigioniero di un destino già segnato.

La domanda che ci siamo posti è stata: ma a chi serve davvero la comunicazione della diagnosi? Al paziente o al terapeuta stesso?

Per noi, così come per i pazienti, è difficile stare sul "non sapere", e dunque è la diagnosi che ci permette di affrontare questa difficoltà e di prendere delle decisioni a patto che si sia disposti a interrogarsi sul timore da cui si è attraversati.

Pensiamo che sia utile condividere il ragionamento clinico con il paziente nella misura in cui questo è capace di fornire delle indicazioni sul *come si fanno le cose* (nel mondo, nel gruppo, nei legami) e non sul *come si è.*

In questo senso, la comunicazione della diagnosi diviene strumento di orientamento per il trattamento e per la guarigione.

Se è vero che esistono le diagnosi nosografiche, le etichette e le gabbie, è vero anche che la diagnosi psicodinamica si configura come un processo che si dispiega nel tempo e consente di stare sulla soggettività, di aprire una finestra sul funzionamento del paziente attraverso una logica non escludente, di tipo e-e. Ma è veramente così?

Dovendo dunque riassumere in un'emozione quanto emerso, direi che abbiamo *paura*. Ma paura di cosa? Forse di offendere, chiudere, saturare, "ammattonare".

Allora ci chiediamo, in linea con il pensiero del preside Aprea, come sia possibile considerare in un discorso sulla diagnosi le *ambientazioni reali di vita* (e dunque i gruppi di appartenenza, i legami, il contesto, i rituali, la concezione del sacro, e così via), appunto gli "organizzatori socio-antropologici della mente", che renderebbero la diagnosi aperta e meno saturante.

Come lo inseriamo il contesto, il gruppo, la cultura all'interno della diagnosi? Come facciamo a sistematizzare dinamiche così complesse e varie, senza scivolare nella frammentazione e nella parcellizzazione del contenuto?

Forse la gruppoanalisi ci può aiutare con la sua capacità di contestualizzare a rendere le nostre diagnosi un po' più calde, umane e meno sterili. Sì, ma come si fa?

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Sede di Roma[4]

La sede di Roma presenta una situazione clinica. Una signora di 50 anni che, tra mille difficoltà, mostra sintomi fobici marcati. Si rivolge a un CSM del centro sud chiedendo aiuto partendo dalla relazione con i suoi due figli. Il marito, affetto da schizofrenia è morto in circostanze misteriose. La figlia e il figlio mostrano disagi psicologici e ritiro sociale.

P: Come ho fatto a non accorgermi dei bisogni che avevano i miei figli? Ci sono giorni che mio figlio vede mia figlia che sta male e si deprime anche lui, altri in cui mia figlia vede mio figlio stare male e sta male anche lei, e io sto nel mezzo! Starei bene se loro stessero bene… se lavorassero… possibile che mi basta questo per essere felice?

La paziente sente tutto sulle sue spalle. Anche la famiglia d'origine l'ha investita del ruolo di occuparsi di tutto e tutti. Le donne sono di aiuto per gli uomini che si ammalano.

P: Io non ce la faccio più a fare le cose per gli altri, a pensare sempre agli altri, prima mio marito, poi madre, ora i miei figli... sono passata dalla padella alla brace.

T: *Mi sembra che stia da tutta la vita a occuparsi di qualcuno.*

P: È tutta la vita che dura questa cosa, da quando mi trasferii da mia nonna dopo che nonno morì.

Il nostro vertice osservativo ha provato a inquadrare il processo diagnostico individuando le variabili di accostamento tra la ricerca clinica della gruppoanalisi e quella clinico-empirica di McWilliams e Lingiardi. Riportiamo le considerazioni relative a partire dai colloqui reali.

1. *Il concetto di identificazione sviluppato dalla ricerca psicoanalitica, ripreso da McWilliams e quello di intenzionamento familiare.*
   La dimensione familiare da cui proviene Rosaria sembra configurarsi come una matrice satura, che impedisce un processo di soggettivazione. L'identità di Rosaria, fortemente ancorata all'identificazione materna, sembra esser supportata dal sistema familiare, secondo il costrutto definito dalla gruppoanalisi "intenzionamento familiare". *"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. Parlandone con loro, anche loro ne sono state influenzate, però loro si sono ribellate, e io no. Mio padre diceva che io ero una santa,*

[4] Portavoce: Lo Cascio E.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

ero l'unica delle mie sorelle. Me l'hanno inculcato!!! Che una madre dev'esser tutto per i figli, deve vivere per i figli!".

La famiglia, intesa quale costante psichica della cultura, dovrebbe promuovere lo sviluppo della personalità nelle nuove generazioni. Per il bambino il riconoscimento dell'ambiente è reso possibile dall'identità familiare. Il processo di costruzione dell'identità nel pensiero psicoanalitico è strettamente connesso alla qualità delle identificazioni (*primitive versus mature*). Il pensiero di Nancy Mc Williams, si concentra maggiormente sulla componente intrapsichica, individuando puntualmente la costituzione di meccanismi di difesa, evoluti o primitivi.

2. *L'utilizzo del sogno nella fase del comprendere diagnostico e come elemento per monitorare il processo terapeutico.*

   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.

   Emerge il ricordo di un sogno, solo accennato, che aveva fatto quando ancora viveva con il marito: *Sognavo di guidare, prendevo la macchina e guidavo, guidavo, scendevo per…*.

   La paziente guida e può parlare di sé, a volte attraverso "la patente" dei figli, a volte in prima persona.

3. *Parallelo tra area culturale e credenza patogena.*

   Nelle due edizioni del PDM, si ritrova la credenza patogena quale caratteristica relativa a se stessi. Si tratta delle convinzioni, delle contrazioni e delle illusioni che rappresentano la "mitologia" specifica del disturbo. Questi si manifestano come coazioni a ripetere di rappresentare se stessi e il rapporto con gli altri e il mondo. Infatti, Rosaria manifesta alcune credenze patogene che originano dalla matrice specificatamente culturale: i proverbi, ad esempio, vengono utilizzati come veicoli simbolici di codici prescrittivi di comportamento.

   Quando la figlia sta male le dice di pregare, per i miracoli. Fa l'esempio della vicina angelo che le portava il latte proprio quando lei non l'aveva e ne aveva bisogno, o prestiti e altri favori ricevuti senza averli mai chiesti.

   In tal senso l'analisi della specifica area culturale, nell'inquadramento diagnostico della "malattia mentale", riguarda anche le tradizioni familiari e il loro intrecciarsi nella malattia. Si tratta di temi culturali che nella loro dimensione etiologica, riguardano proprio la storia intera della cultura dalla sua nascita, al suo ammalarsi e guarire sino alla sua fine.

4. *Il campo con-transferale e il vissuto soggettivo del terapeuta.*

   Nel setting gruppoanalitico le storie personali si realizzano quali catene associative che favoriscono l'attivazione co-transferale. La trasformazione da

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

oggetti-Sé in oggetto-Relazione avviene in un campo relazionale circolare, in cui le costellazioni relazionali sedimentate nei soggetti A e B e provenienti dalla loro esperienza privata e professionale sono connessi alla storia del contesto organizzativo/istituzionale in cui la relazione si svolge. Nella seconda edizione del PDM è di rilievo l'osservazione della posizione emotiva manifestata dal terapeuta durante la costruzione delle prime ipotesi diagnostiche, soprattutto per l'individuazione del livello evolutivo del carattere e del sistema difensivo del paziente.

In un'ottica intersoggettiva storia e personalità del terapeuta, campo istituzionale e personalità del paziente si influenzano reciprocamente.

Nella scena che segue possiamo notare che la terapeuta manifesta una difficoltà nel comprendere la fatica mostrata dalla madre nel favorire processi evolutivi di autonomia nel figlio. 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. Ogni qualvolta che la madre prova a introdurre l'argomento lavoro, il figlio si arrabbia.

P: Con lui non si può parlare. Non si può proprio domandare "Alfrè che hai deciso?!" che lui si arrabbia....

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

P: ..allora me ne devo andare per vichi e vicarielli.

5. *Livello istituzionale, diagnosi e progetto terapeutico.*

Nella prospettiva multipersonale, come scrivono Lo Coco e Lo Verso, l'incontro diagnostico e terapeutico è incontro tra gruppi, al di là che si tratti di una terapia individuale, familiare o gruppale. Questi gruppi (terapeuta, paziente, altre figure professionali coinvolte) sono portatori di saperi differenti sulla sofferenza mentale.

Qual è il pensiero sulla patologia, sulla cura e sulla guarigione del gruppo dei curanti, in questa situazione clinica? La paziente mostra un conflitto sulla possibilità di aiutare il figlio ad accedere alle cure psicologiche. Il figlio si trova in uno stato di ritiro sociale.

P: Non voglio essere io a cercare una psicologa per Alfredo (il figlio), o un altro centro, non so come si fa, non so dove cercare… Io vorrei qualcuno che ci dicesse cosa fare, per pensare a una psicologa, a un altro centro…

T: *Non so se potrò esserci io, vede, penso che sia importante che lo spazio che ha con me sia solo suo… potremmo invece pensare, in parallelo a questo spazio con me, a uno spazio familiare con un'altra dottoressa; quali sono le sue aspettative?*

P: Di Alfredo ho paura che resti così.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Dopo poco durante il colloquio la paziente dirà che lei vuole che A. faccia tutto da solo: *Non voglio fare con lui quello che ho fatto con mio marito... Io l'ho accompagnato per anni dalla psichiatra.*

Da questi temi poniamo alcune domande che prendono spunto dal dialogo paziente-terapeuta.

1) In fase diagnostica possiamo considerare l'identificazione come un concetto solo individuale o intrapsichico o può essere considerato l'esito di un processo più ampio, mentalizzazione di strumenti e di modalità di pensiero dell'organizzazione antropologica di riferimento?
2) A partire dal concetto di credenza patogena e dimensione antropologica, nella prossima edizione del PDM ci sarà spazio per una sezione dedicata al livello culturale?
3) Che ruolo può avere il lavoro sui sogni nello sviluppo del processo diagnostico e del progetto terapeutico, a partire dalla valutazione dei tre assi inseriti nel PDM?
4) È possibile associare l'analisi del controtransfert a quella del co-transfert?
5) In che modo la formazione del terapeuta, i ruoli e le gerarchie nell'istituzione influenzano le ipotesi diagnostiche e il progetto terapeutico, sviluppati attraverso il PDM?

Sede di Torino

Il lavoro di riflessione della sede Torino si è articolato attraverso due incontri di gruppo[5] che hanno previsto la partecipazione di Specializzandi di anni differenti col duplice obiettivo di approfondimento delle tematiche del sem11inario e di co-costruzione della mattinata di seminario.

Alla domanda iniziale dei conduttori: "*A partire dalla vostre esperienze cliniche, quando si parla di* campo diagnostico *quali sono gli elementi che ritenete importante tenere in campo, quali fuori, quali i possibili confini?*", le prime risonanze e attinenze sono fluite sotto forma di vissuti, immagini e brevi stralci clinici.

[5] Gruppo di lavoro composto da: Montefusco G., Bordogna A., Nespeca S. (1° anno); Granata F., Belli F., Piacentini R. (2° anno); Nocchiero D., Paracchino C., Bima G. (3° anno); Guarino J., Rossi E. (4° anno); *Conduttori:* Pellegrino A. (docente di Psicopatologia), Cerutti G. (coordinatore 3° anno)., Gasparini E. (vicedirettore).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Anche successivamente è stato più semplice convergere su dimensioni evocative e insature, mentre decisamente più complicato trovare definizioni condivise.

Prima riflessione

È difficile parlare di diagnosi tracciando confini chiari e netti, così come talvolta per noi terapeuti in formazione è difficile assumere la responsabilità di stendere nero su bianco le ipotesi diagnostiche.

Il confronto sul tema della diagnosi e l'allargamento del campo hanno a più riprese immerso il gruppo in fitti banchi di nebbia, di confusione e spaesamento proprio come spesso accade nella stanza quando assumiamo un mandato diagnostico: l'immagine che ne è emersa è stata la necessità di una mappa che possa indirizzare e una bussola che possa orientare nell'attraversamento del processo diagnostico.

Seconda riflessione

Se consideriamo la diagnosi fondamentalmente come incontro, come "campo relazionale" attraversato dal terapeuta e dal paziente, è legittimo porsi la domanda rispetto a chi abbia in mano la mappa e chi sia il territorio?

Nella nostra prospettiva analitico gruppale il percorso diagnostico è concettualizzabile come incontro tra territorialità, quelle del clinico e quelle del paziente, e tra le rispettive gruppalità interne ed esterne, tra elementi istituzionali, culturali, sociali e antropologici; è incontro con i potenziali interlocutori dello scenario famigliare e istituzionale che possano restituire tridimensionalità e profondità di campo; la diagnosi è terra di mezzo e d'incontro tra alterità da "etichettare" e accomodare e al contempo finestra che si apre su territori da esplorare; rapporto dialettico tra ricerca di somiglianze e similitudini, dell'identico (*idem*) e scoperta creativa di unicità e singolarità.

Nel momento in cui questa tensione dialettica viene meno emergono forti le dicotomie e le possibili polarizzazioni: la diagnosi è utile per il clinico o per il paziente? È territorio di incontro e conoscenza o meccanismo di difesa che protegge il clinico e molte volte l'istituzione? È un processo di ipersemplificazione o ipercomplessificazione?

In particolare, ci siamo soffermati sulla possibile dicotomia tra diagnosi psicologica e diagnosi psichiatrica, sintetizzata nel confronto tra vertice PDM e DSM.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Terza riflessione

In gruppo proviamo a immaginare e collocare DSM e PDM su un possibile *continuum*, come potenziali mappe di un unico territorio. Qualcuno suggerisce la necessità di trovare un buon traduttore tra due linguaggi che talvolta sembrano radicalmente diversi, ma che potremmo avvicinare e accostare considerandoli semplicemente due dialetti; si parla della necessità di attraversamento di una terra di mezzo che è quella del paziente, usando il dialetto DSM per sgrossare e quello del PDM per raffinare.

Infine, una parte della riflessione è stata dedicata alla diagnosi come gesto, come atto e come azione: non per niente siamo chiamati a "fare diagnosi". La diagnosi dà un nome, orienta, indica, definisce un tempo, influisce sulla relazione, ha un mandato, forma e informa. Riverbera su diversi piani e comporta svariati costi, rispetto alla storia personale e famigliare del paziente, ai contesti di vita e alle istituzioni di cura. In quanto gesto richiede al clinico un'assunzione di responsabilità che talvolta saremmo tentati di evitare o per lo meno stemperare.

In quanto gesto chiede non solo una chiara definizione, ma successivamente anche la comunicazione al paziente. Gesto da assumere con particolare tatto e delicatezza.

Se è vero che spesso la diagnosi può essere etichetta o stigma, ci siamo interrogati su quanto nella contemporaneità ricevere una diagnosi talvolta possa colmare vuoti e mancanze e restituire possibili forme identitarie. Ci si riferisce, ad esempio, a una certa fascia di popolazione adolescente per cui l'utilizzo tra pari di etichette diagnostiche sia diventato "gergale" e potenziale modo per identificarsi e distinguersi.

Riflessione conclusiva

Non ultima in termini di importanza è la qualità temporale della diagnosi che rende maggior giustizia della complessità del compito diagnostico e, più in generale, della complessità dell'esistere umano. Il suo continuo farsi, il non essere limitata a un gesto e a un momento, ma atto che si estrinseca in un divenire conoscitivo forse continuo, potenzialmente infinito.

Come clinici non possiamo (o non dovremmo) mettere, almeno nella nostra mente, un'etichetta definitiva al paziente che ci troviamo di fronte; bensì assumere un atteggiamento aperto a nuove esplorazioni e conoscenze che ne arricchiscano l'immagine e ne articolino la trama esistenziale, passata come futura.

Inevitabili giungono alcune domande conclusive che, sebbene possano suonare retoriche, riteniamo utile proporre: si finisce mai di diagnosticare un

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

paziente? Esiste realmente una differenza tra diagnosi e psicoterapia oppure è possibile affermare che il processo diagnostico è esso stesso terapia? Si tratta, quindi, di divisioni artificiose finalizzate a fornire punti fermi all'interno di un fluire conoscitivo e relazionale che continua, consciamente e inconsciamente, anche all'esterno della stanza d'analisi e al di là del tempo della seduta?

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

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, ISSNe 1972-4837), 2/2022 A PARTIRE DALLA COIRAG
DOI: 10.3280/gruoa2-2022oa19794

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

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 cruxs 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 proposti[1] quelli del campo multipersonale e degli aspetti politico-istituzionali della diagnosi analitico-gruppale[2].

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 gruppalità interne di Napolitani, di matrice e rete sociale di Foulkes e dei livelli del transpersonale della gruppoanalisi soggettuale.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

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;

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

- *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 auspicate 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 stimolo[3] 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.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

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-gruppale 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-gruppale.

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 mandati[4]. 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 culturali[5] 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-gruppale' 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).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

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 gruppali 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.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

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;

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

- 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, anaclitico 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-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

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 controtransfert; 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.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

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).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

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

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

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.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

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 gruppalità.* 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.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

CONTRIBUTI ORIGINALI

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Verba manent.
Circolarità della scrittura e legame sociale in un Servizio di Salute Mentale

di Giovanni Angelici*

[Ricevuto il 09/07/2023
Accettato il 11/12/2024]

Riassunto

Gli importanti cambiamenti indotti dalla recente pandemia hanno riguardato anche il campo delle comunicazioni nei servizi di salute mentale. L'autore presenta alcune esperienze di scrittura in vari contesti e le analizza attraverso le dinamiche gruppali sottolineando la complessità della circolazione delle parole.

Parole chiave: Parole, Scrittura, Psicosi, Gruppi.

Abstract. *Interconnection between written documents and social bonding in a Mental Health Service*

The important changes induced by the recent pandemic have also affected the field of communication in Mental Health Services. The author presents some writing experiences in various contexts and analyzes them through group dynamics, emphasising the complexity of the circulation of words.

Keywords: Words, Writing, Psycosis, Groups.

* Psichiatra, didatta SIPsA, docente COIRAG a Roma, responsabile della UOS Centro di Salute Mentale Distretto 13 della ASL Roma 1 (via Annie Vivanti, 6 – 00135 Roma); angelici.g60@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSN 1826-2589, ISSNe 1972-4837), 2/2022 CONTRIBUTI ORIGINALI
DOI: 10.3280/gruoa2-2022oa19795

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Premessa

Facciamo tutti esperienza quotidiana di parole: dette, ascoltate, lette, scritte, pensate e persino sognate, comunque dirette a qualche interlocutore, reale o immaginario che sia. «Nel rapporto fondamentale con se stessi gli esseri umani sono prevalentemente dei narratori», scrive Musil ne *L'uomo senza qualità* (1930-43, pp. 892-3). La pratica clinica non è da meno. Dai colloqui clinici alla cartella clinica, dalle riunioni all'infinità di certificati, relazioni, moduli, mail fino a videochiamate e teleconferenze di più recente diffusione, l'attività degli operatori sanitari è intessuta di parole e nel campo della salute mentale queste sono considerate particolarmente importanti e per questo motivo vengono studiate con attenzione. Il desiderio che ha avviato questo studio nasce nel periodo della pandemia da Covid-19, quando le misure per il distanziamento sociale e le contromisure adottate per mantenere comunque i contatti con l'utenza hanno promosso iniziative e riflessioni di vario genere. In particolare, è stata fatta esperienza della distanza e della precarietà individuale, con l'emersione di una vasta gamma di questioni delicate che vanno dall'angoscia di morte alla tentazione di nascondersi ed evitare l'altro. Nei Servizi di Salute Mentale abbiamo anche visto moltiplicare gli sforzi per garantire collegamenti con pazienti e tra operatori con tutti i dispositivi possibili: dalle agende degli appuntamenti alle telefonate, le parole hanno corretto, almeno in parte, una certa deriva socialmente diffusa verso l'isolamento, la paura e la diffidenza verso l'altro. Le parole sono rimaste ad arginare qualcosa di impalpabile e presente, pur nella sua prevalente assenza fisica, che ha fortemente condizionato i comportamenti dell'intera società umana lasciando conseguenze emotive e pratiche spesso devastanti. Vero intervento "salva vita", lo strumento legato al buon uso delle parole ha assunto in questa fase nuovo vigore e qui sono presentate sia delle esperienze fatte nei Centri di Salute Mentale nel territorio del Municipio 13 della ASL Roma 1 per valorizzare lo strumento della scrittura nel trattamento della tipologia di utenza più grave, gli psicotici, sia una pregressa esperienza di conflittualità circolata attraverso degli scritti in una Comunità terapeutico-riabilitativa a testimonianza delle valenze controverse del linguaggio.

Nell'ambito della clinica delle psicosi sono note varie esperienze sull'utilizzo della scrittura come i laboratori riabilitativi, frequenti nei Centri diurni, e non sono rari quei pazienti in grado di scrivere e pubblicare poesie, racconti e persino saggi. Il valore terapeutico dello scrivere è importante nella misura in cui al valore liberatorio dell'espressione si aggiunge quello dello scambio dialettico e intersoggettivo con chi legge e commenta. Accanto a questi vi sono anche illustri esempi di scrittura autoterapeutica. Proust e Joyce, tra gli

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

altri, hanno affidato alla scrittura un ruolo importante, per non dire decisivo, rispetto al loro disagio personale riuscendo a creare un loro particolare linguaggio che sta attraversando i secoli e ha destato ammirazione in generazioni di lettori diventando addirittura "genere letterario". Più recentemente, si ricorda il successo autobiografico, da cui ha preso spunto anche una serie TV, di un ex paziente ricoverato da giovane in SPDC per un'acuzie psicotica (*Tutto chiede salvezza* di Daniele Mencarelli**,** vincitore del Premio Strega Giovani nel 2020).

Tornando all'ambito sanitario in senso stretto, non dobbiamo trascurare la funzione della scrittura in ambito formativo: dalla descrizione dei casi clinici alla compilazione di relazioni, protocolli, tesi e tesine, la scrittura accompagna studenti, Specializzandi e studiosi di ogni età quando si cimentano nella trasmissione e nella verifica del sapere. Infine, due esempi di scrittura tratti dalla storia della psicoanalisi. Il primo è l'ampio carteggio tra Freud e l'amico Fliess (1887-1904) dove la scrittura viene utilizzata dal primo sia per la ricerca intorno ai temi che l'appassionano professionalmente sia per la sua autoanalisi. Il secondo esempio è il "cartel" che Lacan ha istituito come strumento formativo di tipo gruppale basato sulla scrittura vista nei termini di cartello di sfida nell'ambito della intersoggettività. Il "cartel" fa misurare il singolo psicoanalista con la formazione permanente, mai completata del tutto e, in generale, con la vacuità del "prodotto" concreto, che Lacan addirittura suggerisce di gettar via ("*poubellication*"), per continuare a lavorare e a ricercare risultando preminente il ruolo della ricerca teorica sul mero prodotto concreto (Lacan, 1972).

Descrizione del lavoro

Vengono brevemente presentate quattro esperienze di lavoro con la scrittura che sono maturate nel periodo della pandemia nell'ambito di una condivisione gruppale dei vari aspetti dell'emergenza sanitaria e delle contromisure adottate. Viene anche presentata una sequenza di scrittura che fa riferimento a un periodo precedente legato a una conflittualità tra operatori di una comunità terapeutico-riabilitativa che mostra un altro aspetto, quello dell'aggressività che talvolta circola nei sistemi gruppali di lavoro.

Poesie e canzoni

Uno psichiatra e un'infermiera del Centro di Salute Mentale di via Innocenzo IV a Roma, preoccupati per il rischio di isolamento di pazienti gravi

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

durante la fase iniziale della pandemia da Covid-19, attivano un sistema di contatti telematici (via mail o WhatsApp) col pre-testo di uno scambio di scritti. Inizia così una fitta corrispondenza reciproca attraverso dei testi scritti che, nel tempo, rappresenta un'importante condizione di sostegno e collegamento. Si tratta di scritti di vario genere come pensieri, a volte poesie o testi di canzoni inedite che circolano tra una decina di persone per quello che si configura come un gruppo "da remoto" in cui la rete simbolica è l'adesione al lavoro con la condivisione del metodo. Si configura una sorta di gruppalità "in absentia" col supporto virtuale del collegamento telematico in cui ognuno scrive liberamente, invia, riceve e legge. Il ritmo irregolare degli invii avviene all'interno di una cornice stabile garantita dai due operatori, dal Servizio e dal sistema telematico scelto. Dopo alcuni mesi, gli operatori propongono di pensare a una fase più produttiva con due obiettivi: una lettura pubblica e la pubblicazione di un libro con la raccolta degli scritti. La lettura pubblica avviene in due occasioni diverse e non senza emozione. La partecipazione è tanto attiva quanto sentita e il riconoscimento del pubblico sembra consolidare l'appartenenza a un'esperienza importante. Queste occasioni pubbliche iniziali introducono a un successivo laboratorio quindicinale di scrittura all'interno di una biblioteca comunale. Il passaggio alla scrittura da pubblicare è ormai facilitato e le residue resistenze al mettersi in gioco nel mondo delle relazioni vengono facilmente superate: finalmente arriva la pubblicazione di un libro che raccoglie gli scritti più significativi messi in circolazione nel gruppo.

Questo tipo di esperienza ha interessato un gruppo di pazienti con patologie psichiche gravi (psicosi e gravi disturbi di personalità) di cui una buona parte ha partecipato con continuità e vivo interesse. Il riferimento teorico è stato il "think poetic" (Cavicchia e Solfanelli, 2022), quel filone espressivo che ha avuto una certa fortuna nelle grandi città, specie nelle aree più degradate e abbandonate, sotto forma di "street art" per operazioni culturali, per lo più su base figurativa e spesso al limite della legalità, ma finalizzate a riportare frammenti di pensabilità in luoghi trascurati dallo scambio culturale e valorizzando spazi sociali destinati a un ruolo di scarto, come capita a tanti angoli urbani, specie nelle periferie delle città. Questo filone espressivo del mondo "underground" è stato documentato in film e documentari. Un altro contest ispiratore è stato il "poethic thinking" che si è sviluppato negli USA nei termini di una piattaforma condivisa per una scrittura che si avvale di uno spazio comunitario il cui motto è "pensare senza ringhiera". Nato per favorire l'aggregazione di studenti (per esempio alla Stanford University) intorno alla scrittura creativa e allo studio del materiale didattico, si basa su un approccio non gerarchizzato per coltivare uguaglianza, inclusione e rispetto.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Per molto tempo si è data poca importanza alle sale di attesa in ambito sanitario e le prime che sono state oggetto di attenzione per essere attrezzate, pensando alla ricaduta sull'utenza, sono state quelle pediatriche, volte a sdrammatizzare l'attesa per la visita rendendola più sopportabile, soprattutto attraverso pareti colorate e disegnate con personaggi dei cartoon e arricchite da video e giochi. Alcune esperienze di supporto e accoglienza sono state fatte nelle sale di attesa oncologiche mentre negli ultimi anni in alcuni centri di salute mentale sono comparsi libri, riviste, videocassette e distributori di bevande per migliorare il comfort degli utenti. In alcuni casi questo è stato un obiettivo del lavoro dell'Audit civico della ASL per migliorare il livello di accoglienza e di gradimento da parte degli utenti, secondo l'ottica generica del rapporto cliente/azienda. Nel Centro di Salute Mentale di via Boccea a Roma negli ultimi anni si sono succeduti vari interventi avviati dalla ricerca di un maggiore comfort nella sala di attesa: inizialmente sono comparsi un impianto stereo, riviste e un grande dipinto colorato in modo vivace. Successivamente, a incrementare l'offerta, è comparso uno scaffale contenente libri, riviste e soprattutto fumetti. Questi accessori hanno trovato il gradimento dell'utenza che li ha utilizzati e, a volte, commentati in modo favorevole. A questo punto, è stato inserito un elemento nuovo: un quadernone munito di penna intitolato "pensieri in attesa". Tale novità aveva lo scopo di valorizzare la funzione dell'attesa che letteralmente significa "tendere verso" qualcosa, verso l'appuntamento col curante e verso l'incontro con la propria parte sofferente. Si tratta di un'attesa mai priva di aspetti emotivi controversi che nell'ambito della salute mentale si arricchisce di elementi psicologici particolari. Quindi, lo scopo di inserire un quaderno su cui poter scrivere qualcosa durante l'attesa si prefigurava, per certi versi, in contraddizione con l'idea iniziale del generico comfort per aggiungere alla rassicurazione di un'accoglienza puramente ambientale un elemento utile a provocare l'espressione di un pensiero, quasi l'anticipazione di un lavoro psicologico che, in effetti, appartiene alla vita del paziente (e dei suoi familiari), che precede e segue l'intervento del curante. Il pensiero che ha avviato questo intervento si è basato sulla considerazione dell'importanza di valorizzare la produzione di pensieri che riguardano sia la relazione col curante e l'istituzione cui appartiene, sia la condizione psicologica personale che sul quadernone vengono consegnati all'attenzione del personale sanitario e della stessa utenza, come a proporre una catena di pensieri in grado di collegare persone diverse attraverso le parole. In effetti, qualcuno ha aggiunto al titolo "…e parole" per sottolineare la pregnanza della parola scritta, la sua concreta espressione visibile che la ren-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

de per questo forse maggiormente trasmissibile. Questa interessante aggiunta ha confermato l'utilità di favorire una condivisione e una trasmissione di pensieri attorno alla cura e al luogo in cui si svolge.

Esaminando gli oltre 300 scritti lasciati sui due quaderni messi a disposizione in due anni, sono stati trovati messaggi che possono essere distinti in sei gruppi:

1) rivolti agli altri pazienti, a volte con risposte, a volte commenti a margine;
2) rivolti agli/sugli operatori;
3) non rivolti a qualcuno in particolare: sono pensieri sull'attesa, la sofferenza e la psichiatria in generale;
4) ironici:
5) solo firme (rare);
6) disegni.

Rispetto al loro contenuto, pochissimi sono i messaggi francamente segnati da un pensiero delirante così come quelli di carattere scurrile. Per lo più, si tratta di comunicazioni legate all'esperienza personale con espressioni di fiducia, di incoraggiamento, di stima per alcuni operatori citati per nome oppure di tristezza e preoccupazione. Nella grande maggioranza dei casi, cioè, sono messaggi di partecipazione emotiva al percorso di cura. Interessanti sono i commenti di altri utenti che talvolta sono scritti a margine del primo messaggio. In questi casi, sembra che il testo scritto a più mani e in tempi diversi mostri la tensione verso una dimensione gruppale essendo questi scritti fonte di riflessione e stimolo a scrivere per altri. In effetti, non c'è scrittura senza lettura successiva e trasmissione. Dai graffiti preistorici in poi, il segno linguistico è traccia persistente di un pensiero che attraversa l'altro e lo modifica. Se le antiche opere rupestri potevano essere di insegnamento per il gruppo di appartenenza, il significato informativo e formativo resta elemento pregnante per qualsiasi comunicazione. Anche questi scritti, grazie al supporto comune del quaderno e del luogo in cui esso si trova, vanno a costituire una trama comune di appartenenza e di condivisione. L'operatore funge solo da facilitatore e testimone con uno stimolo iniziale e un'elaborazione successiva che presuppone qualche forma di restituzione individuale.

Di recente, il quaderno è scomparso e non sono ancora stati colti nell'utenza messaggi relativi a tale cambiamento. Per sollecitare l'interesse su tale cambiamento è stato collocato al suo posto un cartello che informava della scomparsa del quaderno e invitava a consegnare un commento agli operatori. In questo modo, veniva offerta la possibilità di continuare a far circolare la parola utilizzando l'assenza di un precedente strumento di scambio linguistico. Tuttavia, l'assenza di commenti di qualsiasi genere sia da parte dell'utenza sia da parte degli operatori ha accentuato l'assenza di

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

parole e ha acuito la risonanza emotiva circa la scomparsa del quaderno. È qui messa in evidenza l'alternanza presenza/assenza che è tipica del linguaggio (le pause tra le parole, lo spazio tra interlocutori, la differenza frequente tra motivazione e significato del locutore e quelle di chi ascolta ecc.) così come la posizione spesso solitaria dell'operatore della salute mentale all'interno di una dimensione gruppale sempre precaria. L'avvio delle riflessioni confluite in questo lavoro, ha prodotto il desiderio di ricollocare un nuovo quaderno nella sala di attesa che così aggiunge al tema dei "pensieri in attesa" anche l'attesa rispetto all'esito di questo nuovo tentativo. In effetti, anche la posizione del sanitario ha a che fare con l'attesa nei termini, sia tecnici sia affettivi, del prendersi cura e della responsabilità della direzione della cura per i pazienti gravi. In qualche modo, la scomparsa del quaderno sembra aver avuto l'effetto di un'eco perturbante: al prendersi cura degli psicotici con iniziative e attività può rispondere l'eco della sottrazione e della scomparsa. La vicenda del quaderno scomparso e la sua successiva ripresentazione invitano a riflettere sul significato profondo del sottrarsi che spesso si rappresenta sulle scene terapeutiche: la cronicità, le ricadute, l'abulia, l'anedonia, l'appiattimento affettivo, il ritiro sociale ecc. possono essere considerate anche come variabili della relazione terapeutica, cioè come risposte alle iniziative dei curanti andando nella direzione di una inerzia psichica rassicurante. Possiamo ritrovare in questa vicenda le tracce del lavoro della psicosi verso un equilibrio secondo la visione della c.d. "cronicità" come esito di un lavoro psichico attivo verso una minore angoscia di frammentazione (Ferruta, 1998). Forse l'intrusione di "pensieri e parole" in un sistema intermedio tra la vita abituale e la relazione terapeutica com'è la sala di attesa, può aver prodotto un'angoscia intollerabile che la sottrazione del quaderno ha tentato di negare?

Questa vicenda ricorda le questioni teoriche sollevate dal "gioco del rocchetto" freudiano (Freud, 1920) laddove l'alternanza tra presenza e assenza della madre e scomparsa e ricomparsa del rocchetto attivano una capacità linguistica nel bambino che, da quel momento, vede il linguaggio autonomizzarsi dal controllo volontario così come il significante resta diviso dal significato. La catena significante attivata dal quaderno nel gruppo dell'utenza nel sottrarre e nel ripristinare una divisione potente però ripropone concretamente la questione del collegamento e della relazione. Per certi versi, grazie alla scomparsa del quaderno mai come prima la sala di attesa è sentita così vicina e così dentro il processo di cura.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

L'evenienza inattesa della pandemia è stata accolta inizialmente nel mondo della salute mentale in modo eterogeneo, tra preoccupazione e sottovalutazione, e la risposta ha risentito di queste posizioni differenziate fino ad assumere presto un assetto più compatto e organizzato che ha garantito il mantenimento di uno standard di lavoro adeguato. Tuttavia, all'inizio era palese il disorientamento degli operatori e per questo nel Servizio territoriale in cui opero è stata attivata una chat su WhatsApp per mettere in rete tutto il personale dei due presidi del CSM e favorire la circolarità delle comunicazioni in un momento in cui veniva sospesa ogni attività di gruppo, dalle riunioni di servizio ai gruppi terapeutici, e iniziava la possibilità dello smart working. Un piccolo concorso di idee per scegliere l'immagine-simbolo della chat ha avviato una prima aggregazione operativa intorno all'iniziativa introducendo sia pensieri e teorie sia elementi emotivi. La scelta è poi caduta sul disegno del coronavirus fatto dalla figlia di un collega, soprattutto per rendere visibile lo stimolo iniziale che ci accumunava. In tal modo, si è avviata una fruizione dello strumento che, dopo oltre due anni e mezzo, mantiene il doppio registro di comunicazioni di servizio insieme a quelle di stampo più strettamente affettivo. In altri contesti un tale scopo viene assolto dal registro delle comunicazioni interne che a volte è denominato "libro di bordo". Specialmente nelle comunità terapeutiche quest'ultima denominazione appare particolarmente adeguata per descrivere la quotidiana "navigazione" svolta sul bordo di relazioni di cura e di lavoro impegnative, sempre al confine tra aspetti di vita e aspetti legati alla terapia, tra osservare/ascoltare/riflettere e agire. Un crinale assai complesso e pieno di insidie nella vita di una comunità terapeutica. Analogamente, per un centro di salute mentale sono fondamentali degli strumenti che aiutino a sviluppare un modello di lavoro legato alla trasversalità multidisciplinare di gruppo e superare così il tradizionale assetto centrato sul medico per rispondere meglio alla complessità dei bisogni espressi dall'utenza. Nel momento in cui i collegamenti diretti rischiano di avere una difficoltà in più anche una chat può essere utile a mantenere dei contatti e a far circolare dei pensieri. L'iniziativa ha avuto il gradimento e la partecipazione di tutto il personale e non è mai stata utilizzata in modo improprio: in oltre due anni e mezzo più di 3000 messaggi con almeno 1000 allegati (foto e video) hanno contribuito a ridurre la solitudine e l'isolamento degli operatori che, almeno in certi periodi, hanno invece visto contrarre le occasioni di lavoro in presenza. In generale, la chat ha contribuito a incentivare i legami personali tra operatori senza distinzioni tra categorie professionali e la mescolanza di comunicazioni di lavoro e di altro tipo ha

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

dato un interessante contributo al mantenimento di un buon clima emotivo. L'importanza del clima emotivo in un Servizio di Salute Mentale è stata da più parti ricordata come un elemento favorevole alla cooperazione e all'integrazione tra operatori: l'incentivo a trovare legami di lavoro empatici attraverso la chat ha indicato la possibilità di utilizzare un veicolo linguistico informale per mantenere soprattutto un collegamento emotivo comunitario. Questa esperienza ha anticipato e poi accompagnato una significativa crescita dei collegamenti telematici del Servizio, come le videoconferenze e le videochiamate tra operatori e utenza con una dotazione di attrezzature e procedure che hanno integrato quelle abitualmente utilizzate.

Parallelamente, anche l'organizzazione del DSM ha utilizzato le comunicazioni telematiche per costruire sistemi informativi utilizzabili dai singoli operatori e dai vari sistemi di cura sul territorio a partire dalle problematiche più gravi. Ad esempio, attraverso censimenti e classificazioni su fogli Excel dei pazienti più gravi è stato avviato un lavoro di condivisione che ha favorito la reale costituzione delle *équipe multidisciplinari* con l'inserimento, quando necessario, della figura del *case manager. S*oprattutto, questa scrittura elettronica ha diffuso l'idea della necessità della condivisione dei casi. L'aspetto formale di questa raccolta dati ha inizialmente attivato molte resistenze che, dietro alla preoccupazione per la "schedatura" dei pazienti più complessi, in realtà ha mostrato la differenza tra una serpeggiante tentazione di privatizzare il lavoro clinico in attività singole e isolate tra loro e la sua reale esposizione alla gruppalità e alla condivisione. La scrittura estesa a una moltitudine di operatori, molti dei quali non si conoscono tra di loro, seppure sia una scrittura in cui tutti sono parte attiva, pare evocare innanzitutto il rischio di una perdita identitaria e una pubblicità inconsueta del proprio operato individuale che spesso resta avvolto da una certa invisibilità. Tuttavia, il contributo di tanti nella raccolta dei dati e la loro diffusione sta facendo maturare il confronto e lo scambio, e la gravità dei casi presi in esame certamente rappresenta un motivo in più per proseguire questo lavoro di scrittura che sta ormai diventando parte integrante della prassi del Servizio.

Scripta volant

Nel corso di una fase di cambiamento clinico-organizzativo in una comunità terapeutico-riabilitativa, nasce un conflitto tra alcuni operatori e il Responsabile. Il vivace dibattito sui contenuti del cambiamento, proposto dal Responsabile e contrastato da alcuni operatori, vede una deviazione dal confronto dialettico ad atti aggressivi di vario genere verso il Responsabile, ap-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

parentemente non direttamente connessi agli argomenti oggetto di discussione. Prendendo atto che le resistenze al cambiamento hanno preso una forma imprevista di aggressività indiretta, il Responsabile scrive sul "libro di bordo" della Comunità alcune considerazioni per esprimere amarezza e preoccupazione per la deriva che ha preso il lavoro in Comunità. Qualcuno dello staff fa pervenire la copia dello scritto a un sindacato molto popolare tra il comparto e presto compaiono sul giornalino del sindacato una serie di accuse al Responsabile circa presunte minacce agli operatori, condotte antisindacali e altri comportamenti illeciti. A breve irrompono sulla scena altri scritti: una lettera di rimprovero del Direttore al Responsabile di cui non accetta le giustificazioni scritte e una lettera anonima a Carabinieri e Guardia di Finanza con accuse di illeciti penali rivolte sempre al Responsabile. Scatta una formale indagine sia interna alla ASL di tipo amministrativo sia dei Carabinieri. Entrambe escludono condotte scorrette del Responsabile ma i Carabinieri chiedono al GIP la perizia calligrafica a carico di alcune persone sospettate di aver scritto la lettera anonima. Tuttavia, il GIP, pur riconoscendo che la lettera anonima costituisce reato, ritiene impossibile l'identificazione dell'autore della missiva e archivia il procedimento.

Per riflettere su questa vicenda di scritture incrociate, è utile ricordare quanto scrive Lacan (1966) nel seminario su *La lettera rubata* di E.A. Poe[1]. In questo racconto l'attenzione sul reale destino di una lettera compromettente viene fuorviata da una comune ricerca poliziesca quand'è invece alla portata di uno sguardo meno distratto dalle convenzioni. Secondo la lettura che ne fa Lacan, è nello spostamento dei significanti che si può intravvedere il senso del discorso inconscio:

> «La significazione come tale non è mai là dove crediamo debba essere (…) è a partire dall'analisi del valore simbolico dei diversi momenti del dramma che si può scoprire la sua coerenza e anche la sua motivazione psicologica» (Lacan, 1954-1955, pp. 238-9).

Secondo questa chiave di lettura, lo spostamento della lettera determina i soggetti, i loro atti e i loro destini e nessuno è in grado di sottrarsi a essa. Nel racconto di Poe oltre lo spostamento entrano in gioco anche il possesso e la

[1] Nel racconto di E.A. Poe si narra la vicenda della lettera che rischia di compromettere una regina perché sottratta da un ministro probabilmente a scopo di ricatto. Il ministro, anziché nasconderla, la lascia in bella vista nel suo studio e, dopo varie perquisizioni infruttuose, viene trovata dall'investigatore Dupin che abilmente gliela sottrae a sua volta. Lacan ne fa un commento negli *Scritti* a proposito del rapporto tra significante e significato e del destino della "lettera" intesa come «il supporto materiale che il discorso concreto prende dal linguaggio» (Lacan, 1957, p. 490).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

sottrazione. Anche nella catena di lettere appena descritta, si alternano possesso e sottrazione nonché sguardi attenti al senso profondo della questione che si dibatte in Comunità (alcuni operatori, il Responsabile, forse il sindacato) mentre ad altri protagonisti (altri operatori, il Direttore) pare sfuggire la relazione tra significanti (le varie scritture circolate) e l'attenzione resta focalizzata sul singolo prodotto isolato. Il risultato è che resta velata la questione fondamentale circa il conflitto in Comunità sulle scelte da compiere in merito alle proposte di cambiamento e che hanno visto la capacità dialettica sostituita da agiti. Le lettere seguite allo scritto iniziale del Responsabile, mancando per varie ragioni una lettura del contesto (come per le ispezioni della Polizia nel racconto di Poe), tendono a negare il pensiero critico in merito al conflitto e si limitano a una lettura parziale e necessariamente fuorviante. In ogni caso, la lettura difettosa si riverbera in un attacco al legame di lavoro che è anche frutto di uno scambio intersoggettivo nutrito da pensieri e parole. In particolare, la difettosa lettura di questo scambio di scritti mette in scena la tragedia della conoscenza capovolgendo la lezione di Sofocle (e Freud) sull'Edipo, come descrive Anglani*:*

> «Edipo viene punito con la cecità per aver voluto conoscere la verità dell'uomo; nel mondo di Poe la cecità è la precondizione del conoscere stesso, l'allegoria della conoscenza a priori che precede la lettura del reale attraverso i dettagli (…) se un problema richiede reflexion è meglio esaminarlo in the dark» (Anglani, 2018, pp. 7-8).

Parafrasando il racconto di Poe si potrebbe individuare nella lettera rubata il tema centrale della vicenda che è il conflitto tra il Responsabile e alcuni operatori della Comunità che avversano i cambiamenti da lui proposti. La regina che assiste alla scena della sottrazione è il Responsabile, spettatore impotente della vicenda cui cerca riparo tardivamente, il Ministro rappresenta chi (gli operatori dissidenti e il loro sindacato) ha interesse a deviare l'attenzione dai temi conflittuali mentre il re è il Direttore che dovrebbe garantire la Legge e la stabilità dello Stato ma è posto in una condizione di mancata conoscenza di ciò che è tramato alle sue spalle. L'astuto Dupin, invece, potrebbe rappresentare la capacità di sviluppare una teoria della mente dell'altro che tenga conto degli elementi visibili e invisibili delle comunicazioni e può essere paragonato al lavoro di trascrizione che svolge incessantemente l'inconscio. Questa trascrizione traduce sul piano significante dati che appartengono a un altro registro e cioè trasforma la traccia causata da un evento percepito in fatto psichico ed è anche la traduzione del rimosso, il suo ritorno in modo cifrato nelle formazioni di carattere linguistico dell'inconscio come lapsus, atti mancati, sintomi.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Sul carattere conflittuale relativo alle comunicazioni letterarie si possono ricordare illustri precedenti. Freud ce ne fornisce alcuni esempi nel riesaminare il racconto sul *Sandmann* di Hoffmann (1919) e sulla *Gradiva* di Jensen (1906) dove mette in evidenza gli aspetti perturbanti e ambigui dei testi. Nella vicenda conflittuale poco sopra descritta, viene piuttosto messo in luce il carattere aggressivo del linguaggio che nell'andare verso l'altro, come vorrebbe l'etimo (*aggrĕdi*, andare verso), lo assale attaccando lo sviluppo della catena significante e inchiodando il soggetto a una lettura parziale e deviata. Il linguaggio così rivela la sua natura ambigua come il *pharmakon*, rimedio e veleno riuniti nella stessa parola, linguaggio "salvavita" come detto all'inizio ma anche ingannevole e autore di tanti naufragi relazionali. Infatti, i gruppi umani con le loro dinamiche facilmente rivelano l'impasto pulsionale di cui è fatto ogni soggetto e che impregna le relazioni e la parola ne è lo strumento rivelatore principale.

Considerazioni finali e prospettive

Le riflessioni descritte nascono nel contesto dei servizi di salute mentale innanzitutto in riferimento al periodo in cui la pandemia Covid-19, all'inizio del 2020, ha comportato la restrizione dei contatti sociali e ha stimolato operatori e utenti a ricercare modalità alternative di relazione fino ad accettare la scrittura come uno strumento utilizzabile ed efficace. Inoltre, per mostrare la natura controversa del linguaggio e del suo uso sociale, è stato presentato anche un esempio di qualche anno prima tratto dal lavoro in una Comunità che qui si dimostra essere un luogo denso di scambi intersoggettivi di difficile lettura e con ricaduta talvolta assai problematica sui soggetti coinvolti.

Sappiamo che l'espressione verbale rappresenta una condizione privilegiata per la comunicazione umana ma questa risente profondamente di variabili soggettive e di contesto. In particolare, l'utenza dei servizi di salute mentale non è abituata a produrre scrittura quanto a riceverla sotto forma di ricette, certificati, cartelle cliniche ecc. Questi sono documenti formali, a volte stigmatizzanti per il contenuto clinico che definisce in modo rigido i rispettivi ruoli. Anche tra le figure sanitarie esiste storicamente una divisione tra chi redige abitualmente documenti riconosciuti a livello medico-legale o scientifico come relazioni a congressi o pubblicazioni (medici e psicologi) e altre figure professionali con minore familiarità con lo scrivere mentre con maggiore frequenza sono ricettori di scritture spesso molto gerarchizzate.

La novità di scrivere liberamente, leggere e ascoltare e persino sottrarre uno strumento gruppale per farne un uso individuale vorrebbe far crescere

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

l'attenzione e la sensibilità verso la scrittura e, tramite questa, verso il mondo della comunicazione in generale e sviluppare interesse per l'alterità. Da questo interesse nasce la presente raccolta di brevi esempi circa le variabili che influenzano il messaggio scritto e il ruolo di questo nell'ambito delle relazioni.

Il linguaggio fonda la qualità delle relazioni umane ed è determinato da queste. Si può addirittura sostenere che l'essere umano è fatto di linguaggio ed è parlato sin dal suo concepimento dalla trama culturale e di parole che lo precede e lo accompagna nel suo graduale inserimento sociale. Dall'attribuzione del nome proprio allo scambio di parola fin dalla prima infanzia, l'evoluzione psichica e fisica di ogni soggetto è intessuta di parole ascoltate, pronunciate, scritte, lette, persino sognate e immaginate. Edipo ascoltando le parole di un compagno inizia a dubitare sulla sua origine e corre ad ascoltare un oracolo. È poi con le parole che sconfigge la Sfinge e poi si accorge di essere precipitato nell'abisso dell'incesto e del parricidio attraverso le parole del cieco Tiresia. Ed è alla sola parola che si affida accecandosi dopo lo svelamento finale, una parola definitivamente vera e disperata. Quella di Sofocle, ripresa dalla psicoanalisi, è una grande lezione civile che ha attraversato 2500 anni di storia e informa tuttora la nostra cultura occidentale. La parola supera l'individuo che ne è assoggettato necessariamente. Lo stesso gioco del rocchetto analizzato da Freud (1920) e poi ripreso da Lacan (1954-1955) individua nella dialettica delle parole *fort-da* non tanto la dinamica relativa all'angoscia di separazione del bambino dalla madre quanto la capacità del linguaggio di autonomizzarsi dal soggetto sotto la forma di una catena di significanti che veicolano e vincolano l'umano al potere della parola:

«(…) già nella sua solitudine il desiderio del piccolo d'uomo è diventato il desiderio di un altro, di un alter ego che lo domina e il cui oggetto di desiderio è ormai la sua stessa pena (…)» (Lacan, 1953-1954, p. 216).

Questa particolarità umana si manifesta con maggiore pregnanza ovviamente nell'ambito delle relazioni sociali con un'ampia varietà di possibilità comunicative che vanno dal fraintendimento alla seduzione e confermano quanto scritto da Platone nel *Simposio*:

«E coloro che trascorrono assieme tutta la vita sono individui che non saprebbero neppure dire cosa vogliono ottenere l'uno dall'altro. Nessuno invero potrà credere che si tratti del contatto dei piaceri amorosi, ossia che in vista di ciò l'uno si rallegri di stare vicino all'altro, con uno slancio così grande: è evidente, al contrario, che l'anima di entrambi vuole qualcos'altro che non è capace di esprimere; di ciò che vuole, piuttosto, essa ha una divinazione, e si esprime per enigmi» (Platone, 1994, p. 47).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

La complessità del linguaggio risiede anche nel fatto che esso non descrive soltanto ma agisce perché, come sostiene Benvenuto, esso ha un ruolo "performativo" grazie alla "forza misteriosa dei significanti" (Benvenuto, 2021).

Lacan nel *Seminario X* (1962-1963) descrive le forme dell'*oggetto a* e tra queste inserisce la voce e sottolinea come la voce *non* corrisponda al discorso e non possa essere equiparata al parlare in quanto la voce si muove tra corpo e godimento in relazione all'Altro. Anche la parola scritta coinvolge il corpo e si rivolge all'Altro con la mediazione della materia (la carta, la penna, il pc ecc.) e dell'intervallo spaziale che separa chi scrive e chi legge. La scrittura, avvicinando voce e sguardo, tempo e supporto materiale favorisce l'attività simbolica e mette a confronto la rappresentazione del sapere e la presenza del Soggetto davanti a sé attraverso la funzione di specchio svolta dalla scrittura. Il dialogo immaginario dello scrivere vede un prologo impegnativo dato dal foglio bianco che subito rende il monologo un rischio limitato dalla barra del sapere idealizzato che deve esprimersi a partire da quello spazio vuoto iniziale, esalta la mancanza che fonda la domanda all'Altro.

Per tornare alle questioni legate alle pratiche di scrittura in un Servizio di Salute Mentale, sempre più spesso si è prestata attenzione al recupero delle capacità comunicative dei pazienti gravi che, all'interno di un processo di "recovery", può far riacquisire strumenti che ne garantiscano l'effettiva inclusione sociale. Di queste capacità in passato si sono occupate molto le comunità terapeutiche che, nel loro lavoro minuzioso sulla quotidianità e sugli aspetti emozionali e relazionali all'interno della vita in comunità, hanno evidenziato come anche i pazienti psicotici gravi possano migliorare molto nella loro capacità comunicativa e, in particolare, nella possibilità di esprimere verbalmente contenuti emotivi (Torricelli, 2004). Questo dato è molto importante perché individua la possibilità fondamentale di andare verso la consapevolezza di una condizione di fragilità psichica e verso la capacità di chiedere aiuto che è la base per fondare una buona relazione di cura e orientarsi verso il legame sociale. Si può riconoscere che l'ingresso nel campo nella condivisione sociale si attua attraverso una vera e propria "alfabetizzazione emotiva di comunità", dove il *cum munus* fondativo del legame passa per la messa in comune di un codice comunicativo. In questa direzione va lo strumento del "contratto terapeutico", da anni utilizzato nelle comunità terapeutiche per scandire il percorso terapeutico-riabilitativo e che oggi si inserisce anche nel lavoro dei centri di salute mentale con varie denominazioni (per esempio PTI cioè "piano terapeutico individuale") dove la stesura del testo e le relative verifiche periodiche tra pazienti, familiari e curanti individuano e valorizzano proprio il terreno dell'incontro tra soggettività e legame sociale che si annodano spesso in modo ambivalente.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Inevitabilmente, gli esseri umani sono legati tra loro da un filo fatto di linguaggio e dalla trasmissione sempre complessa, mai univoca. Questo filo ci interroga nella nostra qualità di soggetti umani alle prese con l'alterità che spesso attiva letture controverse. Si tratta di un filo facile a spezzarsi ma che può trasmettere, sia in senso transgenerazionale sia trasversalmente, memorie, saperi, domande e costituisce la trama di pensiero che fonda i legami nella società contribuendo a stabilire quella base comune che ha trovato un costrutto teorico nel concetto di "fiducia epistemica". Troviamo un interessante esempio di questa tensione nel mondo dell'arte: Maria Lai. Questa originale artista, producendo raffinati intrecci di fili tra oggetti e persino tra soggetti umani e ambiente, propone l'importanza del legame affettivo con le origini, la storia soggettiva e del contesto di vita. I suoi libri cuciti visualizzano l'alternanza del pieno e del vuoto della parola che lega e separa gli individui in una vita di comunità che è anche fatta di buchi, cadute e di esili tracce del dire.

Un altro tema collegato alla scrittura è la memoria. Affidiamo allo scrivere anche il compito di contrastare l'oblio, questo particolare aspetto della caducità umana stretta tra il lavoro della rimozione e l'ineluttabile trascorrere del tempo, è un tentativo di trattenere ciò che non c'è più, il «solo frammento di eternità che all'uomo è consentito» (Ricoeur, 2000, p. 77).

Come ci ricorda Havelock (1978), il meccanismo che fa scattare il processo mnemonico è di tipo narrativo. Quindi narrare e ricordare possono sostenersi a vicenda e scrivere fa rivivere ciò che è passato e mette in atto una possibilità di controllo sul tempo e sulle vicende che vengono narrate. Oltre a questo, scrivere offre la possibilità di ripensare a ciò che è passato e tentare una nuova progettualità. Le Istituzioni non sempre hanno cura della memoria del loro operato e raramente si occupano del valore della trasmissione di questa memoria. Talvolta, a posteriori, alcuni operatori riprendono alcuni aspetti per approfondirli e ripensarli ma tale pratica appare del tutto occasionale perché non è prevista una modalità organizzata di apprendimento dall'esperienza. Specie nelle nostre istituzioni psichiatriche si assiste a volte alla mera rimembranza elogiativa o di carattere storico di alcune pratiche o di taluni personaggi illustri del passato, oppure a esercizi ideologici, per esempio pro o contro la L.180 o, più recentemente, sul tema della pericolosità del paziente autore di reato. Manca tuttora una narrazione organizzata che metta in luce i vari passaggi che sono avvenuti e avvengono tuttora nel lavoro nei servizi di salute mentale territoriali e che rappresenti l'operato di tutte le figure professionali, alcune delle quali continuano a restare ai margini di tale possibilità comunicativa con la scrittura che resta a rappresentare solo una parte di loro. La parola scritta, così, resta a indicare la capacità selettiva del linguaggio e ne amplifica la portata aumentando il gap tra figure professionali. In questo modo viene paradossalmente incentivata la pregnanza del materiale trasmesso con modalità non

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

scritte, denso di elementi emozionali difficili da trattare ma incisivi sul legame sociale e sulla trasmissione intergenerazionale.

Forse Lacan aveva in mente questo singolare intreccio tra caducità e permanenza della parola che circola tra soggetti quando ha coniato il celebre motto:

«*Verba volant, scripta manent*. Avete mai riflettuto che una lettera è appunto una parola che vola? *Volée*, rubata, una lettera può esserlo, perché una lettera è un foglio che vola. Sono gli *scripta* che *volant*, mentre le parole, ahimè, restano. Restano anche quando nessuno se ne ricorda più» (Lacan, 1954-1955, p. 251).

Riferimenti bibliografici

Anglani B. (2018). "Ad occhi chiusi". Lacan (non) legge Poe. *Sinestesieonline*, 23: 7-8. DOI: 10.14273/unisa-1472

Benvenuto S. (2021). *Dar nome al proprio male.* Quaderni di psicoanalisi & psicodramma analitico, 13, 1/2: 204-213. Testo disponibile al sito: http://www.sipsarivista.it/quaderni/n13_Quaderni_psicoanalisi_psicodramma_analitico_2021.pdf

Cavicchia I. e Solfanelli A., a cura di (2022). *Think Poetic*. Roma: VF Press.

Ferruta A. (1998). Le opere e i giorni. La relazione terapeutica con i pazienti cronici. *Psychomedia*, V, 2, luglio-dicembre 1998. https://www.psychomedia.it/sipp/pstrpsan/ptps-98-2.htm).

Freud S. (1920). *Al di là del principio del piacere*. OSF, 9. Torino: Bollati Boringhieri.

Freud S. (1985). *Lettere a Wilhelm Fliess 1887-1904*. Torino: Bollati Boringhieri.

Havelock E.A. (1978). *Dike. La nascita della coscienza*. Roma-Bari: Laterza, 1981.

Lacan J. (1953-54). *Libro I. Gli scritti tecnici di Freud*. Torino: Einaudi, 1978.

Lacan J. (1954-55). *Libro II. L'Io nella teoria di Freud e nella tecnica della psicoanalisi (1954-55).* Torino: Einaudi, 1991.

Lacan J. (1957). L'istanza della lettera nell'inconscio o la ragione dopo Freud. In: *Scritti*. Torino: Einaudi, 1975.

Lacan J. (1962-1963). *Il seminario. Libro X. L'angoscia* 1962-1963. Torino: Einaudi, 2007.

Lacan J. (1972). Del discorso psicoanalitico (1972). In: *Lacan in Italia – Lacan en Italie* (1953-1978). Milano: La Salamandra, 1978.

Mencarelli D. (2020). *Tutto chiede salvezza*. Milano: Arnoldo Mondadori.

Musil R. (1956). *L'uomo senza qualità.* Vol. I. Torino: Einaudi, 1957.

Platone (1994). *Simposio.* Milano: Adelphi.

Ricoeur P. (1998). *Ricordare, dimenticare, perdonare*. Bologna: Il Mulino, 2000.

Torricelli F. (2004). La valutazione dei processi e degli esiti nella Comunità Terapeutica. *Psichiatria & Psicoterapia*, 1.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Modificazioni nella concezione e nella conduzione del lavoro gruppale di fronte alle variegate realtà del privato, del privato sociale e delle Istituzioni

di Stefania Picinotti*

[Ricevuto il 23/09/2022
Accettato il 26/03/2024]

Riassunto

Questo è lo studio di un caso di lavoro di gruppo tra colleghi professionisti, commissionato dall'istituzione COIRAG. La durata del percorso è stata di sei incontri a cadenza mensile. Due sono stati gli obiettivi dati: uno scientifico e culturale, ovvero quello di condividere le pratiche cliniche tra i soci, l'altro politico ovvero di estendere la rete dei rapporti con le altre istituzioni che si occupano di salute mentale. Considerata l'ampiezza del mandato, si è proceduto operativamente adottando il criterio della gradualità. Si è adottato un metodo di lavoro specifico, riguardo al setting: un attivatore del gruppo, un reporter che tenesse memoria scritta, un osservatore delle dinamiche transferali, un osservatore delle competenze specifiche dei membri del gruppo. Si sono messi a fuoco ed elaborati cinque temi specifici emersi direttamente dai partecipanti al gruppo. Ci siamo chiesti principalmente se il paradigma psicoanalitico, che si fonda sull'invariante metodo delle libere associazioni, potrà essere permeabile o meno al cambiamento sociale in atto.

Parole chiave: Costruzione del gruppo, Gruppo di riflessione, Setting, Psicoanalisi, Assistenza alla salute mentale.

* Psicoanalista, psicoterapeuta, psicodrammatista. Presidente SIPsA, docente COIRAG e Sapienza Università di Roma (studio: via Fidenza, 15 – 00182 Roma); picinotti.stefania@gmail.com

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Abstract. *Changes in the diverse realities of the private, social and institutional sectors in the conception and implementation of group work*

This is a case study of group work among professional colleagues, commissioned by the COIRAG institution. The duration of the course was six meetings held monthly. Two objectives were given: one scientific and cultural, namely to share clinical practices among members, the other political, namely to extend the network of relationships with other mental health institutions. Given the breadth of the mandate, it proceeded operationally by adopting the criterion of gradualness. A specific working method was adopted regarding the setting: a group activator, a reporter who would keep written records, an observer of the transferal dynamics and an observer of the specific skills of the group members. Five specific themes that emerged directly from the group participants were focused on and elaborated. We mainly wondered whether or not the psychoanalytic paradigm, which is based on the invariable method of free associations, would be responsive to current social change.

Keywords: Team building, Think tank, Setting, Psychoanalysis, Mental health care.

Premessa

Questo gruppo è stato attivato su mandato della Commissione Scientifica di COIRAG, con un obiettivo, non solo scientifico e culturale, ma si pone l'obiettivo politico dell'estensione e del radicamento della rete COIRAG, come partecipante attivo ai contesti decisionali sulla salute mentale. A tal fine, nel mandato istituzionale, si ritiene importante realizzare anche una ricognizione interna del capitale sociale dei partecipanti riguardo alla loro presenza all'interno delle reti che si occupano, a vario titolo, di salute mentale.

Introduzione

La complessità del mandato e l'ampiezza del tema hanno determinato delle scelte operative che hanno adottato il criterio della gradualità.

Come attivatore e facilitatore del Gruppo di Interesse intendo quindi utilizzare uno stile narrativo che possa descrivere nel dettaglio come il gruppo ha lavorato.

Nella funzione di garante del processo ho istituito un setting che ha previsto un piccolo gruppo di lavoro che desse struttura al grande gruppo considerata la numerosità iniziale di adesioni (50 iscritti). Il piccolo gruppo di staff è stato così composto: da un reporter che ha tenuto me-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

moria di quanto veniva detto, ruolo affidato alla collega Orsola Ranieri[1], un osservatore con la funzione di rilevare le dinamiche gruppali, le motivazioni e i contenuti epistemologici, ruolo affidato a Francesca Alby[2], infine un collega con il compito di mappare le competenze emergenti dal lavoro del gruppo con l'obiettivo di individuare connessioni possibili con le istituzioni del territorio relativamente alla salute mentale, ruolo svolto da Giovanni Di Stefano[3].

Ringrazio i colleghi per la loro presenza costante e per le rielaborazioni successive a ogni incontro che abbiamo fatto insieme. Senza di loro non sarebbe stato possibile articolare e approfondire il lavoro effettuato.

Il gruppo si è svolto a cadenza mensile per sei incontri di due ore. Ci siamo dati una metodologia di lavoro che prevedesse, nel primo incontro, una esplorazione delle motivazioni alla partecipazione e gli interessi specifici dei presenti per poterne ricavare cinque temi che avrebbero orientato i successivi incontri.

Il modo di procedere, a ogni incontro, è stato il seguente: si è partiti con una sintesi estratta dal report dell'incontro precedente e una breve introduzione/stimolo al tema oggetto dell'incontro; in chiusura di ogni incontro si è data lettura dell'osservazione. L'esito della mappatura delle competenze è stato elaborato nel corso d'opera e restituito al gruppo nell'ultimo incontro.

Unico vincolo dato ai partecipanti è stato quello di mantenere, per quanto possibile, una presenza costante in quanto gli incontri erano stati pensati come un percorso.

A valle di tutto il processo, a conclusione di questo ciclo di incontri, ringrazio tutti i partecipanti[4] poiché la loro presenza attiva e qualificata ha dato spessore e consistenza al lavoro fatto insieme che vado a presentare.

[1] Psicoterapeuta individuale e di gruppo, neospecializzata COIRAG.

[2] Professore associato Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Sapienza Università di Roma, psicoterapeuta, psicodrammatista.

[3] Ph.D. Pubbliche Relazioni, ricercatore di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, Università degli Studi di Palermo, Dipartimento di Scienze Psicologiche, Pedagogiche, dell'Esercizio Fisico e della Formazione. Gruppoanalista.

[4] Nicolò Malcangio, Renato Lalli, Valeria Bianchi Mian, Laura Scotti, Massimo Pietrasanta, Andrea Dalla Porta, Valentina Lo Mauro, Aurelia Galletti, Giuliana Tonoli, Gina Cadeddu, Roberta Richetta, Andrea Jannaccone Pazzi, Valentina Lo Mauro, Raffaella Gonnella, Maria Gabriela Sbiglio, Francesco Sinatora, Silvia Corbella, Luigi Spadarotto, Daniele Malus, Giovanna Tonoli, Michele Benetti.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Il primo incontro

L'incontro si è aperto con un primo spunto di riflessione a partire da un esergo che, parafrasando il testo *La partizioni delle voci* di Jean-Luc Nancy (1982) ci indica come la comunità sia un compito infinito nel cuore della finitezza.

In questa finitezza si incarnano i *valori* della vita di comunità, della nostra comunità COIRAG, valori che sono stati richiamati a fondazione del gruppo: identità, reciprocità e fiducia. Allo stesso tempo, è stata ricordata l'utilità e l'opportunità, in quanto professionisti che si occupano di gruppi, di investire energie nel ripensare la ricchezza della pluralità di forme sociali, comunitarie e di cura che stanno tra l'individuo e i grandi apparati sistemici, economici e burocratici che costituiscono l'infrastruttura del nostro tempo.

In questo Gruppo di Interesse si è attivato, fin dall'inizio, un *micro-processo trasformativo* che ha usato, come prima chiave di accesso, la dimensione narrativa alla ricerca di una *rinnovata identità collettiva* non riconducibile a ideologie o a programmi di sviluppo ma che potesse nutrirsi del continuo e concreto confronto dialettico tra i suoi membri.

In primo piano, come dicevo, sono state le motivazioni e le aspettative dei partecipanti: dal desiderio di confronto sulle nuove configurazioni del sociale, al desiderio di poter incidere con le nostre prassi sui processi decisionali riguardo a tutto ciò che ruota in ambito di salute mentale.

Sono emerse tante domande relative alla comune difficoltà incontrata nell'attivazione dei gruppi analiticamente orientati nel confronto con altre tipologie di gruppi, condotti da non professionisti (volontariato, mutuo aiuto ecc.). Ci si è interrogati su come si può incontrare la domanda di intervento soprattutto nei servizi pubblici. L'analisi della mutata domanda del sociale e delle istituzioni ha attraversato i nostri discorsi mettendo in evidenza una ulteriore criticità di cui prendere atto, ovvero la tendenza a chiedere ai curanti risultati tangibili in tempi brevi.

Ci siamo quindi interrogati sulle possibili risposte, tenendo conto del nostro modello concettuale. Come attivatori di gruppi nella contemporaneità ci siamo chiesti se risulterebbe più accettabile un dispositivo di lavoro che fornisca orientamenti e risposte, su un piano meno implicativo a livello intra- e interpsichico.

Ci siamo indirizzati su due atteggiamenti diversi che riguardano il setting: proporre gruppi più facilmente attivabili in base alle differenti domande emergenti nel sociale, come, ad esempio, focus group per brevi percorsi, oppure, partendo dal presupposto che è l'offerta a creare la domanda, mantenere salda l'infinita applicabilità del gruppo a orientamento analitico.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Mettendo in connessione esperienze e competenze abbiamo convenuto che sarebbe stato utile iniziare a dibattere questi temi creando, al nostro interno, un *circuito virtuoso* di scambio di buone pratiche.

Si è molto riflettuto sulla funzione di un gruppo di *back office* dove si possa coltivare un pensiero che colga gli attraversamenti sociali e culturali del nostro tempo e si possa riflettere sul come rientrare attivamente nelle istituzioni che si occupano di salute mentale.

Da questa prima ricognizione, ricca di spunti e quesiti, sono stati estrapolati, a cura del nostro piccolo gruppo di staff, i temi da proporre per i successivi incontri a nutrimento del confronto dialettico e per delimitare il campo.

Di seguito sono elencati in ordine di svolgimento.

1. Come rafforzare la funzione di *back office* gruppale declinato nei vari ambiti di intervento che riguardano la salute mentale;
2. il tempo: esplorare modelli di format brevi, a cosa si può rinunciare e cosa è necessario mantenere;
3. la prevenzione: come aprire canali sul territorio, come arrivare a nuove utenze e a collegamenti con la comunità;
4. gruppi nelle istituzioni: come curare il gruppo di lavoro dentro il quale si colloca la psicoterapia psicoanalitica di gruppo;
5. quali competenze di secondo livello possiamo mettere in gioco nel cambiamento di paradigma?

1. *Come rafforzare la funzione di* back office *gruppale declinato nei vari ambiti di intervento che riguardano la salute mentale.*

   Siamo tornati quindi, sull'assunzione di questa funzione di *back office* da parte del Gruppo di Interesse, nei confronti della gruppo/istituzione COIRAG. *Back office* in quanto luogo dove si realizza la matrice (inconscia) che rende possibile il nostro operare che fa riferimento a gruppalità multilivello (le gruppalità interne, i sedimenti della nostra formazione e delle nostre esperienze, i gruppi di colleghi, i gruppi esterni). Il *back office*, quindi, come qualcosa che accade in un altrove rispetto alla scena principale del *front office* nel quale ci si trova a rispondere frettolosamente e superficialmente alle richieste dei nuovi domandanti.

   Abbiamo immaginato uno spazio terzo, liminare, interstiziale, come quello dei corridoi e delle cucine, dove l'atmosfera si fa più intima, in modo che emerga anche la soggettività di ognuno in connessione con il sociale (il collettivo) e con l'istituzione. Una "infrastruttura" che fa gioco dove si può incardinare, sia l'impensabile, come dimensione del reale, sia ciò che non è stato ancora pensato, come dimensione immaginaria che può trovare nei vari linguaggi utilizzati la sua espressione simbolica.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Per non polarizzarci sulle posizioni, *front* e *back*, è stata necessaria una oscillazione nello spazio interstiziale tra l'onirico e l'obiettivo, tra un pensiero associativo-sognante e un pensiero investigativo-differenziante.
È emersa così una definizione più precisa e contestualizzata del "Gruppo di Interesse", ovvero si è determinato come un "Gruppo di Ricerca", che utilizza il piccolo gruppo al suo interno, come una "task force", che ha il compito di far funzionare il gruppo più grande che a sua volta è dentro a una istituzione. Si è anche considerato che, la natura di un gruppo a termine, quale è stato il nostro, ha richiesto un lavoro di preparazione maggiore rispetto a un gruppo non a termine.
Così, ci siamo collocati temporalmente in una fase "preliminare" rispetto al mandato istituzionale, fase in cui si è cercato di garantire una pensabilità che, anche se non immediatamente tangibile, potesse mettere in atto un processo trasformativo.
Si è tornati sull'inconscio, sulla produzione collettiva di frammenti inconsci che vanno a costruire delle rappresentazioni che sono state messe in comune. È stato condiviso l'esito di un social dreaming, avvenuto esternamente al gruppo, in cui erano emersi "oggetti" di diverso tipo: diamanti, coriandoli, cioccolatini, semi. Questi oggetti evocativi sono stati assunti come rappresentanti delle differenti "qualità" che il Gruppo di Interesse stava utilizzando.
È prevalsa l'immagine dei semi associata alla capacità di un ascolto aperto, come strumento duttile e flessibile per analizzare la domanda di chi chiede cura. A questa basilare riflessione si è intrecciata costantemente la preoccupazione sulla possibilità o meno di portare a termine il compito istituzionale.
Forse un primo compito importante messo in campo è stato quello di cercare, al di là del linguaggio comune, di articolare il discorso del gruppo in linguaggi diversi. Poter pensare di imparare le "lingue straniere" e poterle parlare.
Si è tornati ancora sui semi, sul seminare. Semi di pensiero in una situazione che potrebbe divenire conflittuale. Ci siamo trovati a coltivare pensiero versus irruzione del reale. Ci siamo detti chiaramente che non basta seminare ma bisogna anche coltivare perché non tutti i semi germogliano e danno frutti, c'è il rischio che diventino coriandoli che fanno solo scena.
In questo gruppo abbiamo vissuto intensamente lo spaesamento della discontinuità dei partecipanti, delle entrate e delle uscite, delle assenze. Abbiamo continuato a curare questo spazio per garantirne le possibilità trasformative, anche mettendo in dubbio i valori declinati inizialmente.
Si è aperto con questi interrogativi il terzo incontro relativo al tempo.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

2. *Il tempo: esplorare modelli di format brevi, a cosa si può rinunciare e cosa è necessario mantenere.*

Dall'incontro precedente era emerso chiaramente, che stavamo procedendo con un metodo di lavoro basato sulla proposta di contenuti "emici", ovvero quelli che emergevano dal gruppo stesso, *con funzione distintiva e costruttiva anziché descrittiva*. Questo aspetto ci ha fatto sentire tutti più coinvolti e disposti a definire e a coltivare quei semi che metaforicamente abbiamo assunto come oggetti di lavoro.

Siamo così passati all'esplorazione dei modelli di cura che possano essere praticabili, a livello gruppale, perché la domanda e l'offerta possano incontrarsi considerando appunto la dimensione del tempo che abbiamo declinato in tre modi: *il tempo dell'inconscio* (tempo logico), *il limite* (finito non finito), *la durata* (tempo cronologico).

E poi, diversificati i tempi, abbiamo ripreso i nostri semi e ci siamo chiesti qual è l'*humus collettivo* nel quale vanno seminati. Abbiamo pensato all'humus come un complesso di sostanze organiche presenti nel suolo, derivato dalla de-composizione di residui vegetali e animali e dalla sintesi di nuove molecole organiche a opera di vari organismi**,** abbiamo facilmente fatto un parallelo con il sostrato di fattori sociali, culturali e anche inconsci che promuovono, favoriscono o condizionano il sorgere di situazioni, fatti, manifestazioni. Abbiamo pensato di considerarlo un processo che parte da una d*e-composizione di aspetti residuali del nostro operare, per approdare alla com-posizione di nuove strutture a opera di vari organismi*. È stato necessario quindi, come già espresso, identificare gli strumenti a disposizione e l'uso che ne possiamo fare.

Uno di questi strumenti, che è anche la competenza di una comunità, è la capacità di riflettere sulla *qualità dei legami che caratterizzano l'humus collettivo*. Dove "compètere" è da intendersi nel suo significato letterale: chiedere insieme, andare, dirigersi, incontrare. *Competenza è infatti la capacità di orientarsi in un determinato campo.*

Nel nostro lavoro in divenire abbiamo scoperto di essere in un ascolto autentico e reciproco e sul "tempo determinato", il tempo breve, vengono riportate numerose esperienze nelle istituzioni sia con i pazienti, sia di supervisione con gli operatori.

È emerso che il tempo determinato ha una caratteristica specifica di *intensità terapeutica* e che il tempo breve *velocizza i processi*. Risulta funzionale a rassicurare i pazienti, dare i confini aiuta molto a dare senso *all'esperienza della fine* e quindi far emergere il tema della morte e la conseguente elaborazione del lutto. La trasformazione avviene velocemente nel corso di un tempo breve, d'altro canto il sintomo è ascoltato in modo circoscritto e delimitato, il lavoro terapeutico trova una sua fragile

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

strutturazione *senza possibilità di una stratificazione.* Ma a volte il gruppo a tempo limitato può far nascere una domanda di cura diversa e più duratura nel tempo. Utile è stato anche immaginare *un lavoro per fasi successive.*

Ci è sembrato che in questo momento storico proporre gruppi a termine sia più favorevole per incontrare la domanda che emerge nel sociale: sembrerebbe contenitivo dell'incertezza che viene vissuta sia dai terapeuti che dai pazienti.

Nei servizi pubblici si sente molto la pressione di dover prendere in carico tante persone in poco tempo, pur mantenendo una qualificata capacità di accoglienza, sia verso l'utenza esterna che verso il gruppo dei curanti.

Quindi si è convenuto che il tipo di intervento da mettere in atto in un gruppo a termine, mantenendo il paradigma psicoanalitico, oltreché fissare un vertice interpretativo sugli obiettivi limitati che si pongono, fosse quello di concepire gli interventi come una inseminazione che può forse dare *frutti inaspettati*. In questo processo si rende fondamentale tenere insieme le dimensioni del tempo logico e del tempo cronologico, lasciandosi interrogare sia dal limite che dal liminale.

È stato portato l'esempio della psicosi in cui ci troviamo di fronte alla negazione del tempo, tutto ciò che avviene è in un tempo bloccato difficile da cogliere per gli operatori.

L'ascolto analitico deve far quindi attenzione a queste sfumature, al come far nascere la domanda, a creare una situazione in cui sia possibile tradurre l'ascolto in un intervento specifico. Ciascun contesto consente di definire gli obiettivi e i tempi, ma è molto difficile ragionare sul tempo se non attraverso *un ascolto più minuto delle esperienze,* ciascuna delle quali racconta di *irrinunciabili aspetti da mantenere*. In primis rinunciare all'onnipotenza del terapeuta per non perdere di vista *la cura del tempo degli altri.* Per riprendere l'immagine dell'humus come luogo specifico di messa in coltura, abbiamo ritenuto importante considerare che esiste un *tempo necessario* perché i semi possano germogliare.

Arriviamo così al tema della prevenzione.

3. *La prevenzione: come aprire canali sul territorio, come arrivare a nuove utenze e a collegamenti con la comunità.*

   Ci siamo detti che il compito diventa ancor più complesso quando si tratta di tradurre in un intervento ciò che sta prima della domanda, ciò che è ancora sconosciuto e che *supponiamo essere necessario.*

   Si è fatto riferimento, citando Benasayag (2015), alla necessità di considerare nuove categorie di pensiero poiché viviamo una contemporaneità caratterizzata dall'esposizione a traumi importanti come il virus Covid-19, l'attuale guerra in Ucraina. Il mondo psichico interno è stato invaso

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

dal reale di avvenimenti esterni di grande portata che hanno messo curanti e pazienti sulla stessa barca. Abbiamo quindi fatto insieme lo sforzo di *mettere in figura il tema della precarietà dell'esistenza.*

Sono stati inoltre introdotti il concetto di *iperadattamento* e di *migrazione nel web,* ricordando che siamo nell'*era del postumano* in cui si accentua la mancanza della struttura simbolica come nella "psicosi bianca" ben descritto da Green (1973).

La *prevenzione* è stata quindi pensata come *promozione della salute, come politica della salute.* Si fa riferimento alla *psicoigiene come politica della salute* nell'accezione di Bleger (1966).

La prevenzione è funzionale se si crea un progetto: a livello sociale è importante prevenire la depressione e il senso di impotenza. Va prevenuta quindi, in senso più ampio, *l'incapacità di fare progetti*. E ancora prevenzione non come "cure precoci" ma come incontro con altre professionalità, con altri linguaggi, con altri gruppi. Come ricerca di possibilità di *azione congiunta e multidisciplinare, socioeconomica e politica.*

Emergono due immagini: un ponte che collega passato e futuro e un ventaglio, come possibilità di offrire diverse opzioni.

Abbiamo concluso che la prevenzione va intesa come *attitudine alla ricerca***,** ovvero come capacità di mettere in campo la parte più esplorativa dell'approccio analitico. È importante far emergere le possibilità di intervenire anche dove l'istituzione non arriva.

Siamo approdati infine al tema delle istituzioni.

4. *Gruppi nelle istituzioni: come curare il gruppo di lavoro dentro il quale si colloca la psicoterapia psicoanalitica di gruppo.*

Siamo partiti da una premessa di inquadramento concettuale, ricordandoci che la realtà istituzionale si configura come una realtà esterna all'individuo, caratterizzata da regole preesistenti, stabilite in sua assenza. Ed è questo che questo rende l'ingresso e la permanenza di ciascuno nell'istituzione un'esperienza critica sotto molti punti di vista. Gli aspetti critici riguardano la necessità di *articolare l'istituzione,* intesa come realtà esterna al singolo, *con l'immagine interna* che ciascuno ha e *con le aspettative coltivate*. Questo è uno snodo fondamentale per la possibilità o meno di elaborare tensioni e difficoltà relative al lavoro nelle istituzioni. Perché l'individuo possa fare questo passaggio sentendosi "titolare" del proprio bisogno di riconoscimento, da parte dell'istituzione, e perché possa aspirare a essere "pensato" deve essere assolta una funzione assimilabile a una "mente istituzionale". Tale funzione viene svolta, come sappiamo, da gruppi di studio, da supervisori, da figure di garanti che costruiscono dispositivi che consentono all'équipe di lavoro di pensare e di

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

metabolizzare conflitti e disagi che inevitabilmente si creano nelle attività che si svolgono nelle istituzioni.
Attivare questa funzione significa oltreché corrispondere alle aspirazioni dell'individuo, contribuire anche alla trasformazione dell'immagine interna dell'istituzione che ognuno ha.
In questo senso, è necessario tenere conto sia del legame bidirezionale individuo-istituzione, sia dell'istituzione come luogo di vincoli e di opportunità in cui si possono attivare o inibire i processi di cambiamento.
Sul tema "come curare il gruppo di lavoro" si è dimostrata la capacità dei partecipanti al Gruppo di Interesse di districarsi nella complessità multilivello costituita da gruppi di gruppi, da dinamiche intra-, inter- e transgruppali, da alleanze tra committenti e utenti/fruitori. Si sono immaginate vicende del futuro a partire da questi elementi essenziali sopra descritti e da un discreto spirito di esplorazione. L'immagine eloquente evocata è stata quella di "Star Trek", un lungo viaggio interstellare, insieme ai buchi nelle reti dei pescatori come luoghi di domande senza risposta, luoghi del rimosso e luoghi da riparare.
Infine, riguardo alle vicende personali, alla socialità, agli interessi, ci si pronuncia sulla possibilità dell'"after hours", riflessioni fuori orario. Gradi di libertà ai margini dell'istituzione, dei social, del mercato e degli inquietanti "data room".

5. *Quali competenze di secondo livello possiamo mettere in gioco nel cambiamento di paradigma?*
L'aspetto delle competenze di secondo livello da mettere in campo nel cambiamento di paradigma è stato poco dibattuto dal gruppo perché considerato un tema da esplorare in modo più approfondito in un eventuale secondo ciclo di incontri. Nel terzo incontro si era accennata una definizione da dare alla competenza che una comunità dovrebbe avere, l'abbiamo intesa come capacità di riflettere sulla *qualità dei legami che la caratterizzano, competenza come capacità di orientarsi in un determinato campo.*
Si è pertanto dedicato il tempo di questo ultimo incontro a riflessioni e impressioni conclusive da parte del gruppo dei partecipanti sul percorso fatto insieme. Si è dibattuto sull'effettiva utilità di questo specifico "Gruppo di Interesse", sui focus trattati e sul modo di procedere. Si è convenuto che il tipo di esperienza è stata per tutti di reciproco arricchimento in termini di pensiero, accompagnata dal piacere di condividere uno spazio dedicato. Il gruppo si è disposto favorevolmente alla prospettiva di una nuova futura sperimentazione in cui è stato ritenuto utile svincolare l'idea dalle persone, per evitare un implicito impegno dei presenti a parteciparvi.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Riflessioni conclusive

Il bilancio che abbiamo fatto a posteriori anche con i colleghi, nel piccolo gruppo di lavoro di staff, è stato positivo per ciò che riguarda la circolazione dei pensieri, la ricchezza e la qualità dei contenuti e la messa a fuoco dei temi emergenti.

D'altro canto, il numero ridotto di partecipanti che sono arrivati fino alla fine del percorso e la quasi nulla partecipazione di colleghi neospecializzati ci interrogano molto sul fatto che un contenitore potenzialmente accogliente e strutturato dove incontrarsi e dialogare sia stato uno spazio poco utilizzato. Da questa esperienza abbiamo appreso quanto sia faticoso adottare linguaggi diversi e quanto sia ambizioso riuscire a parlare più lingue. Faticoso e ambizioso ma forse non impossibile se ci posizioniamo nella dimensione dell'incompiuto.

"Il sociale corre", afferma l'unica giovane collega del nostro gruppo, questo ci dice che serve la vivacità e la creatività delle nuove generazioni per dare forza alle nostre riflessioni, alle nostre azioni. Forse non è necessario correre, ma continuare a chiedersi se il paradigma psicoanalitico che si fonda *sull'invariante metodo* delle libere associazioni potrà essere permeabile o meno al cambiamento sociale in atto.

Da parte nostra abbiamo ritenuto necessario lasciare aperta questa esplorazione, questa ricerca, in una cornice dove auspichiamo che l'istituzione sia meno istituita e più istituente.

Riflessioni postume

Sul possibile rilancio del "Gruppo di Interesse" si è pensato, tenuto conto dei temi emersi in fase preliminare, di virare trasversalmente e proporre il tema de "I gruppi omogenei" declinati nei contesti del privato, del pubblico e del terzo settore.

La dimensione dell'omogeneità, peraltro all'origine della psicoanalisi gruppale con l'esperienza di Bion (1917-1919) sui militari vittime di traumi bellici, si propone spesso come punto di convergenza tra esigenze cliniche, economiche e gestionali, al di là delle mere categorie diagnostiche o sociali-esistenziali.

Il confronto su tali tematiche, sempre a partire dalle concrete esperienze dei partecipanti, può consentire anche una iniziale e più puntuale mappatura delle attività dei soci COIRAG sul territorio, utile nel momento in cui ci si propone una maggiore attenzione ai cambiamenti in atto, sia nel sociale che nella nostra

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Associazione con la possibilità di orientarci, successivamente, verso interlocutori esterni con i quali interagire in rete sui temi della salute mentale.

Ci si aspetta, inoltre, che il tema in questione possa essere di maggior attrattiva per i giovani colleghi, senza la cui presenza in gruppo, il contenitore rischia di isterilirsi.

Mantenendo un setting che adotta la stessa configurazione della precedente edizione, si potrebbero prevedere cinque incontri successivi, a cadenza mensile: un incontro di apertura, tre incontri contestualizzati nel privato, pubblico e terzo settore e un incontro conclusivo.

Si è pensato, inoltre, di cambiare sia la conduzione del gruppo sia il piccolo gruppo di lavoro al suo interno, nell'ottica di aver cura dei processi interni a COIRAG responsabilizzando colleghi diversi. Riteniamo più efficace una funzione di conduzione distribuita a staffetta, per ogni eventuale nuovo ciclo di incontri, su risorse che si rendono disponibili a farsi carico del mandato istituzionale e da me delegate e coordinate, in quanto attivatore. Ci si aspetta che questo modo di procedere possa in parte assicurare che le convergenze dei colleghi sui temi proposti siano basate su un sistema di aggregazione relativo sia ai contenuti, sia ai processi attraverso la dinamica delle identificazioni laterali, quindi in un'ottica di orizzontalità, lasciando sullo sfondo la dimensione della verticalità. Ci piacerebbe mettere in campo una sperimentazione che, alimentata dal desiderio di ricerca, possa iniziare a definire possibili modificazioni di paradigma, alle quali il titolo di questo Gruppo di Interesse fa riferimento, relativamente alla concezione e alla conduzione del lavoro gruppale in COIRAG.

Riferimenti bibliografici

Benasayag M. (2015). *Oltre le passioni tristi. Dalla solitudine contemporanea alla creazione condivisa*. Milano: Feltrinelli, 2016.

Bion W.R. (1917-1919). *War memories*. London: Karnac, 2015.

Bleger J. (1966). *Psicoigiene e psicologia istituzionale*. Loreto: Lauretana, 1989.

Green A. e Donnet J.L. (1973). *La psicosi bianca. Psicoanalisi di un colloquio*. Roma: Borla, 1992.

Nancy J.-L. (1982). *La partizione delle voci. Verso una comunità senza fondamenti*. A cura di Folin A., Padova: Il Poligrafo, 1993.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

La presa in carico in età evolutiva tra responsabilità professionale clinica e istituzionale

di Leonardo Speri[*], Sofia Banzatti[**], Nadia Benedetto[***] e Monica Compostella[****]

[Ricevuto il 23/09/2022
Accettato il 15/03/2024]

Riassunto

Gli autori presentano i presupposti e le linee progettuali della costituzione all'interno della COIRAG di un "Gruppo di Interesse" dedicato all'età evolutiva. L'iniziativa ha incontrato un importante bisogno e un altrettanto significativo patrimonio culturale e operativo interni alla Federazione COIRAG, speculare alla necessità sociale di riportare all'attenzione collettiva la fase di vita dello sviluppo, dal concepimento e la nascita fino all'adolescenza e al protratto ingresso nell'adultità. Viene posta una attenzione epistemologica, clinica e politica, con l'obiettivo di trovare

[*] Psicologo, psicoterapeuta, psicosocioanalista, presidente di Ariele Psicoterapia, componente della Commissione Scientifica COIRAG (via Collebeato, 26 – 25127 Brescia); leonardosperi@gmail.com

[**] Psicologa psicoterapeuta individuale e di gruppo, socia di Ariele Psicoterapia, socia COIRAG, consulente per i CT COIRAG dal 2022 a settembre 2023 (via Domenichino, 27 – 20149 Milano); sofia.banzatti@gmail.com

[***] Psicologa psicoterapeuta gruppoanalista, socia COIRAG, socia e pastpresident Apragi, docente COIRAG, già dirigente psicologa nella ASL Città di Torino per la Neuropsichiatria Infantile, svolge la libera professione a Torino (via Pinerolo, 24 – 10152 Torino); nbenedetto@libero.it

[****] Psicologa e psicoterapeuta individuale e di gruppo, socia APG, docente COIRAG (studio: via Luigi Ornato, 46 – 20162 Milano; via Giacomo Tosi, 3 – 20900 Monza); compostellamoni@gmail.com

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

un'integrazione tra i diversi livelli, rivolgendo cioè un'attenzione clinica alle politiche e operando politicamente e con gli strumenti dell'analisi istituzionale per promuovere l'esercizio di una clinica orientata alla persona, capace di tener conto del suo mondo interno, della sua gruppalità interna come della rete complessa in cui è immerso. Il ciclo di vita nel suo sviluppo attraversa fasi psicobiologiche, situazioni ambientali, sociali e istituzionali diverse, con il coinvolgimento di soggetti istituzionali e attori via via diversi, in una complessità crescente, che comporta l'attivazione di reti, di cui si delineano i primi passi, per arricchire i punti di vista e rafforzare azioni sugli obiettivi convergenti.

Parole chiave: COIRAG, Età evolutiva, Ciclo di vita, Gruppo, Politica, Analisi istituzionale.

Abstract. *Taking charge in developmental age between clinical and institutional professional responsibility*

The authors present the assumptions and the project lines of the constitution within the COIRAG of an "interest group" dedicated to the developmental age. The initiative has met an important need and an equally significant cultural and operational heritage within the COIRAG Federation, mirroring the social need to bring the developmental phase of life, from conception and birth to adolescence and the prolonged entry into adulthood, back to collective attention. Epistemological, clinical and political attention is paid, with the aim of finding an integration between the different levels, that is, by paying clinical attention to policies and operating politically and with the tools of institutional analysis to promote the exercise of a person-oriented clinic, capable of taking into account his internal world, his internal groupality as well as the complex network in which he is immersed. The life cycle in its development goes through psychobiological phases, different environmental, social and institutional situations, with the involvement of institutional subjects and actors that are increasingly different, in an increasing complexity, which involves the activation of networks, of which the first steps are outlined, to enrich the points of view and strengthen actions on convergent objectives.

Keywords: COIRAG, Developmental age, Lifecycle, Groups, Policy, Institutional analysis.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Il Gruppo di Interesse COIRAG Gruppalità ed Età Evolutiva[1]: una riflessione di contesto

Fra poco correrà un secolo dalla Dichiarazione di Ginevra della Società delle Nazioni sui diritti del fanciullo che nel 1924 afferma: «L'umanità deve offrire al fanciullo quanto di meglio possiede»[2].

Novant'anni dopo la Regione Europea dell'OMS con la Dichiarazione di Minsk sottolinea:

> «La traiettoria della vita umana è influenzata da eredità genetiche, epigenetiche e intrauterine, da esposizioni ambientali, da relazioni familiari e sociali capaci di promuovere e sostenere la crescita, da scelte comportamentali, da norme sociali e da opportunità che vengono offerte alle generazioni future, e dal contesto storico, culturale e strutturale»[3].

e raccomanda: *Act early, act on-time, act togheter*[4] *(agisci presto, agisci tempestivamente, agisci insieme).*

Messaggi fondamentali, quasi ovvi per degli psicoterapeuti a orientamento psicoanalitico gruppale come noi in COIRAG.

C'è una visione dinamica in cui già dal concepimento e anche prima si giocano partite importanti per lo sviluppo dell'individuo e il suo destino da adulto. Nella traiettoria evolutiva viene introdotto il ruolo dell'epigenetica. È un passaggio epocale: dal determinismo dell'immutabilità genetica, siamo passati all'idea che l'individuo possa essere "geneticamente determinato a non essere geneticamente determinato", programmato per apprendere. Le relazioni precoci assumono un peso determinante, come le nostre radici teorico-cliniche ci hanno sempre insegnato e come ci conferma l'*Infant Research.*

È un riconoscimento importante, soprattutto davanti ai rischi di un riduzionismo neurocomportamentale e di una cultura della diagnosi e degli inter-

[1] Coordinatore: Leonardo Speri. Componenti Staff Gruppo di Interesse Età Evolutiva Anno 2022. Componenti del gruppo: Filippo Battini, Sabrina Ferrari, Alberto Grazioli, Anna Iannotta, Manuela Rocci, Roberta Russo, Barbara Volpato, Giuliana Ziliotto. Hanno inoltre partecipato Giovanna Borsetto, Chiara Bosio, Marco Valentini.

[2] http://images.savethechildren.it/f/download/CRC/Co/Convenzione_1924.pdf (consultato il 27/02/2023)

[3] https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf (consultato il 27/02/2023)

[4] https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/276199/WHO-Lifecourse-Conference-Flyer-en.pdf

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

venti standardizzata, ma organizzativamente allettante, che rischia di mettere in secondo piano la complessità bio-psico-sociale e quindi il mentale, la relazione, le sue componenti affettive profonde.

Nei servizi, già gravati da compiti certificativi, responsabilità tecnico-giuridiche, adempimenti formali, il tempo appropriato degli interventi basati sulla relazione rischia di venire ancor più compresso dentro a vincoli economicisti.

È un circolo vizioso di impoverimento quantitativo[5] e qualitativo che coinvolge anche la formazione, orientata ai modelli più facilmente spendibili.

Quanto questo impoverimento sia reale e diffuso è questione discussa e sicuramente da indagare[6], ma non vi è dubbio che ne abbiamo tutti percezione.

Coerentemente con la natura bio-psico-sociale dell'individuo, siamo invece richiamati a intervenire "insieme", a superare la frammentazione dei saperi e a riconoscere il carattere sociale, comunitario e quindi gruppale dell'esperienza umana.

Davanti a questa complessità chi esercita una professione di cura non può pensare "responsabilmente" al suo compito clinico, prendersi cura "sul serio" dell'età evolutiva, in modo disgiunto da una visione ampia, istituzionale e sociale, quindi anche politica.

In questo contesto, poi, noi COIRAG abbiamo, in più, l'impresa non facile di far riconoscere come il mondo interno, la gruppalità interna, siano un elemento essenziale del processo: un generico approccio sociologico risulta limitato se non considera il ruolo delle componenti intrapsichiche.

Nell'accettare la sfida della complessità, approfondire e anche mettere in discussione, quando serve, i nostri strumenti di lettura e intervento in età evolutiva, rimane aperto l'interrogativo del perché l'impegno per l'età dello sviluppo, pur riconosciuto solennemente nella sua importanza, rimane sempre ancillare rispetto al soverchiante mondo degli adulti[7].

[5] Circa l'impoverimento quantitativo delle risorse per la Salute Mentale in età evolutiva vedi: http://sinpia.eu/wp-content/uploads/2021/04/SINPIA-lettera-PNRR-2021.pdf (consultato il 27/02/2023)

[6] Accanto al problema di risorse c'è un tema culturale e organizzativo. V. Stangalino, 2021.

[7] «(…) ritrovare qualcosa di prezioso e di utile che avevamo dimenticato di possedere, che avevamo lasciato in un angolo della mente, *sopraffatti dal quotidiano*, non aggiornato e utilizzato continuamente, un modello di cura psicoanalitica nel contesto istituzionale dei servizi per l'età evolutiva» Ferruta, "Prefazione" a Stangalino (2021, p. 7).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

I primi ostacoli e i loro insegnamenti

Partiamo dalle difficoltà

Come gruppo da subito abbiamo sperimentato la difficoltà di conciliare il piano della clinica con piani più ampi, a partire dalla stessa partecipazione al gruppo. La gran parte dei partecipanti impegnati nel servizio pubblico vede assorbita dal lavoro quotidiano la quasi totalità del proprio impegno, già elevato e con una ulteriore impennata legata agli effetti alla pandemia/sindemia Covid- 19.

Alcuni di noi, che operano esclusivamente nell'ambito privato, faticano a individuare le possibilità, insite nella propria posizione professionale, di essere interessanti e incisivi, pur essendo interessati all'età evolutiva e ritenendo la funzione gruppale della mente utile come attitudine di pensiero.

Ci paiono posizioni e vissuti indicativi dello stato di frammentazione e polarizzazione degli interventi, ma anche delle forme di pensiero, in cui ci troviamo immersi.

In buona sintesi: la maggior parte delle energie dei partecipanti, tanto operative quanto di pensiero, sono così assorbite dall'attività clinica diretta, che è obiettivamente difficile ricavare spazi sul livello politico o anche solo organizzativo. Rischiamo così che il nostro lavoro avvenga in una cornice sempre più etero-determinata e orientata da scelte in cui non portiamo la parola di elementi importanti della sofferenza che trattiamo.

La nostra difficoltà a incidere socialmente va considerata un nodo critico fondamentale, un vero e proprio emergente che ci obbliga a farne oggetto di analisi a più livelli.

Cerchiamo di comprendere le ragioni

Un primo dato è che si tratta di un compito "arduo": ci sono obiettive difficoltà nell'identificare quali sono i temi prioritari e le modalità efficaci di intervento. Le fasi dello sviluppo inoltre non possono essere considerate allo stesso modo e pongono il tema di una suddivisione per le fasce di età, con i rispettivi ambienti di vita istituzioni che hanno i loro compiti, regole e saperi: la scuola, le strutture sanitarie dal percorso nascita in poi, gli enti territoriali, ma anche il tribunale, e così via.

Il compito politico ha poi le sue fatiche: adotta linguaggi diversi da quelli dello psicoterapeuta, richiede nuove competenze; segue tempi completamente diversi, dettati non più da istanze interne al lavoro di elaborazione proprio della relazione psicoterapeutica, ma dalle dinamiche del sociale.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

L'estraneità del linguaggio, le modalità operative e le posture da adottare nelle sedi dove si producono linee di indirizzo, la tempestività richiesta dalla dimensione decisionale, rischiano di alimentare le distanze.

Si consuma una pericolosa scissione: senza l'apporto nella politica dell'esperienza clinica, si priva il progetto politico dei suoi contenuti, della sua ragione ultima, degli obiettivi e degli sforzi per i quali è in campo.

Dobbiamo e possiamo trovare una sintesi. Citando Pagliarani al convegno COIRAG di Belgirate del 1991:

> «Si offre pure un prestigioso compito alla psicoanalisi e alla psicologia sociale, da svolgere al di fuori dei nostri studi. [*per esempio, nel mondo della scuola, a cui non a caso si riferiva* (…) NdR]. Il campo che ci vede esperti è sfruttato al minimo se ci limitiamo a prodigarci con la sola risibile percentuale di gente che decide di venire in psicoterapia» (Pagliarani in Forti e Natili, 2014, p. 381).

C'è urgenza di avere in COIRAG un pensiero e una progettualità specifica: l'esperienza messa in comune nel Gruppo di Interesse ci dice che i cittadini in età evolutiva, dai più piccoli, ai bambini, ai ragazzi, oggi stanno particolarmente male, più male che negli anni passati.

Le prime revisioni della letteratura epidemiologica e i rapporti delle Agenzie Nazionali e Internazionali[8] confermano quanto già sappiamo dall'esperienza: i dati dicono che l'epidemia Covid-19 ha portato con sé un notevole aumento dell'incidenza di disturbi del sonno, ansia, disturbi dell'umore, problemi alimentari, problemi di salute mentale e suicidio (ideazione, tentativi o decessi).

Anche che le disuguaglianze sociali e le conseguenti disuguaglianze in salute sono state amplificate dalla pandemia.

Dobbiamo quindi saper cogliere la ricorsività tra clinica e sociale, tra il dentro e il fuori del nostro studio, sia nel pubblico o privato.

Il Gruppo di Interesse "Gruppalità ed età evolutiva"

Il patrimonio culturale ed esperienziale del gruppo, composto a oggi di 12 membri, è consistente e di qualità. Abbiamo preparato una scheda che ha raccolto diverse informazioni sulla nostra attività professionale e sulle espe-

[8] Tra gli altri: Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza e Istituto Superiore di Sanità: *Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi*, Roma, Maggio 2022. Testo disponibile al sito: https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2022-05/pandemia-neurosviluppo-salute-mentale.pdf

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

rienze, quest'ultime classificate anche per fascia d'età. Abbiamo scelto questa aggregazione:

1) materno infantile, 0-3 (che comprende i temi della salute riproduttiva, la generatività e la genitorialità, i cosiddetti primi 1000 giorni cari all'*Early Childhood Development*);
2) infanzia e preadolescenza, 4-12;
3) adolescenti e giovani adulti, 13+ (che comprende anche i maggiorenni con disagio adolescenziale).

Il gruppo è la testimonianza della grande varietà dei possibili approcci gruppali (gruppoanalisi, psicodramma, psicosocioanalisi) di fronte al ventaglio di bisogni e di setting proposto nelle varie fasce di età, con una vasta gamma di applicazioni, modelli, tecniche di gruppo volta per volta pertinenti rispetto al compito.

È interessante notare che la centratura sul compito ha fatto sfumare le appartenenze a favore della integrazione delle differenze con una ricchezza di punti di vista e di cui in questa sede non possiamo dare ragione.

Le motivazioni dichiarate della partecipazione vedono al primo posto il desiderio dello scambio tra colleghi sia sul piano tecnico che su quello degli emergenti e delle sfide attuali, in vista di un arricchimento e di una possibile visione e lavoro comune.

I punti critici segnalati su cui lavorare sono l'abbandono, la perdita delle risorse tecniche e professionali per mancato riconoscimento e disorganizzazione, l'incuria/trascuratezza in termini di risorse e pensiero, e anche la mancanza di una seria prevenzione, che invece è considerata centrale.

C'è consenso sulla insufficiente attenzione all'età evolutiva rispetto ad altro, tanto da far pensare che, se il campo dell'età evolutiva fosse classificabile secondo i criteri dell'OMS come un bambino *neglect*, le ricerche ci dicono che la prognosi non sarebbe molto buona.

Di contro sono presenti nel gruppo motivazioni e risorse che, in modi diversi, possono sostenere la riflessione e che esistono legami già stabiliti che possono facilitare il lavoro di rete e il dialogo con le istituzioni.

Il gruppo in buona sostanza conferma che c'è un patrimonio importante che non dobbiamo dissipare.

Gli incontri del gruppo, una promettente raccolta… di qualche frutto e un bel po' di semi

Siamo stati ingaggiati subito dall'interrogativo su cosa ha significato per i soggetti in età evolutiva la perdita di "vita di gruppo" durante la pandemia

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

e di come reintrodurla nell'esperienza dei bambini e dei ragazzi, ma soprattutto "almeno nella mente" degli adulti.

Prima ancora di passare alle esperienze e alle diverse applicazioni della gruppalità, abbiamo riconosciuto come la concezione del gruppo vada tenuta ben presente sul piano epistemologico, come *modello della mente*, "pensata" in qualsiasi dimensione dell'incontro clinico e psicoterapeutico, anche individuale, familiare, istituzionale.

Tenendo presente questo filo rosso, possiamo ricavare dai vari incontri un primo tentativo, incompleto, di quadro sinottico per la ricerca e per l'approfondimento: siamo convinti infatti che una concezione analitica del gruppo non si applica solo l'intervento psicoterapico.

1. *Un primo punto* di applicazione riguarda l'uso dello "strumento gruppo" nel lavoro clinico, più o meno terapeutico. Lo dobbiamo pensare a più livelli e con numerosi filoni perseguibili.
   1.1. Lo abbiamo visto come uno strumento straordinario, un "asso nella manica", nel *sostegno alla genitorialità*.
   Non solo per le raccomandazioni di salute pubblica: conosciamo molto bene il suo valore in termini di prevenzione e promozione della salute.
   Lo dimostra il lungo elenco delle situazioni e fasi di vita in cui il gruppo di genitori è raccomandato: dalla coniugalità alla genitorialità adottiva, dall'accompagnamento alla nascita al sostegno post partum, e nei primi anni di vita, e così via accanto a genitori e altri *caregivers* nel corso dello sviluppo, con la costituzione di gruppi speciali omogenei, destinati a farsi carico di una parte fondamentale del campo.
   Nella conduzione di gruppi con i genitori si incrociano le esperienze di altre figure delle professioni di cura (ostetriche, assistenti sociali, peer-counselor ecc.), più o meno formate sulle dinamiche gruppali, magari poco attrezzate per quanto riguarda il processo, ma il più delle volte con una insostituibile competenza nel merito.
   L'interdisciplinarietà è stata testimoniata, solo per fare un esempio tra le tante esperienze citate in età successive, dal racconto di dieci anni di intervento multidisciplinare e di co-progettazione pubblico-privato a favore della genitorialità nella fase 0-3 a Monza.
   1.2. Un secondo punto riguarda *l'utilizzo diretto del gruppo, con bambine e bambini di diverse fasce di età*.
   La gamma degli interventi è varia e sicuramente molto più ricca in COIRAG di quella che è stato possibile riportare in gruppo.
   La varietà è legata oltre all'età, al tipo di obiettivo, alle situazioni istituzionali in cui viene costituito il gruppo. Le forme della gruppa-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

lità si collocano tra la polarità da un lato dei gruppi naturali e dall'altro di quelli organizzati con un diverso gradiente di presenza e di impegno in un disegno terapeutico.
Le metodologie richiedono duttilità e capacità creativa e nel contempo il mantenimento di una funzione analitica della mente, di un setting oggetto di continue sfide, insidiose e destabilizzanti. L'uso "terapeutico" dello strumento gruppo, accanto ai percorsi più consolidati (dal gruppo verbale allo psicodramma, l'arteterapia… ecc.) attraversa una grande varietà di possibilità espressive più o meno codificate, che coinvolgono la corporeità, il gioco, fino a sfumare nelle gruppalità costruite nella scuola, o fuori, in centri di aggregazione giovanili, fino al gruppo naturale nel quale magari si è chiamati a intervenire nel modo più discreto e intelligente possibile, ma sempre per permettere "esperienze analitiche".
Nel gruppo è stata riportata la difficoltà a far accettare modalità di intervento considerate tecnicamente "non ortodosse", con la pazienza di sopportare talvolta atteggiamenti valutativi e giudicanti anche all'interno della comunità dei colleghi.
Tra le sofferenze emergenti a cui il gruppo può dare risposta in questa età, accentuate dalle conseguenze dell'epidemia COVID-19, troviamo l'impennata del problema della fobia scolare, del ritiro sociale, dei quadri di tipo depressivo e del passaggio all'atto autolesivo, delle somatizzazioni, del fenomeno gender-fluid, situazioni che si aggiungono alle patologie emergenti già ante-pandemia, i disturbi del comportamento alimentare e il campo vasto e controverso dei disturbi dell'apprendimento.
Della pandemia come detonatore sociale, si è tra l'altro discusso a partire da un'esperienza torinese anche al Congresso IAGP di Pescara.
In questo contesto vorremmo citare una iniziativa originale della COIRAG all'interno del Progetto COndiVIDi: la conduzione di un gruppo chiuso e a termine in modalità online per bambini della fascia 8-10 anni, con obiettivi sia di prevenzione sia di ricerca sui vissuti in età evolutiva nell'attraversamento della prima pandemia nella primavera 2020.
In un setting diverso è stata riportata, sempre a partire dalla situazione post-Covid anche l'esperienza dei Centri di aggregazione per ragazzini dai 6 a 11/12, diffusa in Lazio e in Molise. Ma ci sono stati altri esempi non legati al Covid-19, come l'esperienza di sostegno ai bambini ricoverati coinvolti nel percorso scolastico in ospedale a Torino.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Col dispiacere di non poter riportare tutto oggi, possiamo pensare a una futura incoraggiante raccolta di buone pratiche.

1.3. Un punto a parte meriterebbe il lavoro con gli adolescenti, che in realtà assorbe la maggior parte dell'attenzione e delle preoccupazioni, forse anche per l'espressività e per il clamore sociale con cui si manifesta la richiesta diretta e indiretta, che nei più piccoli è molto più silente. Sono state riportate esperienze e anche progetti di eccellenza a cui andrebbero dedicate una relazione o una conferenza a parte.
Le omettiamo sperando di farne oggetto di una focalizzazione più degna in futuro.

2. Oltre alla concezione del gruppo come modalità di pensiero e di comprensione è emersa anche *la gruppalità come paradigma per l'approccio al problema del singolo*, considerato nella sua rete di relazioni gruppali.
Più acerba è l'età di cui ci occupiamo, sia nel pubblico che nel privato, più dobbiamo focalizzare l'attenzione sull'intero microcosmo in cui l'individuo è immerso, dalla dimensione diadica con la madre, triadica con i due genitori, a quella plurale con il nucleo familiare e così via, rifuggendo l'idea di un malessere solo del singolo ma come portavoce di una gruppalità sofferente che parla attraverso di lui e di cui lui porta il peso maggiore. Dobbiamo quindi mettere in evidenza come sia necessario sempre un "pensiero gruppale" applicato al contesto di cura e campo di azione, pensiero inteso come capacità innanzitutto di una lettura e poi di un intervento multi-contestuale, sui vari livelli del mondo del bambino/ragazzo su cui risulti sensato farlo: famiglia in primis, poi la scuola e gli altri attori della rete ecc..
In questa rete di relazioni gruppali è inserito anche il terapeuta e/o il gruppo di lavoro e un vertice gruppale è indispensabile per cogliere le dinamiche e i depositi che investono tanto il piccolo o giovane paziente, quanto chi se ne prende cura.

3. C'è poi da considerare *l'ottica gruppale e il lavoro con il gruppo a servizio delle équipe*, non solo quelle della salute mentale, ma anche di altre istituzioni sociosanitarie o educative.
Proprio per la necessità di una elaborazione e di un utilizzo delle dinamiche complesse del contesto di cura in cui i terapeuti sono immersi si tratta di un intervento indispensabile. Non parliamo qui solo della classica consulenza/supervisione, sulla quotidianità e sui casi fornita alle équipe specializzate (in tutte le varie configurazioni: pubbliche, private, miste ecc.) e in servizi sociosanitari di ogni tipo (dalle comunità terapeutiche così come altre strutture a valenza terapeutica, riabilitativa, di socializzazione, ai gruppi di lavoro multiprofessionali, nelle Case della salute per esempio, uno dei modelli più promettenti di assistenza territoriale).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Parliamo anche di come nei servizi e nelle diverse strutture per la salute mentale troviamo a volte sottovalutata o impoverita la psicodiagnosi e frammentato e dispersivo l'intervento.

L'ottica gruppale permette di recuperare due livelli estremamente importanti: la diagnosi come prodotto condiviso della lettura multidisciplinare del campo, che prevede l'approccio di più professionisti, privati o del privato sociale compresi; la presa in carico e cura e come momento di integrazione dei diversi momenti di incontro dei professionisti coinvolti con i diversi portatori del problema.

Compito di una "mente analitica gruppale" diventa la ricomposizione nel gruppo curante, nella mente gruppale curante, della molteplicità dei vertici osservativi e degli emergenti, contrastando la frammentazione tipica della situazione patologica, sia nella mente del paziente in età evolutiva, sia nel suo intorno.

La complessità delle situazioni e le forti pressioni ambientali comportano nel singolo terapeuta e nelle équipe importanti risposte controtransferali, con caratteristiche specifiche secondo le varie tappe dello sviluppo, che da difficoltà devono poter diventare, attraverso l'elaborazione di gruppo, una risorsa.

Un approccio, l'ottica gruppale, che si estende a diverse situazioni, anche quelle certificative o di rilevanza giuridica, con il coinvolgimento della scuola, dei servizi sociali, dei tribunali e così via.

4. Un'ulteriore funzione è quella del *gruppo dei colleghi come antidoto alle solitudini professionali*.

   Quando il compito della cura si fa particolarmente gravoso, ci vuole "coraggio" (scrive Ferruta) un coraggio sostenibile solo in una dimensione "metaindividuale".

   Il gruppo dei colleghi quindi non è solo uno spazio di riflessione ed elaborazione, quella che viene definita "comunità di pratiche", ma anche di condivisione emotiva.

   Quello che non si può fare da soli, per esempio a livello politico, lo si può fare insieme e l'appartenenza a un gruppo incisivo sulle politiche può rappresentare, oltre che l'uscita dalla solitudine del proprio studio, un'occasione per aumentare il senso di autoefficacia.

5. Va considerata finalmente la dimensione politica: *la polis come gruppo e il gruppo come pensiero sulla polis* e pertanto il pensiero su come i temi e gli stati emotivi collettivi della polis riverberino nei gruppi e nei singoli individui, come intervengano e vengano vissuti e come possiamo rintracciarli e tenerne conto nella clinica.

   L'uscita dalla ormai "scomoda comodità" del proprio ambulatorio, comporta l'incontro con l'altro/comunità.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

La comunità rappresenta da un lato una gruppalità estesa, un soggetto collettivo con cui confrontarsi, sul quale mantenere un vertice osservativo clinico, dall'altro la realtà nella quale siamo immersi anche noi.
Non sono certo pensieri nuovi in COIRAG, ma abbiamo bisogno anche di progetti e di azioni. Nel percorso del nostro gruppo è emersa forte l'esigenza prima di tutto di riconoscere e poi di costruire un dialogo non solo con gli altri professionisti della cura ma anche altri attori della vita comunitaria, a cui va attribuito un ruolo essenziale, rinunciando – ci siamo detti – a preoccupazioni di esclusività specialistica.
Il bisogno di un ascolto adulto extrafamiliare, in particolare degli adolescenti, è indifferenziato, e deve poter trovare nella comunità accoglienza diffusa, anche da figure come gli educatori professionali, sulle cui difficoltà ci siamo in particolare soffermati.
Tra i racconti paradigmatici raccolti ne segnaliamo due: il ricordo delle funzioni assunte in passato da un vigile di quartiere con una prevenzione diretta e personale, carica affettivamente, basata sulla relazione, e la vicenda di una ragazza multiproblematica vittima di abuso, che nel racconto non riesce a confidarsi con psicologi e assistenti sociali ma che lo fa con un poliziotto in una pausa informale condividendo una sigaretta.
È emersa fortemente nel gruppo anche la preoccupazione di un eccesso di medicalizzazione e di "psicopatologizzazione" del percorso evolutivo, fisiologicamente disagevole, accidentato, non lineare.
In questo contesto si è parlato molto di polis, di scuola, di tribunali, di ospedali, residenze comunitarie in cui l'impegno educativo va di pari passo rispetto a quello terapeutico/riabilitativo.
È stato anche stilato un primo elenco di interlocutori possibili, testimoni privilegiati dei bisogni e delle risorse delle persone durante tutta la fase evolutiva dal concepimento in poi (pediatri, neonatologi, neuropsichiatri, rappresentanti di società scientifiche, epidemiologi e ricercatori, responsabili di salute pubblica, esponenti del privato sociale e delle ONG più significative nella tutela dei diritti dei minori).

Primi passi nella rete

Con l'ultimo incontro del gruppo abbiamo avviato una prima interlocuzione ospitando quattro pediatri dell'Associazione Culturale Pediatri (www.acp.it), con la quale a suo tempo abbiamo tra l'altro sottoscritto il documento "Senza

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Confini"[9] sulla riorganizzazione dei servizi in età evolutiva. Sono alle prese come noi con il ritiro sociale, le somatizzazioni, il sostegno alla genitorialità, la sofferenza familiare e individuale post-pandemia, e sentono la necessità di un lavoro di rete, di un approccio multiprofessionale, di collaborazioni istituzionali e intersettoriali a partire dalla scuola, ma anche l'ospedale e tanto altro.

Nei loro progetti sulla salute mentale cercano un punto di vista complementare, come il nostro, che, oltre allo sviluppo neuro-cognitivo, già loro familiare, sia capace di districarsi nel mondo complesso della dimensione affettiva, delle emozioni, delle dinamiche familiari e gruppali, delle configurazioni relazionali, comprese quelle di cura.

Un sapere che manca in sanità pubblica nella cultura organizzativa corrente, applicabile per esempio nel caso del modello della "Casa della salute", rispetto al quale sono emerse già in occasione dell'incontro svariate buone pratiche e in diversi territori, in questo caso in Emilia Romagna.

Ci siamo resi conto che già il semplice scambio di informazioni configura una occasione di rete molto importante oltre che per le politiche o progetti/programmi nazionali, ma anche a livello locale, nei territori dove operiamo quotidianamente.

La COIRAG al lavoro, radici nel passato, patrimonio presente, scommessa sul futuro

La COIRAG ha sicuramente un patrimonio consistente e di qualità da valorizzare, sia come singoli, come Associazioni Federate, come Scuola, come Federazione.

Lo abbiamo constatato durante gli incontri del gruppo e l'entità è andata aumentando anche preparando questa relazione. Quanti soci hanno scritto libri! E quante associazioni federate hanno dedicato tempo allo studio e alla organizzazione di eventi scientifici dedicati!

Vi invitiamo caldamente a fare una rapida retrospettiva degli eventi COIRAG, della Scuola e soprattutto delle singole Associazioni Federate, che ora non abbiamo il tempo di elencare.

Riprendendo dal sito COIRAG solo gli eventi immediatamente successivi alle giornate Franco Fasolo troviamo:

[9] ACP, CSB onlus, Senza Confini. "Come ridisegnare le cure per l'infanzia e l'adolescenza, integrando i servizi, promuovendo l'equità, diffondendo le eccellenze". Testo disponibile al sito: https://acp.it/assets/media/bb04-Senza_confini_2021.pdf

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

- il 28 settembre, in APG si dialogherà con Nando Pagnoncelli di IPSOS sui gruppi terapeutici come risposta ai problemi degli adolescenti oggi;
- il 30 settembre l'APRAGI propone un corso su Sesso e genere in Adolescenza;
- il 1º ottobre la Scuola propone un Webinar in tema di Psicoterapia e clinica multipersonale della Coppia e della Famiglia, curato dalla sede di Padova;
- il 7 ottobre all'interno della annuale manifestazione veneziana "Diritti sui Diritti," si darà conto di una Ricerca-Intervento sulla vita dei più giovani durante l'emergenza sanitaria che ha coinvolto 13 gruppi disseminati in tutta Italia, con la partecipazione di numerosi soci di Associazioni Federate, con il Patrocinio di Ariele Psicoterapia e di COIRAG;
- l'8 ottobre a Torino, *Trauma: come la creatività può aiutarci a gestire i processi distruttivi*, curato da APRAGI per professionisti impegnati con adulti e adolescenti.

Abbiamo inoltre l'impressione che solo una parte della produzione scientifica e delle iniziative abbia trovato adeguata visibilità in COIRAG. Pensiamo per esempio alle pubblicazioni sulla rivista *Gruppi*. Nella sezione "Percorsi" grazie al prezioso lavoro dell'Osservatorio della Rivista, due rassegne su cinque sono dedicate ai bambini e agli adolescenti[10], ma le pubblicazioni in tema si fermano, salvo qualche contributo sporadico, a ormai 12 anni fa.

Ci sembra anche questo un punto di partenza e una occasione di riflessione su come, a fronte di un ben più poderoso contributo culturale delle AF e dei singoli soci, la produzione in COIRAG sia stata e sia tuttora importante, ma non abbia dato origine a un filone di discussione, approfondimento e di ricerca condiviso.

Abbiamo tutto quel che occorre per farlo.

Un impegno al nostro interno

Ora il primo compito del gruppo sarà riannodare le connessioni con i colleghi che non riescono a seguire i lavori e, possibilmente, estendere ad altri colleghi le informazioni sui lavori del gruppo e l'invito a partecipare nei modi e limiti loro consentiti.

Pensiamo a un dispositivo di conoscenza e ascolto reciproco, un punto di riferimento culturale e operativo duraturo nel tempo, accettando un gradiente

[10] https://coirag.org/web/gruppi/contenuti/percorsi/

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

di partecipazione anche diversificato, che permetta comunque un senso di appartenenza e possibilità di contribuire anche a chi si trova in una posizione più periferica.

Pensiamo quindi a una ricognizione/censimento di quanti siano i soci COIRAG attivi nell'età evolutiva.

La scelta dei temi, sia informativi/formativi, di ordine clinico e politico, ma soprattutto quelli sui quali concentrare l'attenzione progettuale, rappresenta però il nodo forse più rilevante. Abbiamo stilato un indice e una conseguente agenda dei problemi da affrontare tanto vasta e variegata da risultare potenzialmente annichilente, come peraltro la mole della documentazione che abbiamo già cominciato a raccogliere, e solo la più autorevole e pertinente.

Questa varietà e vastità è insita nel compito, in un universo complesso in cui non è facile orientarsi.

Dovremo certo concentrarci su uno o più compiti aggreganti (pensando forse anche a sottogruppi), è importante individuare quali sono le priorità riducendo il campo di intervento in proporzione alle risorse che avremo e alla pertinenza della nostra specificità rispetto agli obiettivi ritenuti prioritari.

Probabilmente sarà sensato considerare due piani: quello diversificato che le AF coltiveranno autonomamente o tra AF in sottogruppi più affini, secondo i loro modelli teorici e tecnici e quello invece COIRAG che, forte del lavoro delle sue componenti, potrà portare avanti un disegno politico unitario che possa attingere alla diversità delle esperienze e delle applicazioni del gruppo al campo dell'età evolutiva, e quindi sostenerle.

Un orientamento che lasciamo alla discussione.

Agenda interna da proporre alla discussione della Commissione Scientifica e Comitato Direttivo

1. Riavvio delle attività del gruppo con la previsione della possibilità di graduare la partecipazione;
2. mappatura/censimento nominale dei soci impegnati nel settore;
3. ricognizione soci disponibili e dei diversi livelli di possibile coinvolgimento nel gruppo (utilizzando all'atto di adesione la scheda predisposta);
4. costruzione di una mailing list dedicata;
5. condivisione dell'Agenda dei lavori interna ed esterna e degli output attesi nel breve e medio periodo;

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

6. redazione del "documento quadro" (indice già abbozzato da ri-verificare), aperto, da alimentare in continuazione e da cui attingere per dare qualità e sostanziale le proposte sull'esterno;
7. bacheca dei principali eventi AF, COIRAG e soprattutto esterni sugli argomenti specifici;
8. archivio accessibile di documenti ufficiali e dichiarazioni, progetti, linee di indirizzo, bibliografie ecc. (raccolta già avviata).

Sguardo esterno

L'individuazione delle priorità dell'intervento politico non può emergere solo da uno scambio interno, per quanto dialettico pur sempre autoreferenziale e molto legato al nostro vertice osservativo sul sociale, bensì da uno scambio con altri interlocutori che si prendono cura a diverso titolo della stessa fascia di popolazione, professionisti della salute e non.

L'idea è di cominciare come gruppo a guardarci intorno. Con l'Associazione Culturale Pediatri, approfondita la conoscenza reciproca, c'è una prima ipotesi di lavoro comune per l'individuazione delle priorità per la salute mentale in età evolutiva, e cioè di incontrare insieme altri testimoni privilegiati delle condizioni dell'infanzia e dell'adolescenza, esponenti di istituzioni, enti, associazioni ecc. particolarmente investite e attive sul tema, anche per un inizio di contatti di rete.

Un altro momento di rete, molto concreto e dal basso, potrebbe prevedere la conoscenza ed eventuali collaborazioni locali con le sezioni regionali di ACP, alcune particolarmente attive. Soprattutto a livello nazionale esistono canali informali utilizzabili.

Alcune proposte di azioni (agenda esterna):

1. continuare a partecipare al tavolo per la salute mentale[11] – attraverso e grazie a SIPSA nelle more del riconoscimento di COIRAG tra le Società Scientifiche accreditate – riprendendo il documento presentato come COIRAG con la richiesta che il tavolo sulla salute mentale generi un tavolo specifico per l'età evolutiva;
2. stabilire un rapporto privilegiato con l'ACP per uno scambio culturale e sulle progettualità concrete nazionali e locali e sulle iniziative politico-istituzionali;

[11] www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=5231&area=salute%20mentale&menu=azioni

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

3. avviare un'interlocuzione con il gruppo CRC[12] in vista di una partecipazione COIRAG al rapporto annuale sull'applicazione della Convenzione dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza;
4. avviare una prima interlocuzione con l'Istituto Superiore di Sanità, in particolare a partire dal progetto CCM post Covid19 attualmente in atto[13] e altre progettualità.

Conclusioni

Il Gruppo di Interesse sull'età evolutiva sembra aver colto un importante bisogno interno della COIRAG, salutato molto positivamente dai soci più impegnati in quest'ambito (finalmente!), speculare al bisogno generale di riportare l'attenzione collettiva sulla fase di vita dello sviluppo, dalla nascita fino all'adolescenza e al prolungato ingresso nell'autonomia propria dell'età adulta.

L'attenzione, nei propositi della COIRAG, dovrebbe essere sia epistemologica, sia clinica, sia politica, con in più l'ambizione di trovare un'integrazione tra i diversi livelli, rivolgendo cioè un'attenzione clinica alle politiche e operando politicamente per consentire l'esercizio di una clinica orientata alla persona, capace di tener conto del suo mondo interno, della sua gruppalità interna come della rete complessa in cui è immerso.

Quanto all'azione, da soli è impossibile, ma come gruppo e come Federazione qualche potenzialità in più ce l'abbiamo, ancora di più se insieme ad altri che perseguono gli stessi fini.

[12] Il Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Gruppo CRC) è un network attualmente composto da più di cento soggetti del Terzo Settore che da almeno tre anni si occupano attivamente della promozione e tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza ed è coordinato da Save the Children Italia. Il Gruppo CRC si è costituito nel dicembre 2000 con l'obiettivo prioritario di preparare il Rapporto sull'attuazione della Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Convention on the Rights of the Child – CRC) in Italia, supplementare a quello presentato dal Governo italiano, da sottoporre al Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza presso l'Alto Commissariato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite. Da allora il network redige regolarmente Rapporti di aggiornamento annuali e periodici visionabili in: https://gruppocrc.net/tipo-documento/pubblicazioni/

[13] CCM/ISS: Effetti dell'emergenza pandemica COVID19 sui minori: strategie di prevenzione per il contrasto delle problematiche della salute mentale e delle dipendenze. Testo disponibile al sito: www.ccm-network.it/imgs/C_27_MAIN_page_1460_2_file.pdf

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Riferimenti bibliografici

Pagliarani G. (1993). Metodologia dell'analisi del controtransfert istituzionale: approdo e problemi. In: Forti D. e Natili F., a cura di. *Saggi scelti*. Milano: Guerini, 2014.

Stangalino M. (2021). *La cura psicoanalitica con bambini, adolescenti e genitori. Un modello possibile nei Servizi. Con un seminario inedito di Donald Meltzer e Martha Harris*. Milano: FrancoAngeli.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Il gruppo come strumento di lettura e cura della coppia e della famiglia

di Margherita Autuori[*], Barbara Bianchini[**], Lara Giambalvo[***], Nicoletta Jacobone[****], Chiara Labadini[*****], Velia Ranci[******], Maria Gabriela Sbiglio[*******] e Alessandra Verri[********]

[Ricevuto il 08/07/2023
Accettato il 21/03/2024]

Riassunto

I cambiamenti culturali della società impongono allo psicoterapeuta di mantenere viva la riflessione e il dibattito sugli strumenti d'intervento clinico, sia modificandoli sia estendendo l'area della cura. L'Associazione APG, che utilizza il gruppo come dispositivo di cura, ha aperto una riflessione teorico-clinica per approfondire le connessioni fra il legame familiare e di coppia e il legame gruppale. Che differenze ci

[*] Psicoterapeuta, socia APG e COIRAG, membro AIPCF, docente Scuola COIRAG (viale Gran Sasso, 22 – 20131 Milano); margherita.autuori@gmail.com

[**] Psicoterapeuta, socia APG e COIRAG, membro AIPCF e Int. Affiliate di Tavistock Institute of Medical Psychology, docente Scuola COIRAG (viale Premuda, 21 – 20129 Milano); barbara@barbarabianchini.it

[***] Psicoterapeuta, socia APG e COIRAG, membro AIPCF (via Frescobaldi, 3 – 20131 Milano); lara.giambalvo@gmail.com

[****] Psicoterapeuta, socia APG e COIRAG, membro AIPCF, docente Scuola COIRAG (via A. Ponchielli, 6 – 20129 Milano); nicoletta.jacobone@gmail.com

[*****] Psicoterapeuta, socia APG e COIRAG, membro AIPCF (via A. Ponchielli, 1 – 20129 Milano); chiara.labadini@gmail.com

[******] Psicoterapeuta, socia APG e COIRAG; socia EATGA, socia CIRPPA (via Tortona, 86 – 20144 Milano); velia.bianchi@gmail.com

[*******] Psicoterapeuta, socia APG e COIRAG, membro AIPCF, membro AAPPG (Ass. Argentina Psicoterapia di Gruppo); (viale Monza, 120 – 20127 Milano); mariagabrielasbiglio@gmail.com

[********] Psicoterapeuta, socia APG e COIRAG, membro AIPCF, vicedirettore Scuola COIRAG sede di Milano (via dei Pellegrini, 3 – 20122 Milano); alessandra.verri1@gmail.com

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

sono nella mente dell'analista e nello spazio interpersonale tra analista e pazienti in un contesto gruppale, familiare e di coppia? Quali dimensioni sono da considerare comuni? Descriveremo come lo specifico dispositivo gruppale di cui abbiamo fatto esperienza e il confronto in gruppo sull'attività clinica e lo studio teorico stiano orientando il nostro modo di lavorare e pensare. Riteniamo che la formazione gruppale possa aiutarci nella cura del legame familiare e di coppia, così come aprirci alla conoscenza di nuove forme di legame sta arricchendo il nostro lavoro in setting individuale e gruppale.

Parole chiave: Gruppo, Terapia della coppia e della famiglia, Legame familiare e di coppia e legame gruppale.

Abstract. *The group as a tool for understanding and treatment of couples and families*

Cultural changes taking place within society require the psychotherapist to an ongoing reflection and debate about clinical tools, both enhancing their flexibility, and extending the area of care. The APG association, looking at the group as a therapeutic tool, has initiated a theoretical and clinical reflection which examines the connections between the couple or family link and the group link. What differences do we find in the analyst's mind and in the interpersonal space between analyst and patients, in group, family and couple settings? What dimensions may they have in common? We intend to share how the group apparatus we have experienced, together with the group work in which we share our clinical experiences and theoretical studies, are orienting the way we think and work. We think that group training can help us to understand and treat family and couple relationships, as opening up to new types of links is enriching our work in group and individual settings.

Keywords: Group, Couple and family psychotherapy, Family and couple links, Group link.

A quasi quattro anni da una nostra prima presentazione in un seminario APG dal titolo "Il Gruppo come luogo di pensiero e di trasformazione nell'interfaccia con il sociale" possiamo raccontare come è cresciuto il nostro Gruppo di studio e ricerca clinica sulla coppia e la famiglia[1]. E possiamo dire che la terapia della coppia e quella della famiglia sono via via diventate cittadine sempre più riconosciute nel campo di ricerca APG.

[1] Gruppo di studio e ricerca teorico-clinica APG, federata COIRAG, coordinato da Barbara Bianchini.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Tale processo ha costituito una tappa in più per APG sulla via che essa già persegue da anni, ossia quella di tenere il passo con i rapidi cambiamenti della società contemporanea, che ci impongono di mantenere viva la riflessione e il dibattito sugli strumenti d'intervento clinico, sia modificandoli sia estendendo l'area della cura.

In questo modo sentiamo che APG al contempo si mantiene fedele alla propria storia, che è una storia di rottura con un sapere supposto indiscutibile, in nome di una ricerca costante e continua sulle origini della sofferenza e sulle possibili strategie di cura.

La riflessione del nostro gruppo di studio si è aperta a numerose domande e ci ha condotto alla formulazione di un intervento che abbiamo presentato al Congresso AIPCF 2022 e che riportiamo con ulteriori approfondimenti.

Che differenze ci sono nella mente dell'analista e nello spazio interpersonale tra analista e pazienti in un contesto gruppale, familiare e di coppia? Quali dimensioni sono da considerare comuni?

Abbiamo riflettuto su come lo specifico dispositivo gruppale di cui abbiamo fatto esperienza e il confronto in gruppo sull'attività clinica e lo studio teorico stanno orientando il nostro stesso modo di lavorare e pensare.

Riteniamo che la formazione gruppale possa aiutarci nella cura del legame familiare e di coppia, così come aprirci alla conoscenza di nuove forme di legame sta arricchendo il nostro lavoro in setting individuale e gruppale.

Nel corso degli anni Settanta la sensazione che non sempre il modello di cura che prevede l'incontro di un terapeuta e di un paziente in una stanza di analisi potesse portare sollievo alla sofferenza di quest'ultimo spinse i padri fondatori di APG a concentrare la loro attenzione sui rapporti, sui legami all'origine di questa sofferenza e a offrire dei contenitori di cura gruppali. All'interno di questi, ciascun paziente può proiettare e rielaborare in uno spazio nuovo le proprie fonti di sofferenza, co-creando con il gruppo e con il terapeuta nuovi legami e nuove dinamiche relazionali, esportabili poi anche nelle relazioni del mondo esterno reale.

La legittimazione del *gruppo* come strumento terapeutico ha costituito un compito complesso, sia per le resistenze incontrate all'interno del mondo psicoanalitico italiano, sia perché gli stessi psicoanalisti fondatori di APG, nel passaggio dalla cura individuale a quella gruppale, si interrogavano su come attribuire al gruppo la sua piena funzione curante.

Negli ultimi anni, l'ingresso in APG di nuove generazioni formate fin da principio alla terapia di gruppo e la contaminazione con altre federate COIRAG, hanno reso più evidente che la nuova clinica non si svolge più solo all'interno della stanza di analisi, ma anche nei contesti di lavoro, nelle scuole, talvolta nelle case dei pazienti.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Questa consapevolezza ha ulteriormente sviluppato percorsi di studio e di ricerca tra i Soci, nella dialettica tra fedeltà alle origini e cambiamento. Così, nuovi movimenti e gruppi di confronto sono nati all'interno dell'Associazione, facendo della cura del legame di coppia e della famiglia un nuovo cittadino non clandestino, che le permette di entrare in una prospettiva ulteriormente allargata di studio e di ricerca.

Ne è prova il recente ingresso di APG all'interno dell'AIPCF, Associazione Internazionale di Psicoanalisi di Coppia e Famiglia fondata nel 2006 da colleghi argentini, italiani, francesi, inizialmente, poi anche inglesi e americani, ora anche cinesi, indiani, cioè di quasi tutto il mondo.

Al di là delle frontiere e degli ostacoli linguistici, si tratta di terapeuti di diversi orizzonti che praticano la psicoanalisi con coppie e famiglie considerandole come dei gruppi con funzionamento psichico specifico.

Il nostro gruppo di studio clinico e teorico sulla terapia della coppia e della famiglia è formato noi socie APG, alcune con una formazione specifica su coppie e famiglie, altre desiderose di imparare, ed è davvero un gruppo di studio. Infatti, ci incontriamo mensilmente da cinque anni, abbiamo letto e commentato insieme alcuni scritti di Puget, di Berenstein, di Kaës e di Morgan; ci siamo poi avvicinate al concetto di campo, così come applicato alla terapia di coppia da Bianchini (2021), e a quello di neo-gruppo di Granjon (2020).

È stato ed è tuttora complesso per molte di noi aprirsi a un ambito di studio poco conosciuto e decostruire le teorie derivate dalla nostra formazione per dare spazio alla molteplicità dei diversi discorsi possibili.

A volte il gruppo si è difeso dal compito percependo gli autori letti come troppo rigidi, o ovvi, o distanti, altre volte avviando al proprio interno un'accesa dialettica culminante nella frustrazione di non capire o di non riuscire a farsi capire.

La clinica ha tuttavia supportato il compito teorico rendendo il clima emotivo più caldo e vivace e la coppia-paziente diventava l'oggetto di osservazione e riflessione di tutto il gruppo.

Proprio poter sperimentare la diversità e la complementarità dell'approfondimento teorico e del confronto clinico ha permesso al gruppo di comprendere meglio anche la dinamica propria delle relazioni di coppia. Passaggi di difficoltà ad accettare l'alterità dell'altro, che inducevano a movimenti di chiusura sulle proprie posizioni si alternavano a un creativo incontro tra noi e con i differenti approcci teorici che andavamo esplorando.

Come accade tra i partner, anche il nostro gruppo, a partire dalle storie professionali e dai linguaggi specifici di ciascuna, sta costruendo un linguaggio nuovo e condiviso sulla coppia e la famiglia. Il modello teorico di riferimento in questo processo è quello gruppoanalitico, che ci accomuna tutte in

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

quanto socie APG, e che costituisce la lente attraverso cui leggiamo la realtà, ci accostiamo alla sofferenza e alla sua cura. La matrice affettiva variegata di APG ci sta sostenendo in questo compito.

Mentre imparavamo ad ascoltare la polifonia di discorsi che il gruppo costruiva al proprio interno e che incontrava nella lettura dei diversi autori, ciascuna terapeuta era sostenuta nella propria pratica professionale nell'accogliere la molteplicità di suoni del discorso della coppia.

Il gruppo, infatti, rinforzava e rinforza le singole terapeute nel costituire e nel conservare nella stanza di analisi quello "stato mentale di coppia" di cui parla Morgan (2019), che consente di tenere in mente la relazione e sollecita a mantenere una posizione equidistante da ciascuno dei due partner, ossia che permette di attribuire pari legittimità a ciascuno e di sottrarsi alle pressioni più o meno esplicite a schierarsi.

Mediante la discussione condivisa del materiale clinico, la mente gruppale lavora con la terapeuta sulla relazione della coppia e nella relazione con la coppia, fungendo da co-terapeuta. Così lo spazio psichico dell'analista si estende, il suo sguardo si approfondisce favorendo il lavoro di analisi dei transfert e dei controtransfert.

Abbiamo potuto comprendere che il nostro gruppo è strumento fondamentale nel processo di elaborazione del dialogo tra inconsci che si sviluppa nella stanza di analisi con la coppia: attraverso le diverse risonanze profonde che ciascuna di noi sempre porta rispetto al materiale clinico analizzato, siamo potute divenire sempre più consapevoli del nostro essere co-costruttori del campo analitico (Ferro e Basile, 2009) e delle dinamiche relazionali nella coppia e nel neo-gruppo che si costituisce tra terapeuta e coppia.

Torna alla mente il caso clinico di una coppia – Antonio e Martina – che inizialmente portava come *problema* il figlio avuto da Antonio con la ex compagna, quindi un *problema* esterno alla loro relazione. È apparso chiaro fin da subito che per loro tutto ciò che era esterno, tutto ciò che era emotivamente difficile da comprendere e digerire, veniva espulso con forte aggressività. Il detto più ricorrente era "via il dente via il dolore". Dal racconto nostalgico del loro primo periodo d'amore vissuto in un monolocale/taverna, emergeva l'idea magica della tana, dove si sta bene solo se non si fa entrare nessuno, dove i due stanno insieme per difendersi dal mondo. La terapeuta assumeva il ruolo del "terzo", vissuto come persecutore, il figlio dell'altra, per Martina, trovandosi coinvolta in una dinamica evacuativa dove sperimentava sentimenti di insofferenza e teneva faticosamente a bada gli agiti espulsivi.

Il nostro gruppo ha reso più ampio e profondo lo sguardo della terapeuta, sostenendola nel tentativo di un passaggio da persecutore a genitore contenitivo, nel farsi "tana" per la coppia, un contenitore sempre più grande, che

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

piano piano, mettendo in luce similitudini e differenze, potesse creare spazio fra i due membri in modo da rendere tollerabile la presenza del terzo.

Ci siamo così trovate a interrogarci sulle possibili affinità tra psicoterapia di gruppo e terapia di famiglia e di coppia: ferme restando la specificità dell'oggetto di cura, e quindi dei dispositivi, e la necessità di formazioni diverse per ciascuno di essi, ci siamo chieste se fosse possibile rintracciare aspetti gruppali nella cura della coppia/famiglia e/o aspetti familiari nella cura del gruppo.

Ci siamo soffermate a riflettere sul fatto che alcune teorie e tecniche che ci aiutano a costruire e a salvaguardare il legame gruppale possono assomigliare a quelle utili per prendersi cura della coppia e della famiglia. Ad esempio, considerare ogni individuo come portatore di un gruppo interno e portavoce di una sofferenza che lo attraversa, ma che arriva da lontano; allargare i confini dell'inconscio ben oltre l'individuo per abbracciare i suoi legami. Ciò implica allenare l'oscillazione dell'attenzione tra il singolo e i legami che costruisce; mantenere una equidistanza da ogni membro del gruppo e considerare ogni intervento nel gruppo come espressione non solo del singolo ma anche di un movimento gruppale, proprio in ragione del dialogo tra inconsci sopra citato.

La prospettiva teorica della Granjon, inoltre, ci ha aiutato a porre attenzione su una specificità importante della famiglia: contrariamente al gruppo, nella famiglia c'è un legame preesistente che si incontra con un terapeuta, costituendo un neo-gruppo.

Granjon non parla di terapia della famiglia ma di *lavoro psicoanalitico di gruppo* con una famiglia. L'autrice afferma che:

> «la collocazione della famiglia in un gruppo con i terapeuti porta alla creazione di nuovi legami e nuove alleanze che mobilitano alcuni "resti non elaborati", alcune forme in via di simbolizzazione, nonché costruzioni difensive» (Granjon, 2020, p. 17).

Il neo-gruppo si costruisce, quindi, all'incrocio tra la filiazione familiare e le appartenenze del terapeuta e al suo interno le soggettività singolari vengono rielaborate: ognuno è anche soggetto del neo-gruppo.

Il legame preesistente può essere modificato proprio grazie alla presenza del terapeuta il quale, con la propria alterità, crea qualcosa di radicalmente nuovo all'interno del legame di coppia o familiare, che non ha traccia precedente. Si tratta dell'effetto di presentazione, di cui parla Berenstein (2010), che interrompe la dinamica proiettiva inconscia creando un'interferenza. Per "interferenza" s'intende un elemento della realtà dell'altro, disturbante, che si vorrebbe negare, ma che continua a ripresentarsi, appunto, nella sua alterità. L'interferenza diviene oggetto di un lavoro condiviso, portando alla

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

simbolizzazione di materiale inconscio utile a evitare la sterile ripetizione di dinamiche relazionali dolorose.

In una delle coppie osservate in intervisione nel gruppo, la partner telefona fuori seduta alla terapeuta, attribuendole il ruolo ricoperto a casa dalla figlia e cercando un'alleanza contro il marito, ritenuto il "cattivo traditore". La terapeuta non schierandosi, costituisce un'interferenza e innesca una dinamica differente nel neo-gruppo, dinamica in cui si può iniziare a parlare della rabbia all'interno della relazione.

Questo esempio ci permette di affermare che proprio l'assetto mentale del terapeuta di gruppo facilita il riconoscimento e la gestione di alcune dinamiche e dei suoi correlati inconsci.

Come abbiamo detto sopra, anche tra il terapeuta e la coppia si costituisce un *neo-gruppo*, che consente di identificare ed elaborare ciò che viene mobilitato in e da questa situazione nell'apparato psichico di ciascuno dei partecipanti.

Elemento essenziale del processo terapeutico diventa dunque l'essere in un'area transizionale con il paziente (Ogden, 2022), sia esso gruppo, coppia o famiglia; qui, infatti, nasce un nuovo sentire comune tra paziente e terapeuta e si producono delle trasformazioni.

Attingendo dal modello del campo, possiamo dire che costantemente tutti i membri presenti sulla scena terapeutica comunicano sul piano inconscio, oltre che su quello conscio, in un modo così fortemente compenetrato da rendere impossibile definire con certezza ciò che appartiene all'uno o all'altro dei soggetti. Infatti, non c'è evento del campo analitico che non sia co-creato da tutti: la singolarità delle voci si attenua e si genera una struttura che, attraverso turbolenze emotive, prelude e permette trasformazioni e creazioni narrative.

La lettura degli autori che si sono occupati di coppia e famiglia ci ha condotte a formulare degli interrogativi, a stare nell'incertezza, ad affrontare con qualche difficoltà concetti psicoanalitici molto diversi.Tutto ciò ci ha aiutato a guardare con uno sguardo nuovo anche al nostro modo di condurre gruppi, ad aprire gruppi nuovi, offrendoci fertili stimoli di riflessione.

Inoltre, quando vediamo un paziente individuale, che ci parla di un problema di coppia, ci sentiamo più capaci di non colludere e di pensare alla relazione interiorizzata, di leggere la dinamica sottesa.

Come ci ha insegnato Puget al Congresso AIPCF 2020:

> «Forse riusciamo ad aprire delle fessure o a riconoscere quelle che ci sono già per lasciare entrare aria nuova così come ci rendiamo conto delle influenze di molecole invisibili» (Puget, 2020).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Riferimenti bibliografici

Berenstein I. (2010). The Link and its Interferences. In: Scharff D. and Palacios E. *Family and Couple Psychoanalysis*. London: Karnac, 2017.

Bianchini B. (2021). La teoria del campo analitico e la psicoterapia psicoanalitica con la coppia. *Interazioni*, 2-2021: 102-119. DOI: 10.3280/INT2021-002007

Ferro A. e Basile R., a cura di (2009). *Il Campo Analitico. Un concetto clinico.* Roma: Borla, 2011.

Granjon E. (2020). Le néo-groupe, un lieu pour penser et/ou penser la famille en souffrance. *Le Divan Familial*, 45/Automne 2020: 17-32.

Morgan M. (2019). *Lo stato mentale di coppia. Il modello Ravistock Relationships*. Milano: Raffaello Cortina, 2021.

Ogden T.H. (2022). *Prendere vita nella stanza d'analisi*. Milano: Raffaello Cortina.

Puget J. (2020). IX Congrès International AIPCF. Avancées en psychanalyse de couple et de famille dans le monde contemporain, 21-25 Octobre 2021. *Revista 25*. Testo disponibile al sito: https://aipcf.net/revue/n-25-avancees-en-psychanalyse-de-couple-et-de-famille-dans-le-monde-contemporain/#top

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Effetti della Scrittura espressiva su un gruppo di soggetti affetti da schizofrenia

di Stefania Bisagni[*] e Valentina Valenzano [**]

[Ricevuto il 20/08/2023
Accettato il 27/11/2024]

Riassunto

Obiettivo. Il presente lavoro si è posto due obiettivi*:* 1) illustrare come l'utilizzo della scrittura espressiva possa essere utile nell'aiutare soggetti affetti da schizofrenia sia nello svolgere un lavoro introspettivo, sia nell'identificare una connessione tra evento stressogeno e relativa emozione; 2) indagare una possibile connessione tra disturbo schizofrenico e alessitimia. *Metodi*. Sono stati coinvolti 12 soggetti schizofrenici inseriti in un centro diurno per la salute mentale di Padova selezionati in base alla presenza di difficoltà di identificazione, espressione e gestione delle emozioni, e sottoposti a un ciclo di otto incontri di scrittura espressiva. Tutti i partecipanti hanno compilato il questionario per la valutazione dello stato generale del benessere psicologico (PGWBI) e la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) pre, durante e fine attività. *Risultati*. Dei 12 partecipanti, si collocano nell'area del distress, all'incirca 5 dei soggetti; mentre la TAS-20 mostra un solo quadro alessitimico. Per quanto invece riguarda gli obiettivi specifici di riconoscimento e identificazione delle emozioni, di identifi-

[*] Psicologa, psicoterapeuta a indirizzo sistemico relazionale, individuale e gruppale. Socia Asvegra. Lavora da anni nel privato sociale (per Gruppo Polis: Polis Nova S.C.S. Centro Diurno Salute Mentale "Attivamente 1 e Attivamente 2", Pontevigodarzere 50 – 35133 Padova). Libera professionista (via Po, 3 – 35135 Padova); stefania.bisagni@gmail.com

[**] Psicologa, consulente presso Polis Nova S.C.S. Centro Diurno Salute Mentale "Attivamente 1 e Attivamente 2", Pontevigodarzere 50 – 35133 Padova. Libera professionista (via Cernaia, 58 – 35141 Padova); valentinavalenano@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSN 1826-2589, ISSNe 1972-4837), 2/2022 OSSERVATORIO
DOI: 10.3280/gruoa2-2022oa19799

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

cazione di connessioni causali e organizzazione coerente della narrazione, si riscontrano deficit principalmente nella capacità di espressione. *Conclusioni.* Tale studio si mostra in linea con quanto riportato nella letteratura del caso, relativamente al rapporto schizofrenia-deficit socio-emotivi, ma allo stesso tempo ha permesso di mettere in luce aspetti nuovi, possibili input per riflessioni e approfondimenti futuri.

Parole chiave: Scrittura espressiva, Schizofrenia, Sintomatologia positiva e negativa, Alessitimia, Riabilitazione, Salute mentale.

Abstract. *Effects of express writing on a group of subjects with schizophrenia*

Objective. The present work had two objectives: The purpose of the present work was to 1) illustrate how the use of expressive writing can be useful in helping subjects with schizophrenia both in doing introspective work and in identifying an emotional connection between stressful event and related emotion; 2) investigate a possible connection between schizophrenic disorder and alexithymia. *Methods.* In this regard 12 schizophrenic subjects placed in a mental health day center in Padua selected on the basis of the presence of difficulties in identifying, expressing and managing emotions and underwent a cycle of 8 expressive writing meetings were involved. All participants were asked to complete the questionnaire for the assessment of general psychological well-being (PGWBI) and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) pre, during and at the end of the activity. *Results*. Of the 12 participants, approximately 5 of the subjects are in the area of distress; while the TAS-20 shows only one alexithymic picture. On the other hand, with regard to the specific goals of emotion recognition and identification, identification of causal connections and coherent organization of narrative, deficits are found mainly in the ability to express. *Conclusion*. This study is shown to be in line with what has been reported in the case literature with regard to the schizophrenia-social-emotional deficits relationship, but at the same time it has allowed us to highlight new aspects, possible inputs for future reflections and insights.

Keywords: Expressive writing, Schizophrenia, Positive and negative symptomatology, Alexithymia, Rehabilitation, Mental health

Introduzione

Nel presente articolo viene riportata l'esperienza di gruppo avvenuta all'interno di un Centro Diurno per la Salute Mentale (CDSM) di Padova con utenti la cui diagnosi è prevalentemente di disturbo schizofrenico.

Il Centro Diurno di Salute Mentale in questione è gestito da una Cooperativa Sociale in convenzione con l'Azienda Ulss 6 Euganea e accoglie utenti seguiti dai servizi psichiatrici con diagnosi di psicosi e disturbi di personalità

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

grave, per i quali è appropriato proporre un percorso che si basa sul metodo della riabilitazione psichiatrica (Anthony *et al.,* 2002) secondo il modello bio-psico-sociale con uno sguardo focalizzato al processo di recovery (Davidson, 2012).

L'attività introdotta è la "Scrittura espressiva" ed è stata avviata a supporto delle attività riabilitative svolte nel Centro al fine di sviluppare le abilità necessarie a rendere gli utenti maggiormente consapevoli del loro stato emotivo a favore di un reinserimento socio-lavorativo.

Gli schizofrenici con sintomatologia prevalentemente positiva non riescono ad accedere al livello di categorizzazione cosciente delle emozioni nonostante queste vengano comunque pienamente percepite; invece, gli schizofrenici con sintomatologia prevalentemente negativa pur riconoscendo le emozioni non sono in grado di identificarle, e quindi di connetterle in modo causale a uno specifico evento.

L'équipe del Centro Diurno si è quindi interrogata sulla possibilità di inserire un'attività che potesse indagare il vissuto emotivo degli utenti e potesse di conseguenza essere di supporto agli interventi Evidence Based proposti nel Centro. Tale riflessione ha portato a formulare due ipotesi di lavoro: prima fra tutte, se persone affette da schizofrenia fossero in grado di individuare e connettersi alla parte più emotiva riuscendo a renderla esplicita, attraverso lo strumento della scrittura e poi della parola; e in secondo luogo, l'osservazione di una possibile connessione tra schizofrenia e alessitimia. Un ulteriore intento è stato quello di facilitare la circolazione in gruppo di pensieri connessi al proprio vissuto emotivo, e stimolati attraverso la produzione libera di una narrazione scritta.

Ci si è chiesti, infine, se le difficoltà presenti – che emergono durante le attività riabilitative in cui alle persone sono richieste non solo performance di tipo strumentale, ma anche emotive-relazionali – siano legate a deficit cognitivi e/o a una incapacità di saper decodificare i messaggi inter- e intrapersonali e di conseguenza essere in grado di rapportarsi alle circostanze.

Purtroppo, le restrizioni dovute alle esigenze primarie di contrastare la diffusione di Covid-19 ha reso necessario strutturare l'attività in piccoli cluster anche se l'attenzione è rimasta duplice: quella di integrare i risultati dei tre cluster a livello gruppale e interconnettere gli esiti dei singoli con le altre attività di gruppo.

Letteratura

Negli ultimi anni si è giunti all'evidenza empirica dell'esistenza di un deficit comune a tutti pazienti schizofrenici che consisterebbe in un deficit al processo di "meta-rappresentazione". Questo meccanismo consiste nell'ese-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

cuzione di rappresentazioni coscienti del funzionamento del proprio e altrui pensiero.

Con il termine Teoria della Mente (ToM) si intende proprio la capacità di attribuire stati mentali, credenze, intenzioni, desideri, emozioni e conoscenze sia a se stessi che agli altri, e la capacità di comprendere che gli altri hanno stati mentali diversi dai propri.

I pazienti affetti da schizofrenia sono carenti nella capacità di formare meta-rappresentazioni maggiormente strutturate, come emozioni di imbarazzo, rabbia e invidia, e conservano invece le abilità meta-rappresentazionali di primo ordine quali felicità e paura (Pagano e Carpinelli, 2010).

Ai fini del presente lavoro risultano essere rilevanti le evidenze ottenute da Grada *et al*. (2006) rispetto a un loro studio, da cui emerge che i soggetti schizofrenici con sintomatologia prevalentemente negativa (in particolare ritiro sociale, appiattimento affettivo, alogia, avolizione e diminuzione dell'espressione emozionale), commettono errori di attribuzione di stati affettivi perché, seppur riconoscono le emozioni, non sono in grado di dar loro un nome; mentre i soggetti con sintomi prevalentemente positivi commettono errori di attribuzione di stati affettivi perché non hanno coscienza dello stato emotivo percepito, se non a un livello elementare.

Graeme J. Taylor, psichiatra e psicoterapeuta, ha concettualizzato l'emozione come un sistema in cui la dimensione fisiologica, motoria-comportamentale e quella cognitiva-esperienziale, si influenzano e regolano reciprocamente.

Una mancanza di collegamento tra di esse può comportare una situazione di disregolazione emotiva che l'autore definisce come alessitimia.

Le caratteristiche salienti del costrutto sono:

- difficoltà nell'identificare i sentimenti e nel distinguere tra sentimenti e sensazioni fisiche di attivazione emotiva;
- difficoltà nel descrivere agli altri i sentimenti;
- ridotte capacità di immaginazione;
- uno stile cognitivo orientato verso l'esterno, ovvero, una focalizzazione su dettagli relativi a eventi esterni, a persone e a luoghi; un pensiero quindi concreto, non riflessivo e non rivolto all'espressione di assetti interni, sentimenti e desideri.

Si pensa che queste caratteristiche riflettano dei deficit nell'elaborazione cognitiva e nella regolazione delle emozioni. Nello specifico, i livelli fisiologico e motorio-comportamentale rimarrebbero privi di riconoscimento e di regolazione da parte della dimensione più cosciente e cognitiva; non vi sarebbe quindi la possibilità di contattare, identificare e pensare alle proprie emozioni e, data la mancanza di comunicazione, di utilizzare i rapporti inter-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

personali nella regolazione delle emozioni stesse. Infatti, i soggetti con alti livelli di alessitimia comunicano in modo inadeguato la propria sofferenza emotiva agli altri.

È importante specificare che gli individui con alta alessitimia non sono privi di emozione, ma possono usare parole come "triste", "nervoso" o "spaventato" e possono esprimere sentimenti complessi come "mi sento arrabbiato", ma hanno difficoltà nel definire cosa significhi sentirsi triste, nervoso o arrabbiato. È possibile che facciano riferimento agli eventi connessi alle emozioni, ma non sono capaci di arrivare al significato più profondo, oltre l'esperienza. Taylor nella concettualizzazione dell'alessitimia ricorre alla Teoria del codice multiplo di Bucci (Bucci, 1997).

Tale teoria propone che la codifica dell'esperienza avvenga secondo tre codici, uno sub-simbolico che include funzioni legate alla memoria procedurale, alle funzioni corporee e ai livelli fisiologici delle emozioni; e due simbolici (verbale e non verbale) che si basano invece su immagini e simboli che nel sistema verbale si legano alle parole (Bucci, 1997).

Ora, la disconnessione tra i tre sistemi comporta il non avere parole per le emozioni (Taylor *et al.*, 2014).

Marasco e colleghi, nel 2011, hanno osservato una prevalenza di alessitimia in soggetti schizofrenici molto più alta rispetto a quella riportata da altri studi su popolazione generale, e simile alla prevalenza riscontrata in altri studi su pazienti altri con diversa tipologia di disturbi psichiatrici o affetti da schizofrenia.

Alcune caratteristiche della sintomatologia negativa di quest'ultima (appiattimento affettivo e alogia), risultano infatti clinicamente simili alle manifestazioni comportamentali dell'alessitimia, come il deficit dell'identificazione e verbalizzazione dei sentimenti, la difficoltà nel processare cognitivamente gli aspetti individuali delle emozioni, il mancato coinvolgimento emotivo e il deficit nel distinguere e manifestare le espressioni mimiche.

Tuttavia, ciò mostra che l'alessitimia potrebbe presentare solo lievi sovrapposizioni con i sintomi negativi non inquadrandosi all'interno degli stessi, ma come costrutto separato che, però, condivide alcune caratteristiche con la dimensione negativa.

L'alessitimia pur essendo significativamente correlata a diverse condizioni patologiche di natura psicosomatica e psicologica, per una corretta diagnosi differenziale, va distinta dalla sintomatologia negativa della schizofrenia perché va considerata un tratto stabile di personalità.

Studi e osservazioni hanno dimostrato infatti che dopo un anno di trattamento psicofarmacologico appropriato, i pazienti schizofrenici vedono migliorate le sindromi schizofreniche e depressive così come il funzionamento psicosociale, mentre le caratteristiche principali dell'alessitimia restano stabili.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Questo dimostra che l'alessitimia non è in relazione ai disturbi dell'Asse I (disturbi clinici principali come schizofrenia e depressione), ma è legata alle caratteristiche dell'Asse II (disturbi di personalità) ed è quindi una dimensione della personalità indipendente dalle categorie psichiatriche (*State of Mind*, 2024).

La Scrittura espressiva: inquadramento teorico e paradigmi

Un quesito che interessa da oltre vent'anni anni psicologi, pedagogisti, linguisti, scrittori e potenzialmente ogni individuo, riguarda i benefici tratti dalla scrittura, e nello specifico descrivere le situazioni difficili che ciascuno si trova a dover affrontare nella propria vita.

In un esperimento condotto dai ricercatori Pennebaker e Beall del 1986, un gruppo di studenti universitari volontari scrisse di alcune proprie esperienze traumatiche oppure di argomenti neutri e privi di rilevanza personale.

Il gruppo avrebbe scritto degli eventi traumatici in una delle seguenti modalità:

- limitandosi a esprimere le emozioni durante la sessione di scrittura;
- limitandosi a trattare i traumi nei loro aspetti concreti;
- trattando i fatti ed esprimendo le emozioni provate al riguardo.

I risultati evidenziano un effetto immediato molto forte. Molti piansero mentre descrivevano i traumi subiti, molti riferirono di aver fatto sogni e pensieri continui sugli argomenti trattati. Tuttavia, la cosa più significativa furono i testi poiché rivelarono gli stati d'animo più profondi e i lati più intimi dei partecipanti (Lo Iacono, 2016).

Gli autori erano interessati sia ai cambiamenti di salute fisica che agli effetti dell'esperimento sull'umore dei partecipanti.

Emerse che, subito dopo aver scritto delle proprie esperienze traumatiche, i soggetti si sentivano malissimo; e questi effetti furono più marcati in quei soggetti a cui era stato chiesto di esprimere le proprie emozioni mentre descrivevano i traumi.

Alla luce dei risultati emersi dagli studi condotti, Campbell e Pennebaker (2003) hanno classificato in tre categorie i processi di mediazione per spiegare perché la scrittura espressiva produca dei benefici; tali categorie si sovrappongono poiché ricche di relazioni reciproche:

1. *l'abituazione*. Il paradigma della scrittura espressiva viene assimilato alle procedure di esposizione e ne spiegano gli effetti in termini di estinzione, ovvero, la cessazione di un comportamento disfunzionale (per approfondimenti a riguardo vedere (Greenberg *et al*., 1996));

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

2. *cambiamenti nella memoria di lavoro*. È stato dimostrato, ad esempio, che scrivere riduce la frequenza e/o l'impatto dei pensieri intrusivi, suggerendo che tale tecnica liberi la mente dalle distrazioni (v. Lepore *et al*., 1996);
3. *cambiamento nelle strutture cognitive* (v. Pennebaker, Mayne e Francis, 1997).

Inizialmente Pennebaker pensò che gli effetti positivi della Scrittura espressiva fossero dovuti a una disinibizione, ovvero all'espressione di pensieri ed emozioni taciuti agli altri e in parte nascosti a se stessi.

Non parlare di un evento inibito significa non tradurlo in parole, e questo ci impedisce di comprenderlo e di assimilarlo.

Di conseguenza, le esperienze significative che vengono inibite affioreranno probabilmente sotto forma di sogni, ruminazioni mentali e altri disturbi del pensiero analoghi.

La costruzione di un racconto permette che le molte facce dell'evento vengano organizzate in un tutto più coerente; ciò permette di integrare pensieri e stati d'animo (Lo Iacono, 2016).

In sintesi, la Scrittura espressiva comporta:

- *cambiamenti cognitivi immediati*. Quando una persona affronta, scrivendo, un evento emotivamente carico, spesso si trova costretta a dargli un nome, una struttura o a organizzarlo. Inoltre si trova costretta a esporre le informazioni in forma linguistica, spesso per la prima volta, a un destinatario e a se stessa. Questi cambiamenti immediati sono spesso i più difficili da capire, ed è molto difficile stabilire se siano o meno correlati allo stato di salute a lungo termine;
- *cambiamenti emozionali immediati*. Il confronto diretto con una fonte di turbamento emozionale è spesso accompagnato da processi di abituazione ed estinzione. C'è ragione di credere che la scrittura emozionale possa ridurre l'effetto dei pensieri che si riferiscono al trauma. È difficile collegare questi processi a breve termine con la salute fisica a lungo termine;
- *cambiamenti cognitivi ed emozionali più a lungo termine*. Un effetto della Scrittura espressiva potrebbe essere quello di svuotare la memoria di lavoro. Nelle settimane successive alle sessioni di scrittura, ma non immediatamente dopo, le persone tendono a pensare di meno ai loro traumi e possono rivolgere i loro pensieri ad altri aspetti della loro vita;
- *correlati e conseguenze sociali della scrittura*. In alcuni studi pilota, tuttora in corso, si osserva che quando i partecipanti scrivono dei loro turbamenti emozionali cominciano gradualmente a parlare in modo diverso con gli altri. Tendono a parlare di più del loro trauma, a ridere di più e anche a modificare in modo sottile le loro reti di amicizie (Lo Iacono, 2016).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Per rendere più espliciti i riferimenti teorici riportiamo i paradigmi della Scrittura espressiva definiti da Pennebaker (2004):

- *quale dovrebbe essere l'argomento della scrittura?* Non è necessario scrivere dell'esperienza più traumatica della propria vita, ma è importante focalizzarsi sui problemi che, al momento, preoccupano o angosciano maggiormente poiché scrivere di essi può servire a organizzarli e risolverli nella propria mente. Qualunque sia l'argomento di cui si sceglie di scrivere, è essenziale esplorare sia l'esperienza oggettiva (che cosa è successo) sia i sentimenti, le emozioni a riguardo. Altro aspetto fondamentale è il lasciarsi andare completamente.
  Scrivere ininterrottamente e non preoccuparsi della grammatica e struttura del periodo. Se si esaurisce l'argomento o ci si sente bloccati, si procede ripetendo quello che si è già scritto;
- *dove e quando scrivere?* Gli studi suggeriscono che è molto importante scrivere in una stanza dove si è sicuri di non essere interrotti, né disturbati da rumori, odori o immagini; una stanza dove ci si sente a proprio agio. Rispetto al quando non ci sono regole precise: si può scrivere ogni volta che ne si ha voglia o quando se ne sente il bisogno.
  È importante però non usare la scrittura come sostituto dell'azione o come strategia di evitamento.
  Una meta-analisi condotta da Smyth (1998), riporta come la quantità di tempo trascorsa tra le sessioni di scrittura ne modera l'effetto: intervalli di una settimana hanno prodotto una misura dell'effetto superiore rispetto a intervalli di un giorno;
- *numero e durata delle sessioni?* Ancora dalla meta-analisi di Smyth (1998) emerge che il numero e la durata delle sessioni è ininfluente sulla misura complessiva dell'effetto. Tuttavia, i pazienti dovrebbero essere incoraggiati a scrivere per un massimo di 20 minuti a ogni sessione, in modo che il compito non sembri troppo opprimente, sebbene possano scegliere di continuare a scrivere una volta che il tempo è scaduto, se lo desiderano e se ciò è fattibile (Karen e Wilhelm, 2005);
- *che uso fare del proprio testo?* È importante che il testo sia destinato e quindi rivolto a se stessi in quanto il proposito di mostrare poi a qualcuno il proprio elaborato potrebbe influire sullo stato mentale durante la scrittura fino a, magari, rivolgersi alla persona che abbiamo in mente;
- *cosa si prova durante e dopo la scrittura?* Come è emerso in molti studi, subito dopo aver scritto ci si può sentire tristi, depressi o arrabbiati.
  Questi stati d'animo passano generalmente nell'arco di un'ora circa; in casi rari possono durare uno o due giorni. Infine, molti riferiscono di sentirsi sollevati, contenti e soddisfatti poco dopo la conclusione degli incontri previsti (Lo Iacono, 2016).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Algristian (2019) ha condotto uno studio che coinvolge tre pazienti psichiatrici con spettro psicotico e non: uomo e donna con depressione suicida e una donna anziana schizofrenica con allucinazioni uditive.

Una cosa che dovrebbe essere considerata quando si fa Scrittura espressiva è l'osservazione iniziale di un effetto negativo durante la scrittura, sebbene, alla fine, si ottengano risultati migliori rispetto al gruppo di controllo, che non affronta tematiche emotivamente coinvolgenti.

Questo aumento dell'effetto negativo è correlato alle esplorazioni traumatiche effettuate dal paziente. Dopo 24 ore, questo effetto negativo diminuisce in modo significativo; anche i pazienti raggiungono uno stato più calmo rispetto a prima di scrivere. Due fattori che supportano il successo della Scrittura espressiva sono la capacità del paziente di rilasciare il suo trauma (la prontezza a scrivere un'esperienza traumatica sotto forma di parole) e trovare un nuovo significato attraverso ciò che ha scritto (il tentativo di guardare agli eventi da diverse prospettive e pianificare azioni promettenti per il futuro).

Lo studio: materiale e metodi

Soggetti

Il campione è composto da 12 soggetti schizofrenici inseriti in un Centro Diurno per la Salute Mentale di Padova. Il criterio di selezione è stato quello di individuare coloro che avevano maggiori difficoltà nei processi di identificazione, espressione e gestione emotiva.

Questi dimostravano di avere ridotte capacità immaginative e difficoltà a identificare i sentimenti provati con una evidente compromissione della connessione tra il cognitivo e l'emotivo.

Inoltre, un altro criterio è stato quello di individuare utenti che partecipassero anche ad altre attività di gruppo di sviluppo di social skill e un gruppo verbale a orientamento gruppoanalitico (che sarà oggetto di una successiva pubblicazione); il doppio inserimento aveva lo scopo di monitorare e, laddove necessario, approfondire determinate tematiche emerse.

I soggetti sono stati suddivisi in tre gruppi (A, B, C) con un numero massimo di 4 partecipanti per gruppo. Il gruppo A era costituito da soggetti con un'età inferiore ai 45 anni.

I gruppi B e C erano costituiti da soggetti con un'età inferiore e superiore ai 45 anni. La suddivisione in tali gruppi è avvenuta a seguito di una organizzazione delle attività nel rispetto delle restrizioni dovute alla necessità primaria di contrastare la diffusione di Covid-19.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

L'attività è stata svolta in una stanza apposita e isolata, una volta alla settimana. Ogni incontro ha avuto una durata di un'ora, per un totale di 8 incontri.

Strumenti

È stato selezionato un questionario per la valutazione dello stato generale del benessere psicologico: *Psychological General Well-Being Index* (PGWBI). L'autore, Harold Dupuye, psicologo americano, ha ideato il questionario per fornire un indice in grado di misurare lo stato di benessere o malessere soggettivo legato alla sfera emozionale e affettiva. Si tratta di uno strumento autosomministrato composto da 22 item che indagano sei differenti aree: ansia, depressione, positività e benessere, autocontrollo, stato di salute generale e vitalità.

Tutte le domande fanno riferimento alle quattro settimane precedenti alla compilazione.

Il punteggio attribuibile alle risposte va da 0, lo stato peggiore possibile, a 5, lo stato migliore possibile. Il questionario permette di calcolare sia i punteggi relativi alle sei subscale che un indice complessivo che può raggiungere un massimo di 110 punti, cioè la somma delle risposte ai singoli item di tutte le dimensioni, ma solo dopo aver ricodificato i valori di alcune specifiche risposte.

Il questionario è stato compilato da tutti i partecipanti a inizio, metà e fine attività. Grossi *et al*. (2002), conducendo analisi per confermare la validità del questionario, riportano la ripartizione in 4 aree del range del punteggio globale permettendo di leggere i dati in maniera più chiara (Fig. 1).

Ciascuna area rappresenta una classe diversa e specifica di benessere e di stress.

Nello specifico troviamo dal basso verso l'alto:

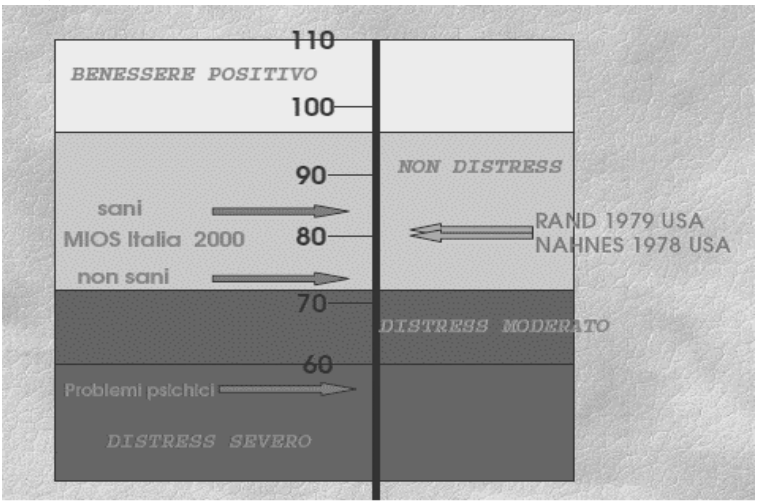
- Distress severo,
- Distress moderato,
- Non distress,
- Benessere positivo

La media di tutta la popolazione italiana, riportata dal presente studio, è stata 78; se poi l'intera popolazione è classificata in base alla presenza o meno di una condizione morbosa, allora si osserva che i due gruppi (sani e non sani) mostrano una marcata differenza in termini di benessere percepito e si collocano, rispettivamente, più vicini all'area del benessere positivo e del distress moderato.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Infine, coloro che hanno dichiarato di essere stati in cura per gravi disturbi psichici si collocano nell'area di distress severo.

Fig. 1 – Le 4 aree di benessere/distress del questionario PGWBI (Grossi et al. *2002).*



Per la valutazione del costrutto di alessitimia è stata selezionata la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), questionario autosomministrato costituito da 20 item e basato su una scala likert a 5 punti che va da "Non sono per niente d'accordo" a "Sono completamente d'accordo".

Al soggetto viene chiesto di esprimere il suo grado di accordo con ciascuna affermazione ed è fondamentale che il somministratore sottolinei che non ci sono risposte giuste o sbagliate, ma solo soggettive, poiché legate al vissuto personale.

La valutazione dei dati permette sia di ricavare informazioni relative alla somma totale dei singoli punteggi agli item, prestando attenzione alla ricodifica del valore di specifici item, sia informazioni sulle tre dimensioni che definiscono il costrutto di alessitimia: difficoltà nell'identificare i sentimenti (F1), difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri (F2) e pensiero orientato all'esterno (F3).

Si possono ottenere punteggi compresi tra un minimo di 20 e un massimo di 100. Nel calcolo del punteggio totale si identificano tre categorie:

- non alessitimici, soggetti con punteggi inferiori a 51;
- borderline, soggetti con punteggi compresi tra 51 e 60;
- alessitimici, soggetti con punteggi uguali o superiori a 61.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Come suggerito da Taylor *et al*. (2014) il livello di severità dell'alessitimia può essere determinato confrontando il punteggio individuale con il punteggio medio della popolazione generale.

La TAS-20 ha dimostrato di avere un'alta coerenza interna, una buona affidabilità test-retest e una struttura a tre fattori congruente da un punto di vista teorico con il costrutto in questione (La Ferlita *et al*., 2007).

Infine, un ulteriore strumento del presente lavoro è stata l'osservazione diretta e partecipante della conduttrice dell'attività, al fine di raccogliere informazioni ed effettuare una valutazione rispetto sia all'andamento dei singoli partecipanti sia del gruppo.

Procedura

Il primo incontro è servito a introdurre l'attività, spiegare il paradigma della Scrittura espressiva, la modalità di conduzione, rispondere a eventuali dubbi, illustrare tempi e organizzazione dell'attività, dar modo di scegliere delle tematiche di cui avrebbero voluto scrivere negli incontri successivi e compilare i questionari PGWBI e TAS-20.

Le tematiche espresse e trattate per il gruppo A sono state "Gli obiettivi futuri sia a livello personale che lavorativo, le relazioni sociali, la reazione a critiche sul lavoro e nella vita privata, la malattia, la gestione di stati ansiogeni, cosa succede e come affronto la frustrazione per un mancato obiettivo e la gestione della pressione e dello stress".

Per il gruppo B le tematiche espresse hanno riguardato "La fatica (vissuto e gestione), l'ansia (causa scatenante e reazioni), le relazioni sociali, la rabbia interiore, la paura rispetto a un proprio obiettivo di vita, la demotivazione e lo stress nelle sue manifestazioni e modalità di gestione".

Infine, per il gruppo C le tematiche espresse e affrontate sono state "Il raggiungimento dell'autonomia, le reazioni alle critiche sia in ambito personale che lavorativo, le relazioni interpersonali, l'identificazione delle cause d'ansia e relativa gestione, cosa comporta l'essere sottopressione, la gestione di imprevisti e la fatica (vissuto e gestione)".

Dal secondo all'ottavo incontro si sono svolte le vere e proprie sessioni di scrittura in cui, a inizio incontro, la conduttrice accoglieva i partecipanti e guidava gli stessi in un momento di connessione, attraverso la parola e il rilassamento corporeo, alla tematica da approfondire.

La connessione avveniva nel seguente modo: "Chiudete gli occhi e trovate la posizione a voi più comoda e iniziate a inspirare ed espirare lentamente concentrandovi sul vostro respiro. Per i prossimi 20 minuti vi invito a scrivere riguardo a… è essenziale lasciarsi andare ed entrare in contatto con

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

le proprie emozioni e pensieri più profondi. Scrivete unicamente per voi, non preoccupatevi della grammatica e della struttura del periodo.

Ricordatevi che non c'è un giusto o sbagliato e che non si è qui per essere giudicati e giudicare. È uno spazio interamente dedicato a voi".

Seguivano 20 minuti dedicati alla scrittura in cui, in presenza di eventuali difficoltà, venivano fornite, come indicato dai paradigmi, facilitazioni come, ad esempio, quella di scrivere nuovamente quanto già scritto per non bloccare il flusso.

I successivi 30 minuti erano dedicati alla condivisione, se voluta, dei propri elaborati (attraverso la lettura dell'intero scritto, una sintesi orale o la lettura di alcune parti) che dava origine a una discussione di gruppo, in cui emergevano sostegno reciproco, prospettive differenti di uno stesso argomento, condivisione di esperienze personali, rispetto a quanto scritto dai singoli partecipanti, come forma di supporto o consiglio.

Alla fine di ogni incontro, tutti i partecipanti erano invitati a esternare il proprio stato d'animo; seguiva un intervento conclusivo della conduttrice avente il fine di fare il punto della situazione su quanto emerso, normalizzare e rassicurare circa i possibili sentimenti scaturiti dalle tematiche affrontate.

Gli scritti venivano conservati in personali cartelline consegnate poi a conclusione dell'attività e accompagnate da una restituzione rispetto all'intero percorso.

Risultati

PGWBI

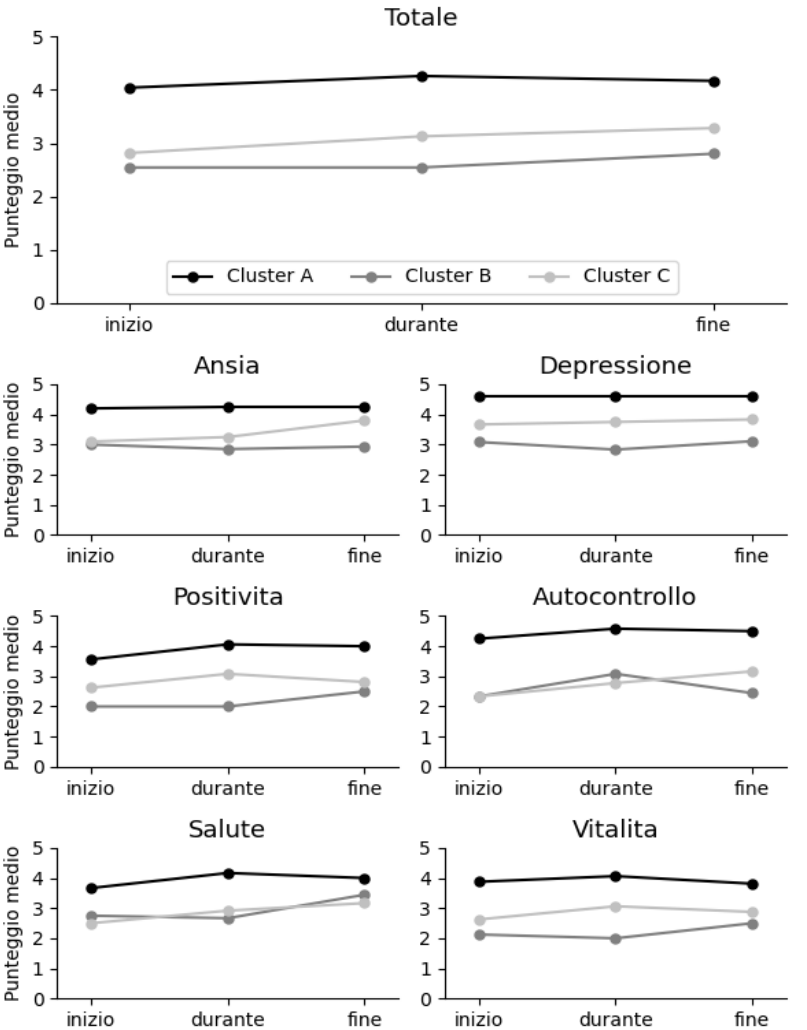
I dati ottenuti dalla compilazione del PGWBI sono stati analizzati per gruppo e per ogni partecipante.

Sono stati rilevati i punteggi relativi alle sei sub-scale e confrontati con il range minimo e massimo della scala di riferimento. Il punteggio globale, invece, è stato messo a confronto con il punteggio medio della popolazione e classificato in corrispondenza di una delle 4 aree a seconda del valore individuato (Fig. 2).

Per il gruppo A, due partecipanti su quattro hanno punteggi associati all'area del "Non distress" e i restanti due si collocano in corrispondenza del "Benessere positivo". È necessario precisare che uno dei soggetti collocato nell'area del "Benessere positivo" ha fornito, a tutte le domande, delle risposte estreme in contrasto con quanto osservato nella quotidianità.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Fig. 2 – Punteggi PGWBI alle tre somministrazioni.
La figura mostra i punteggi, totali e alle sei sub-scale, di ciascun cluster rispetto ai tempi di somministrazione e punteggio medio per item per cluster.



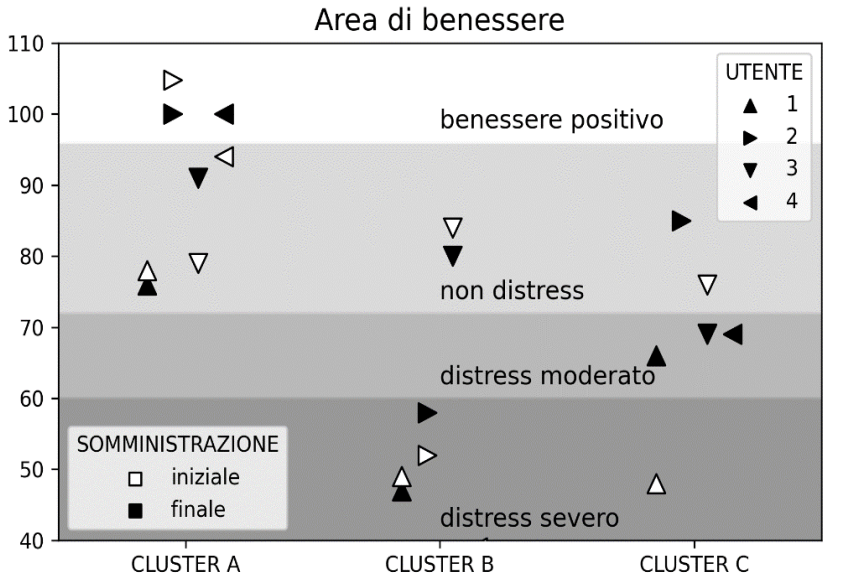
Il gruppo B, composto da quattro soggetti di cui uno ha abbandonato per problemi di salute dopo il primo ciclo, mostra 2 aree di "Distress severo" e un soggetto collocato nell'area del "Non distress".

Infine, rispetto al cluster C è doveroso segnalare la mancata somministrazione del PGWBI a inizio attività, per due soggetti, a causa di: 1) un'invalidazione del questionario e 2) di un inserimento tardivo. Alla luce di tali

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

premesse, i punteggi totali e le corrispondenti aree di benessere/stress potrebbero risultare leggermente alterate. I risultati, comunque, evidenziano un punteggio corrispondente all'area "Distress moderato" e un solo soggetto nell'area del "Non distress" (Fig. 3).

Fig. 3 – Area di benessere/stress.
La figura mostra la collocazione dei singoli soggetti di ciascun cluster in una delle 4 aree di benessere o stress, evidenziando la prima e l'ultima somministrazione.



TAS-20

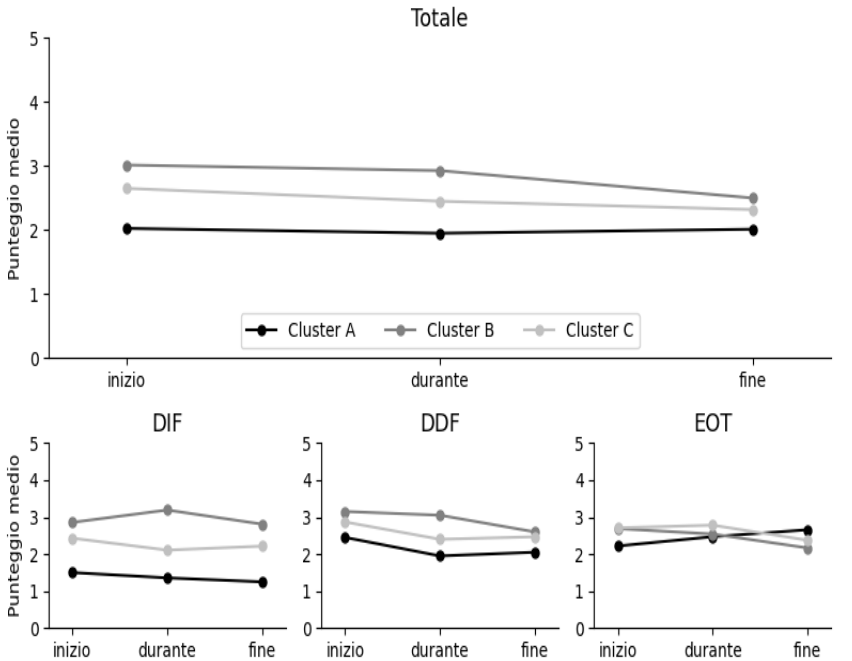
I risultati ottenuti dalla compilazione della TAS-20 sono stati analizzati per gruppo e per singolo partecipante. Sono stati calcolati i punteggi relativi alle tre dimensioni del costrutto e confrontati con i valori medi di riferimento. Il punteggio globale è stato messo a confronto con il punteggio medio della popolazione clinica e classificato in corrispondenza di una delle 3 aree identificate (Fig. 4).

I suddetti valori sono stati individuati in uno studio effettuato da Taylor *et al.* (1996) consultabile alla Fig. 1 dell'Appendice.

Il primo gruppo, A, evidenzia punteggi totali collocabili nell'area della "Non alessitimia" per tutti e quattro i partecipanti. Rispetto alle tre dimensioni, si osservano valori al di sopra della media rispetto alla dimensione dello "Stile cognitivo orientato più verso l'esterno".

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Fig. 4 – Punteggi TAS-20 alle tre somministrazioni.
La figura mostra i punteggi, sia totale che alle tre dimensioni, di ciascun cluster rispetto ai tempi di somministrazione e punteggio medio per item per cluster



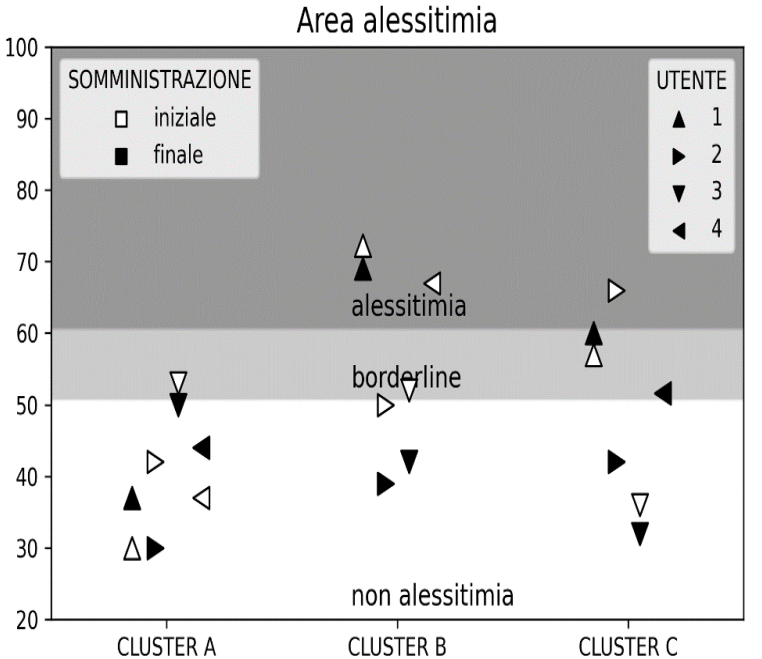
Il gruppo B mostra punteggi globali collocabili nell'area della "Non alessitimia" per due/tre dei soggetti, e un solo punteggio totale classificabile nell'area "Alessitimia"; in corrispondenza del quale si osservano, inoltre, punteggi al di sopra della media anche in tutte e tre le dimensioni di definizione del costrutto. I restanti partecipanti, invece, rientrano nei valori medi.

Nell'ultimo gruppo, C, va specificata l'assenza della prima somministrazione del reattivo a un utente a seguito dell'inserimento tardivo. Rispetto ai risultati ottenuti, si osservano due/quattro soggetti "Non alessitimici" e i restanti due "Borderline"; di cui, uno, registra, nelle tre dimensioni, dei punteggi al di sopra della media. I rimanenti partecipanti, invece, mostrano valori rilevanti sia rispetto alla dimensione "Stile cognitivo orientato verso l'esterno", sia rispetto alla dimensione "Difficoltà nell'identificare i propri sentimenti" (Fig. 5).

I dodici soggetti che hanno partecipato all'attività sono stati analizzati anche rispetto a indicatori generali di continuità e partecipazione, e rispetto a tre obiettivi specifici:

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Fig. 5. Area di alessitimia.
La figura mostra la collocazione dei singoli soggetti di ciascun cluster in una delle tre categorie possibili, evidenziando la prima e l'ultima somministrazione.



- riconoscere ed esprimere le emozioni;
- identificare connessioni causali nel testo scritto;
- organizzazione coerente della narrazione e riflessioni a riguardo.

Per quanto concerne gli indicatori di "continuità" e "partecipazione", tutti i soggetti, di ogni gruppo, hanno dimostrato una partecipazione agli incontri costante e attiva accettando di condividere e discutere in gruppo i propri elaborati e difficoltà, se presenti.

Solo rispetto alla tematica della "malattia" due partecipanti del gruppo A hanno preferito non condividere quanto scritto.

Rispetto agli indicatori specifici, tra i soggetti del gruppo A, un solo partecipante ha soddisfatto pienamente l'obiettivo di riconoscere ed esprimere le emozioni, mentre, i restanti soggetti, hanno dimostrato capacità identificative, ma diverse resistenze e incoerenza nell'espressione.

I restanti due obiettivi risultano raggiunti da tutti i partecipanti, seppur non pienamente.

Per quanto riguarda il gruppo B tutti i partecipanti soddisfano i tre obiettivi specifici; infine, nel gruppo C, si osserva il pieno raggiungimento dell'o-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

biettivo di identificazione emotiva mentre, l'espressione è superficiale, minima; gli obiettivi di identificazione di un nesso causale e di organizzare in modo coerente la narrazione, risultano soddisfatti seppur assente un lavoro introspettivo ed emotivo.

Discussione e conclusioni

Il presente studio ha scelto di applicare il paradigma della Scrittura espressiva a un gruppo di soggetti affetti da disturbo schizofrenico. Sebbene i soggetti siano accomunati da una compromissione della sfera emotiva, nell'identificazione ed espressione, i risultati del lavoro svolto dimostrano delle importanti differenze individuali sia per quanto riguarda i valori ottenuti attraverso il questionario PGWBI, sia rispetto alla connessione tra schizofrenia e alessitimia, indagata mediante lo strumento TAS-20.

Il gruppo, inizialmente composto da dodici utenti frequentanti il centro diurno, vede un soggetto venir meno, ad attività avviata, per un aggravamento delle problematiche di salute. Inoltre, nel cluster C, si precisa la mancanza della prima somministrazione del PGWBI, per uno degli utenti, a causa dell'invalidazione del questionario, e della prima somministrazione di PGWBI e TAS-20, per un secondo utente, causa inserimento tardivo.

Relativamente al questionario PGWBI, dei rimanenti undici partecipanti, sei si collocano in un'area di "Non distress" mentre cinque in area di "Stress". Analizzando i risultati per cluster, mettendo a confronto la prima e l'ultima somministrazione del questionario, notiamo che nei gruppi A e B si registrano minime variazioni di punteggi che non comportano, però, modificazioni nell'area di benessere/stress; nel cluster C, invece, il confronto tra le due somministrazioni ci consente di osservare il passaggio di un utente da un'area di "Distress severo" a un'area di "Distress moderato", ma anche una variazione, per un secondo utente, da uno stato di "Non distress" a un'area di "Distress moderato".

Globalmente, ad attività conclusa osserviamo un miglioramento dello stato di benessere/stress per quattro/undici dei partecipanti.

Il secondo reattivo adoperato dal gruppo di lavoro (TAS-20) riporta un solo quadro "Alessitimico", due "Borderline", e per i restanti un quadro di "Non alessitimia".

Specificatamente, il cluster A presenta delle leggere variazioni di punteggio, tra la prima e l'ultima somministrazione, che per tre/quattro soggetti non comporta alcuna modifica di categoria, mentre per uno dei partecipanti si passa da un quadro "Borderline" a un quadro di "Non alessitimia". Nel cluster B, si registra la medesima modifica per due/tre utenti; e infine nel cluster

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

C, si evidenzia una variazione di punteggio tale da osservare il passaggio da un'area di "Alessitimia" a un'area di "Non alessitimia".

I risultati generali vedono, a fine attività, un miglioramento rispetto al costrutto di alessitimia per quatro/undici dei partecipanti.

Per quanto concerne gli obiettivi specifici, tutti gli undici partecipanti soddisfano gli obiettivi di identificazione di connessioni causali e organizzazione coerente del testo. L'obiettivo di riconoscimento ed espressione emotiva è raggiunto pienamente solo da un utente del cluster A, poiché per i restanti partecipanti si riscontra un'espressione dei vissuti emotivi superficiale, minima e priva di introspezione.

I risultati messi in evidenza dal presente gruppo di lavoro sono in linea con gli studi di Grada *et al*, (2006), secondo cui gli schizofrenici con sintomatologia prevalentemente positiva non riescono ad accedere al livello di categorizzazione cosciente delle emozioni nonostante queste vengano comunque pienamente percepite; ciò fa sì che queste persone abbiano la necessità di attribuire le sensazioni percepite a un elemento nel mondo esterno, favorendo in questo modo un ipotetico meccanismo di proiezione paranoide. Invece, gli schizofrenici con sintomatologia prevalentemente negativa, pur riconoscendo le emozioni, non sono in grado di identificarle, e quindi di connetterle in modo causale a uno specifico evento.

Questa attività è stata pensata e pianificata dopo un'attenta analisi dei training già implementati nel centro diurno con il fine di indagare le capacità introspettive di un determinato gruppo di utenti e di capire se e come lo sviluppo o l'incremento di tali capacità potesse contribuire al macro-obiettivo di re-inserimento socio-lavorativo degli stessi.

I testi prodotti dai partecipanti hanno rappresentato, molto spesso, un input di lavoro nel rapporto 1:1, utente-operatore di riferimento, al di fuori delle ore di attività di gruppo, consentendo così di approfondire eventuali aspetti di rilevanza per il proprio percorso di recovery.

Inoltre, è importante specificare che la presente attività, essendo stata inserita all'interno di un contesto riabilitativo, è stata associata allo svolgimento contemporaneo di altre due attività (gruppo terapeutico a indirizzo gruppoanalitico e attività di coping emotivo) al fine di poter trattare determinati aspetti da diverse prospettive e contribuire a fornire un quadro più ampio dello stato psico-emotivo dei partecipanti comuni.

I risultati ottenuti dal nostro lavoro ci hanno dato modo di capire che la Scrittura espressiva rappresenta una modalità efficace per far sì che questa specifica tipologia di soggetti riesca a esprimere, ognuno con le sue difficoltà, resistenze e necessità di guida, il proprio vissuto emotivo, eventi e pensieri a essi connessi.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Particolarmente efficace si è rivelato essere il contesto "gruppo" come occasione di ascolto e di confronto, che dava origine a prospettive differenti della medesima questione, ma si presentava anche come occasione di comprensione degli stati emotivi altrui. Questa abilità meta-rappresentazionale è fortemente compromessa negli schizofrenici, come evidenziato nello studio di Pagano e Carpinelli (2010).

Tale attività, ha dimostrato che i soggetti schizofrenici, sebbene abbiano dei limiti nella meta-rappresentazione, nell'individuare i propri sentimenti ed esprimere le emozioni provate nelle circostanze quotidiane, se accompagnati a fare esperienza e a prendere contatto con il proprio vissuto riconoscono a livello emotivo cosa gli sta accadendo.

Questo esito, tuttavia non è predittore di un cambiamento profondo: l'aspetto difensivo, principalmente il meccanismo della negazione, è visibilmente evidente come funzionamento psicodinamico. Talvolta ciò che era riportato nella scrittura sembrava fosse scollegato dal racconto e che non ci fosse integrazione tra le sue parti che rimanevano scisse. La mediazione della conduttrice e l'interazione con gli altri, quando percepiti come benevoli, hanno però reso possibile sia un ordine mentale sia una maggiore valutazione e interpretazione delle emozioni.

L'uso della Scrittura espressiva che ha la peculiarità di essere stato un intervento sperimentale all'interno di un Centro Diurno a valenza riabilitativa, oltre che essere stato di breve durata (8 incontri), ha dato modo all'équipe di lavoro di raccogliere maggiori informazioni sul singolo partecipante al fine di migliorare il proprio funzionamento in relazione al progetto riabilitativo, ma anche sul gruppo confermando che lo scambio tra pari è maggiormente impattante nell'apprendimento e nel processo di mentalizzazione.

Sulla base di ciò, si ipotizza, per studi futuri, la possibilità di utilizzare il paradigma della Scrittura espressiva come strumento per lavorare sulla parte di cognizione sociale (la Teoria della Mente) responsabile dell'attribuzione di emozioni, pensieri, intenzioni sia a se stessi che agli altri.

Tale abilità è necessaria per poter comprendere il mondo circostante e pianificare comportamenti socio-adattivi.

Questi sviluppi futuri risulterebbero inoltre in linea con gli obiettivi riabilitativi, ovvero di re-inserimento nel mondo socio-lavorativo dei soggetti partecipanti.

Un punto di forza del presente lavoro è sicuramente la relazione tra l'attività di Scrittura espressiva e le altre due attività di gruppo che ha permesso di rinforzare gli obiettivi prefissati in partenza, evitando una dispersione dei vissuti emersi.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

A tal riguardo si sottolinea come il confronto in équipe sia stato utile e necessario per fare emergere collegamenti e interconnessioni tra le varie attività di gruppo riabilitative. Il lavoro di rilettura della conduttrice con la psicologa della struttura dopo i vari incontri e il successivo confronto con l'èquipe di lavoro ha rivelato che, sebbene ci possa essere un'attenzione al singolo o all'attività, il pensiero condiviso acquisisce un significato più complesso e gruppale, pur rimanendo etereo.

Gli stessi partecipanti riferivano collegamenti tra le varie attività affrontando le stesse tematiche nei vari gruppi, ma con modi diversi. La possibilità di depositare i vari pensieri in vari momenti strutturati (in équipe, nel post gruppo) e non strutturati (negli scambi informali), ha portato quindi sia il gruppo sia l'équipe a sentirsi integrati e non segmentati, come spesso accade.

Infine, è doveroso mettere in evidenza la presenza di alcune criticità da tenere in considerazione per sviluppi futuri. Il numero esiguo di soggetti reclutati rappresenta sicuramente una limitazione per lo studio, dovendo anche tenere in considerazione possibili drop-out.

Inoltre, va evidenziata la criticità delle restrizioni imposte dalla pandemia che ha portato alla suddivisione in tre gruppi. In ultimo, la TAS-20 è un questionario autosomministrato, quindi in assenza di consapevolezza delle proprie difficoltà si potrebbe verificare una tendenza a fornire risposte falsate, così come potrebbero attivarsi meccanismi difensivi.

Per ovviare a questa problematica, potrebbe essere opportuno somministrare ai soggetti coinvolti la Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA), un'intervista strutturata progettata da Taylor *et al*. (2014) per la valutazione delle quattro dimensioni del costrutto in modo più "oggettivo" e sistemico.

Riferimenti bibliografici

Anthony W.A., Cohen M.R., Farkas M. e Gagne C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. 2nd ed. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Algristian H. (2019). Expressive Writing ad Brief Psychotherapy. *Open Access Maced J Med Sci.*, 7, 16: 2602-2606. DOI: 10.3889/oamjms.2019.402

Bucci W. (1997). *Psicoanalisi e scienza cognitiva. Una teoria del codice multiplo.* Roma: Giovanni Fioriti.

Campbell R.S. e Pennebaker J.W. (2003). The Secret Life of Pronouns: Flexibility in Writing Style and Physical Health. *Psychological Science*, 14. DOI: 10.1111/1467-9280.01419

Davidson L. (2012). *Il recovery in psichiatria.* Trento: Erickson.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Grada C., Pigato G., Salce P., Bianchin L. e Prior M. (2006). Un'interpretazione cognitivista delle difficoltà sociorelazionali ed emotive nei pazienti schi-zofrenici con sintomatologia prevalentemente positiva e negativa. *Giorn. Ital. Psicopat.*, 12: 38-48.

Greenberg M.A., Wortman C.B. e Stone A.A. (1996). Emotional Expression and Physical Health: Revising Traumatic Memories or Fostering Self-regulation? *J. of Personality and Social Psychology*, 71: 588-602.
DOI: 10.1037/0022-3514.71.3.588

Grossi E., Mosconi P., Groth N., Niero M. e Apolone G. (2002). Questionario Psychological General Well-Being Index. Versione italiana (pp. 21-44). *Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri*.
DOI: 10.1186/1477-7525-4-88

Karen A. e Wilhelm B. e K. (2005). Emotional and Physical Health Benefits of Expressive Writing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 5: 338-346, September.
DOI: 10.1192/apt.11.5.338

La Ferlita V., Bonadies M., Solano L., De Gennaro L. e Gonini P. (2007). Alessitimia e adolescenza: studio preliminare di validazione della TAS-20 su un campione di 360 adolescenti italiani. *Infanzia e Adolescenza*, 6, 3: 131-144.
DOI: 10.1710/324.3814

Lepore S.J., Wortman C.B., Silver R.C. e Wayment H.A. (1996). Social Constraints, Intrusive Thoughts, and Depressive Symptoms among Bereaved Mothers. *J. of Personality and Social Psychology*, 70: 271-282.
DOI: 10.1037/0022-3514.70.2.271

Lo Iacono G. (2016). Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria. Semestrale della Federazione Psicologi per i Popoli. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria.* Semestrale della Federazione Psicologi per i Popoli, 16: 1-80.

Marasco V., De Berardis D., Serroni N., Campanella D., Acciavatti T., Caltabiano M., Di Iorio G., Olivieri L., Rapini G., Cicconetti A., Carano A., La Rovere R., Moschetta F.S. e Di Giannantonio M. (2011). Alessitimia e rischio suicidario in pazienti affetti da schizofrenia: risultati preliminari di uno studio trasversale. *Rivista di Psichiatria*, 46: 31-37.
DOI: 10.1708/549.6538

Pagano A.M. e Carpinelli L. (2010). Abilità socio-emotive in pazienti schizofrenici. *Giorn. Ital. Psicopat.*, 16: 276-281.

Pennebaker J.W. (2004). Theories, Therapies, and Taxpayers: On the Complexities of the Expressive Writing Paradigm. *Clinical Psychology: Science and Practice,* 11: 138-142.

Pennebaker W.J. e S. Beall (1986). Confronting a Traumatic Event. Toward an Understanding of Inhibition and Disease. *J. of Abnormal Psychology*, 95, 3: 274-81.
DOI: 10.1037//0021-843X.95.3.274

Pennebaker J.W., Mayne T.J. e Francis M.E. (1997). Linguistic Predictors of Adaptive Bereavement. *J. of Personality and Social Psychology*, 72, 4: 863-871.
DOI: 10.1037/0022-3514.72.4.863

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Smyth J.M. (1998). Written Emotional Expression: Effect Sizes, Outcome Types, and Moderating Variables. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 174-184. DOI: 10.1037/0022-006X.66.1.174

Taylor G., Bagby R.M., Caretti V. e Schimmenti A. (2014). *La valutazione dell'alessitimia con la TSIA*. Milano: Raffaello Cortina.

State of Mind (2024). Il giornale delle scienze psicologiche. "Alessitimia". Testo disponibile al sito: https://www.stateofmind.it/alessitimia/

Taylor G., Bressi C., Parker J., Bressi S., Brambilla V., Aguglia E., Allegranti I., Bongiorno A., Giberti F., Bucca M., Todarello O., Callegari C., Vender S., Gala C. e Invernizzi G. (1996). Cross Validation of the Factor Structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian Multicenter Study. *J. of Psychosomatic Research*, 41, 6: 551-559. DOI: 10.1016/s0022-3999(96)00228-0

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

APPENDICE

Tab. 1 – Punteggi totali PGWBI Cluster A.

Partecipante	*Punteggi totali*	*Area distress*
1	*76*	*Non distress*
2	*100*	*Benessere positivo*
3	*91*	*Non distress*
4	*100*	*Benessere positivo*

Tab. 2 - Punteggi totali PGWBI Cluster B.

Partecipante	*Punteggi totali*	*Area distress*
1	*47*	*Distress severo*
2	*58*	*Distress severo*
3	*80*	*Non distress*
4	*-*	*-*

*Il partecipante n. 4 ha interrotto la frequentazione a causa di problemi di salute.

Tab. 3 – Punteggi totali PGWBI Cluster C.

Partecipante	*Punteggi totali*	*Area distress*
1	*66*	*Distress moderato*
2	*85*	*Non distress*
3	*69*	*Distress moderato*
4	*69*	*Distress moderato*

*Il partecipante n. 4 è stato coinvolto nell'attività a partire dal 2°ciclo di somministrazione in sostituzione di un utente che ha deciso di interrompere la frequentazione.

Tab. 4 - Punteggi totali TAS-20 Cluster A.

Partecipante	*Punteggi totali*	*Area distress*
1	*37*	*Non alessitimia*
2	*30*	*Non alessitimia*
3	*50*	*Non alessitimia*
4	*44*	*Non alessitimia*

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Tab. 5 – Punteggi totali TAS-20 Cluster B.

Partecipante	*Punteggi totali*	*Area distress*
1	*69*	*Alessitimia*
2	*39*	*Non alessitimia*
3	*42*	*Non alessitimia*
4	*-*	*-*

*Il partecipante n. 4 ha interrotto la frequentazione a causa di problemi di salute.

Tab. 6 – Punteggi totali TAS-20 Cluster C.

Partecipante	*Punteggi totali*	*Area distress*
1	*60*	*Alessitimia*
2	*42*	*Non alessitimia*
3	*32*	*Non alessitimia*
4	*52*	*Borderline*

*Il partecipante n. 4 è stato coinvolto nell'attività a partire dal 2°ciclo di somministrazione in sostituzione di un utente che ha deciso di interrompere la frequentazione.

Fig. 1. Valori di riferimento TAS-20 dello studio di (Taylor et al.*, 1996).*

Table III. – Means, standard deviations, internal reliability coefficients, and mean interitem correlation coefficients for the TAS-20 and the three factors

	Normal sample (N=206)				Clinical sample (N=642)			
	Mean	SD	Alpha	MIC	Mean	SD	Alpha	MIC
TAS-20	44.7	11.3	0.75	0.13	53.6	14.8	0.82	0.13
Factor 1	14.6	6.0	0.77	0.33	18.9	7.5	0.79	0.34
Factor 2	13.1	4.8	0.67	0.29	14.1	5.3	0.68	0.30
Factor 3	17.1	4.9	0.52	0.12	20.5	5.8	0.54	0.13

MIC = mean interitem correlation.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Rigenerare processi di salute e integrazione comunitari: dialoghi (tra) sopravvissuti

di Luciana Bianchera* e Giorgio Cavicchioli**

[Ricevuto il 10/04/2024
Accettato il 17/05/2024]

Riassunto

L'articolo riflette sulla necessità di rigenerare i processi di salute e integrazione nelle comunità, dopo la pandemia e la progressiva crisi ambientale. Gli autori si interrogano su come le istituzioni e le comunità potrebbero affrontare queste sfide e lavorare alla ricostruzione di una poetica del vivere e del curare. Nel testo si sottolinea l'importanza del linguaggio nelle funzioni della cura genitoriale e familiare e si invita a indagare le aree del desiderio e della curiosità per favorire processi di pensiero e di adattamento attivo alla realtà.

Parole chiave: Comunità, Pratiche di cura, Bellezza, Salute, Smarrimento, Abitare.

* Psicopedagogista, docente universitaria, responsabile della formazione e responsabile scientifica del consorzio di cooperative sociali Sol.Co. – Mestieri Lombardia sede di Mantova, co-direttore e docente del Corso di perfezionamento "Gruppo e istituzione" – Istituto di Psicologia Psicoanalitica di Brescia. Esperta in processi gruppali ed etnoclinici e membro del gruppo internazionale di ricerca sulla salute mentale (strada Chiesa Nuova, 55 – 46100 Mantova); l.bianchera@mestierilombardia.it

** Psicologo, psicoterapeuta psicoanalitico, direttore, docente e supervisore alla Scuola di Specializzazione in psicoterapia psicoanalitica e direttore e docente del corso di perfezionamento "Gruppo e istituzione" – Istituto di Psicologia Psicoanalitica di Brescia, formatore presso Sol.Co. Mantova e supervisore presso Servizi psicosociosanitari, socio Asvegra, COIRAG, Sitpa e Opifer (via Trieste, 4 – 46100 Mantova); cavicchioli.g@gmail.com

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Abstract. *Regenerating community health and integration processes: dialogues (between) survivors*

The article reflects on the need to regenerate health and integration processes in communities, after the pandemic and the progressive environmental crisis. The authors question how institutions and communities could face these challenges and work towards the reconstruction of a poetics of living and caring. The text highlights the importance of language in the functions of parental and family care and invites us to investigate the areas of desire and curiosity to encourage thought processes and active adaptation to reality.

Keywords: Community, Care practices, Beauty, Health, Bewilderment, Inhabit.

Vorremmo addolcire questo inizio di scrittura poiché toccherà, in alcuni passaggi, zone di dolore e ansietà che richiedono di essere lenite, forse anche con le parole, giacché, invece, in questo tempo, abbiamo risentito il potere distruttivo del linguaggio.

Inizieremo così con un breve passo tratto da *Le città invisibili*, di Italo Calvino:

«Una città può passare attraverso catastrofi e medioevi, vedere stirpi succedersi nelle sue case, veder cambiare le sue case, pietra per pietra, ma deve, al momento giusto, ritrovare i suoi Dei» (Calvino, 1972, p. 20).

Siamo immersi da alcuni anni in una esperienza che ci ha mostrato quanto la comunità abbia un compito infinito nel cuore della finitezza: la comunità, colpita da guerre, pandemia e distruzione dell'ambiente è apparsa in tutta la sua indisponibilità a farsi banalizzare in retoriche e volenterose definizioni.

Come scrive Nancy:

«Ci vuole una inclinazione, una pendenza dell'uno verso l'altro o dall'uno all'altro. La comunità è almeno il *clinamen* dell'individuo. Ma nessuna teoria, nessuna etica, nessuna politica sono in grado di considerare questo *clinamen*, questo inchinarsi, questa declinazione dell'individuo nella comunità, nemmeno le tante espressioni del pensiero novecentesco che si sono provate a rivestire l'individuo soggetto più classico di una pasta morale e sociologica: non ce l'hanno fatta, non l'hanno inclinato, fuori di sé su quel bordo che è il suo essere in comune» (Nancy, 2001, p. 35).

Questi spunti ci servono ad aprire un varco su una domanda immensa: cosa ci è accaduto, cosa è successo alle nostre comunità, ai legami tra noi, nelle famiglie, allo stesso lavoro che pratichiamo? Quali soluzioni hanno trovato le famiglie nelle loro comunità territoriali per far fronte a questo

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

sgomento? C'è stato qualche spiraglio per la creatività in tanto marasma? E ora, da qualche tempo, di nuovo, che cosa accade ai nostri più prossimi confini, quanta morte, guerra, violenza, sovvertimento del rispetto della vita altrui, del vivere, dell'abitare?

Che cosa riusciamo a pensare di ciò che ci è capitato, che abbiamo sentito nei corpi, come siamo riusciti a pensarne le emozioni? Quali effetti sulla nostra pelle e sui nostri contenitori, casa, famiglia, istituzioni, questo sta lasciando?

È evidente ma non assodato che dovremmo concorrere a ripristinare quell'abitare poeticamente a cui Holderlin, citato da Donfrancesco (2008) alludeva, quell'intreccio armonioso tra uomini, architettura, agire, pensare l'affettività che diventa la pelle buona che ci consente di attraversare molteplici esperienze e in cui le nuove generazioni potrebbero trovare alimento per esprimersi, crescere, mantenersi in una dimensione di affiliazione, seppure nell'atto di differenziarsi, di conoscersi e ampliare gli spazi del proprio sé.

In ogni epoca l'uomo è alle prese con un doppio movimento: da un lato, il costruire umanità, qualità effimera e fragile, curare l'abitare e la sua intrinseca bellezza, utilizzare immaginazione e fantasia per produrre arte, poesia, sogno in cui le nuove generazioni e gli adulti stessi possano identificarsi, godendo dell'essere artefici del bello e del bene; dall'altro lato, ecco la decostruzione delle stesse pratiche, il compromesso con la violenza, una *ars destruens* che da centinaia di anni ricompare. L'uomo dunque è preso, tra pulsione di vita e di morte, tra amore-cura e odio-distruzione.

Come è noto, Freud (1917, 1920) aveva postulato la famosa e controversa questione della pulsione di morte, contrapposta alle pulsioni di vita, all'eros. Le figure di *Eros* e *Thanatos*, tratte dalla mitologia greca, indicano due elementi profondamente contrapposti fra loro: il primo rappresenta l'amore, inteso come quella forza capace di creare la vita; il secondo, invece, raffigura la morte e la distruzione che essa genera.

L'esistenza psichica, in questa parte della teorizzazione freudiana, si potrebbe quindi spiegare a partire da due tipi di pulsioni: una pulsione di vita, rappresentata dalla figura di Eros, che implica il principio della ricerca continua della sopravvivenza, e una pulsione di morte, associata invece a Thanatos, che rappresenta una forza che spingerebbe verso tendenze autodistruttive.

Già a partire da questi elementi iniziali del pensiero psicoanalitico, emerge l'idea che, almeno per alcuni aspetti, una buona morte si prepara in una buona vita. Rimane da chiedersi cosa possa essere una buona vita, come la si possa costruire e mantenere, come si possa produrre salute. In effetti, almeno per una certa parte, la vita e la salute si costruiscono, in base alle scelte e alle decisioni, anche quotidiane, che ognuno compie, più o meno

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

consapevolmente, tutti i giorni nella propria esistenza. Ecco che allora ci viene in mente subito quanto sia importante, a questo riguardo, la sfera dell'educazione o, meglio della formazione del Sé: tutti quei momenti, incontri, situazioni, processi comunicativi, relazionali, gruppali e istituzionali che nel loro insieme formano la personalità e quindi costruiscono la strumentazione interiore con cui le persone scelgono e decidono di essere ciò che sono, pur sapendo che molte di queste scelte sono inconsce. Non c'è nemmeno bisogno di dire quanto sia importante l'istituzione formativa per eccellenza, la scuola, in tutto questo; sebbene la scuola, soprattutto oggi, non costituisca di certo l'unica agenzia educativa e formativa nella vita delle giovani generazioni (Bianchera e Cavicchioli, 2017).

Ancora, viene in mente che un ruolo analogamente o forse ancora più importante lo hanno tutte le pratiche di cura, del prendersi cura, dell'aver cura di sé e degli altri con cui si hanno relazioni significative. Non solo inteso come cura che si attiva quando si sta male, si soffre o si è malati, ma soprattutto inteso come cura della propria vita quando si sta bene; ovvero quell'insieme di attività e atteggiamenti che complessivamente rientrerebbero nel campo della promozione del benessere, la forma primaria della prevenzione del malessere. Il benessere, tra l'altro, non è mai da intendere come una questione individuale ma sempre relazionale, cioè che si crea (o si distrugge) nei vincoli intersoggettivi di coppia, familiari, gruppali, associativi, comunitari e istituzionali. Il bene-essere, come il male-essere, attraversano sempre tutti gli ambiti della vita delle persone, come ci hanno insegnato grandi maestri come Josè Bleger (1966), che si occupato fin dagli anni '60, tra le altre cose, proprio della psicoigiene, della promozione del benessere e produzione della salute.

Può essere importante ricordare che, dopo Freud, anche Bion (1970), evolvendo la teoria psicoanalitica e dando massima importanza ai legami intersoggettivi, aveva attribuito alcune valenze fondamentali a questi legami, che riguardano le dimensioni affettive fondamentali nelle relazioni, ovvero *Love* (amore) e *Hate* (odio) ma ai quali si aggiunge anche *Knowledge* (conoscenza), evolvendo l'idea di un istinto epistemofilico espressa da Melanie Klein.

Come dicevamo, dal febbraio 2022 è tornata alla ribalta una "forma" drammatica di Thanatos: la guerra, stavolta più vicina a noi, rispetto agli altri molti conflitti di cui abbiamo avuto notizia in questi ultimi anni. Probabilmente in nessuna occasione meglio che nella guerra possiamo vedere all'opera la forza distruttrice che Freud fa corrispondere alla pulsione di morte, Thanatos. Oggi, avendo sotto gli occhi le immagini ridondanti e inevitabili dello scenario bellico che i media ci proiettano, tornano alla mente le considerazioni così attuali che Freud fece proprio sulla guerra e sul disagio della civiltà, un centinaio di anni fa. Allora si trattava della Prima guerra mondiale. Oggi speriamo non si tratti della terza.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Ne *Il disagio della civiltà*, il padre della psicoanalisi propone che questo disagio sia fondamentalmente dovuto alla eterna lotta tra Eros e Thanatos, presente non solo negli individui ma anche nei gruppi sociali. Se la collettività è organizzata e tenuta insieme dalle pulsioni di vita, contemporaneamente essa è minacciata dalle pulsioni di morte, «L'ostilità di ciascuno contro tutti e di tutti contro ciascuno», scrive Freud (1929, p. 609). L'eterna lotta tra Eros e Morte, pulsione di vita e pulsione di distruzione descrive nel pensiero freudiano una dinamica centrale dell'evoluzione civile.

Il suo passaggio di chiusura (Freud, 1929) ci appare oggi molto attuale soprattutto nel senso di dubbio, di incertezza che lascia aperto con l'interrogativo finale, un dubbio che forse abbiamo tutti noi in questo momento, rispetto a quali potranno essere le forze che andranno a prevalere nel teatro del conflitto, quale ne sarà l'esito; in definitiva, come sarà il futuro prossimo dell'umanità e del pianeta. La guerra allora rappresenta anche il conflitto che c'è dentro ogni persona, ogni gruppo, ogni istituzione; il conflitto tra forze interne contrapposte e complementari, da cui dipende in qualche modo la vicissitudine umana. Ecco le parole di Freud:

> «Il problema fondamentale del destino della specie umana a me sembra sia questo: se, e fino a che punto, l'evoluzione civile riuscirà a padroneggiare i turbamenti della vita collettiva provocati dalla pulsione aggressiva e autodistruttrice degli uomini. In questo aspetto proprio il tempo presente merita forse particolare interesse. Gli uomini hanno esteso talmente il proprio potere sulle forze naturali, che giovandosi di esse sarebbe facile sterminarsi a vicenda, fino all'ultimo uomo. Lo sanno, donde buona parte della loro presente inquietudine, infelicità, apprensione. E ora c'è da aspettarsi che l'altra delle due "potenze celesti", l'Eros eterno, farà uno sforzo per affermarsi nella lotta contro il suo avversario parimenti immortale. Ma chi può prevedere se avrà successo e quale sarà l'esito?» (Freud, 1929, pp. 629-630).

Di tanto in tanto, di luogo in luogo, si manifesta, ciò che i Greci chiamavano la trascuratezza temporanea di *Ethos* e *Pathos*: criticità, dissesti, rischi nel vivere comune, malattie, catastrofi naturali. Nella antica Grecia si parlava e si sapeva concettualizzare la presenza del Miasma, con cui si indicavano l'esalazione tossica, responsabile di un ambiente malsano, oppressivo, scolorito nei suoi affetti più vitali. Sapendo concettualizzare questi aspetti, che potevano avere a che fare con epidemie, povertà, guerre, i cittadini si attrezzavano per la tragedia, parte sostanziale della vita, lavoravano alla simbolizzazione del dolore, attraverso narrazioni, mitologia, filosofia, preparandosi così in termini diagnostici, di gestione, di organizzazione di rituali protettivi e di sostegno.

Insomma, il bene e il male erano strettamente connessi all'arte e allo stupore, alla produzione di quel pensiero in cui si distingue una teoria esplicita

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

degli eventi, che risponde a una logica formale da una teoria implicita che risponde a una attitudine dialettica. Josè Bleger (1958) a questo punto distingue, per fini analitici, conoscitivi ed esistenziali, tra dinamica e drammatica degli eventi. La drammatica è definita come una comprensione dell'essere umano e del suo comportamento in termini che si riferiscono alla vita medesima dell'uomo, concepisce il concetto di implicazione e vincolo tra eventi e soggetti. Apre dunque a una prospettiva trasformativa. Al contrario la dinamica riduce la drammatica ai giochi delle forze istintive che determinano gli avvenimenti umani alla elencazione descrittiva dei fatti, svuotati di senso.

Il concetto di drammatica proviene dall'opera di Georges Politzer (1946), autore franco-ungherese che lavora a una sorta di riforma della comprensione; per Politzer il dramma non è né esterno né interno bensì richiede un luogo relazionale per realizzarsi, che è il luogo della nostra vita drammatica, cioè una situazione complessa che permetta comprensione, analisi evolutiva dei fenomeni, trasformazione degli stessi in apprendimento.

Questa visione stimola il contrasto alla alienazione rispetto ai fenomeni, agli eccessi di onnipotenza o impotenza, alla cristallizzazione nel dolore, nel panico, nella sottomissione e nell'esercizio del dominio. L'adattamento attivo potrebbe essere allora l'atteggiamento da auspicare e sostenere, in primo luogo nelle istituzioni e parallelamente nelle nostre comunità.

La recente pandemia ci ha messo di fronte alla nostra precarietà e ha, in qualche modo, infranto il mito dell'Occidente: il potere della razionalità, della scienza, dell'iper-tecnologia, della totale capacità di previsione su cui sembra, da tempo, giocarsi ogni sapere.

È un progetto coraggioso quello proteso a farsi spazio nei territori per supportare famiglie, individui, giovani e adulti affinché si trovino parole di senso al posto della violenza e dell'annientamento. Un progetto che metterebbe l'attenzione sul riannodare i fili della vita, sul non lasciarli andare alla stanchezza, allo sfinimento che questi anni hanno prodotto in noi e nei nostri gruppi, servizi, strutture, compiti. In questo, sembra necessario aprire spazi per la comprensione di culture altre, degli sradicamenti prodotti dalla migrazione, all'esperire quelle plurime appartenenze, talvolta conflittuali o dolorose che però costituiscono la comunità che viene.

Stiamo vivendo ai margini della catastrofe, abbiamo una guerra alle porte e migliaia di disperati esuli e profughi in cerca di un luogo dove stare, ma non dobbiamo dimenticare la meraviglia quando parliamo dell'essere umano: il bisogno di essere stupiti, incuriositi, affascinati, sedotti dalla bellezza dell'esistenza. Conosciamo l'importanza estrema per bambini e ragazzi di abitare in un mondo percorribile, stimolante, aperto alle sfide, alla conoscenza. Abitare è il modo in cui i mortali sono sulla terra facendone apprendimento. Percorrere lo spazio-tempo è uno dei più potenti assunti psicope-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

dagogici, lo spazio del gioco, dell'illusione, della stessa angoscia della bellezza come direbbe Meltzer (1988).

Lo spazio delle relazioni, e quel tempo così speciale nell'infanzia: dilatato, espanso con quei precisi attimi che, per imprecisate ragioni, fodereranno per sempre la nostra mente. Saremo grandi o anziani ma quella sfida tra amici, quel primo amore, quella luce che entra di traverso nella stanza in un pomeriggio estivo, non se ne andranno mai più. Costituiranno parte del paradigma della bellezza e della tenerezza che accoglierà il resto che successivamente accadrà e in parte ci permetterà di interpretarlo. Camminare, guardare, correre, stringere, toccare, sporcarsi e ripulirsi; abbracciare, inventare, scalare alberi, nascondersi e ritrovarsi nelle vie di una città, tutto questo nell'infanzia mette le basi dell'identità. L'identità si fonda nel vivere la propria comunità, nei vincoli che in essa producono soggettività e intersoggettività.

Cosa ha prodotto, allora, nei bambini, nei ragazzi, nei gruppi sociali lo svuotamento di queste pratiche comunitarie, in questi ultimi anni? Che aria si è respirata nelle case, nelle piazze, tra un *lock down* e l'altro, un contagio e l'altro? E nelle scuole, frequentate a singhiozzo, a distanza, senza la vicinanza con altri corpi, così necessari nel processo della crescita, come sono cambiati i processi di costruzione della soggettività?

Un primo elemento da recuperare, a nostro avviso, è la sacralità della vita, intesa nel doppio significato della parola latina *sacer*: sacro e sacrilegio. Questa idea ci incammina verso le tematiche della famiglia e della comunità, luoghi della socialità, della protezione e della tenerezza ma anche dell'inquietudine, della magia dell'amore e del supporto ma anche del perturbante, dell'indicibile, dei segreti più dolenti.

Quando le famiglie che oggi abitano le nostre città e Paesi hanno vissuto lo sradicamento e si aggrappano alle loro culture del sacro e del protettivo, il nostro sguardo deve farsi attento e i nostri occhi esercitarsi ad ascoltare con il corpo, la pelle, le mani; ascoltare il mistero, che ci lascia temporaneamente fuori, per poi includerci poco a poco.

Assistiamo, in questo tempo, a un pericoloso processo comunitario che Cristopher Bollas (2018) chiama l'età dello smarrimento, della de-storicizzazione; tempo melanconico e dannoso che Bollas evidenza come l'incapacità di apprendere dall'esperienza del passato. Egli sostiene che non siamo più distruttivi del passato ma siamo più pericolosi perché ossessionati dalla connettività istantanea, incapaci di introspezione, impoveriti nell'*insight*. Questo si manifesta in gesti slegati, sconnessi, totalmente privi di un collegamento e della messa a fuoco di concetti e metodi utili alla promozione del benessere comunitario, familiare e istituzionale. Si traduce in una superficialità ostinata e difensiva, in dichiarazioni contradditorie e disimpegnate.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Ci verrebbe in soccorso a questo punto la meravigliosa Virginia Woolf quando parla dell'estasi del ricomporre frammenti diversi. Allusione ricca di prospettiva se di nuovo planiamo sui concetti di famiglia e comunità, sulla meraviglia di tessere presente, passato e intuizione di futuro sapendo che nulla in un gruppo viene perduto, tutto costruisce il sentimento di affiliazione e filiazione e negozia ininterrottamente con il vivere comunitario. Da qui la meraviglia di migliaia di storie che si intrecciano, nel qui e ora attraversando il tempo e la geografia ma riproducendo uno stimolo a conoscere, a indagare, a percorrersi con tutti i supporti necessari. Lavoro archeologico in parte, di ricerca di ciò che è stato, ma anche grande curiosità e desiderio per la comunità che viene, che trasforma i misteri in temporanee certezze e poi le riveste ancora di mistero, affinché ragazzi, uomini e donne possano affrontare la fatica del conoscersi e costruirsi reciprocamente in quanto soggetti.

Sappiamo bene di avere a che fare con moltissime radici sfilacciate anche per la pandemia, per l'ingiustizia sociale ma in particolare ci sta annichilendo la insidiosa condizione bi-dimensionale in cui esistiamo: senza profondità, spessore, tristemente appiattiti col rischio che affiliazione ed erotismo ne vengano compromessi. La attitudine bidimensionale è come una deriva comunitaria connessa allo strabiliante potere tecnologico, che allude a un irreale orizzontalismo, stimola a una tensione iperperformante che non può trovare i soggetti in grado di sostenerla.

Il concetto di "vistafilia" rende piuttosto bene l'appiattimento alla rapida visione, distratta, compulsiva e da lì a rendersi conto della contrapposizione tra "vistafilia" e *insight* il passo è breve. Sartori (2000) parla di *homo videns* alludendo al fatto che il guardarsi dentro in realtà può essere cancellato per scomodità e dolore. Il prezioso lavoro del negativo, tanto caro ad Andrée Green (1993) e a Bion (1962), lavoro che permette il distacco, l'attesa, l'*insight*, la *rêverie*, non potrebbe più avere luogo.

Si configura un presente come una realtà ostruttiva, stracarica di immagini e informazioni, senza mappe orientanti, compulsivamente neoliberista e venditrice, di leadership che saturano l'orizzonte con volgarità e parole d'ordine affamate di *followers.*

Una realtà ostruttiva che impedisce soste per il pensiero, per la meravigliosa esperienza del pensare, all'interno della comunità, nei gruppi, nelle famiglie, nei servizi, nelle istituzioni.

Vorremmo concludere con una piccola serie di proposte rivolte soprattutto ai contesti relazionali, intergenerazionali, interistituzionali, interdisciplinari, interculturali, pensando alla produzione di salute, ancora possibile nella comunità. Qualche pensiero che ci faccia sentire per un solo momento un corpo sociale che ha vene e arterie musicali; che il dolore è trama del sentire e la visione è aria stessa con cui respira la parola e che tutto questo

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

entra in un ritmo che accende il *duende* così caro a Garcia Lorca (2007), quel battito primitivo e potente che ci rende soggetti artistici; con suoni e silenzi con cui integrare il vivere.

- Possiamo essere utili a questo mondo se non ci arrendiamo al tentativo di comprenderlo;
- proviamo a combattere la desertificazione delle relazioni, l'abbandono della corporeità, il deserto dell'anima e della creatività;
- sosteniamo spazi di ristoro e di incontro tra piccoli gruppi dialoganti per superare la paura della pelle dell'altro, delle sue labbra, del suo respiro, della sua parola;
- torniamo al linguaggio appreso dalla voce di un essere umano, come sostiene Piera Aulagnier (1975); terra, acqua, cibo, parole che vanno apprese dal rapporto diretto intriso di affetto;
- sosteniamo noi stessi nel sostenere la funzione genitoriale, preveniamo le situazioni in cui la violenza sia l'unica parola possibile;
- indaghiamo, esploriamo le aree di desiderio rimaste in vita. Nutriamole con immagini e parole attente, di riconoscimento della relazione e dell'altro;
- apprendiamo la distinzione tra individualismo e soggettività: fa una grande differenza;
- sorprendiamoci di saper ancora pensare e non solo burocratizzare la realtà.

Riferimenti bibliografici

Aulagnier P. (1975). *La violenza dell'interpretazione*. Roma: Borla, 1984.

Bianchera L. e Cavicchioli G., a cura di (2017). *Istituzioni, apprendimento e nuovi emergenti sociali. Tras-formazioni necessarie*. Padova: Unipress.

Bion W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1988.

Bion W.R. (1970). *Attenzione e interpretazione: una prospettiva scientifica sulla psicoanalisi e sui gruppi*. Roma: Armando, 1973.

Bleger J. (1958). *Psicoanálisis y Dialéctica Materialista.* Buenos Aires: Paidós.

Bleger J. (1966). *Psicoigiene e psicologia istituzionale*. Loreto: Lauretana, 1989.

Bollas C. (2018). *L'età dello smarrimento. Senso e malinconia*. Milano: Raffaello Cortina, 2018.

Calvino I. (1972). *Le città invisibili*. Torino: Einaudi.

Donfrancesco F. (2008). *Poeticamente abita l'uomo*. Bergamo: Moretti e Vitali.

Freud S. (1917). *Lutto e melanconia*. OSF, 8. Torino: Bollati Boringhieri.

Freud S. (1920). *Al di là del principio del piacere*. OSF, 9. Torino: Bollati Boringhieri.

Freud S. (1929). *Il disagio della civiltà*. OSF, 10. Torino: Bollati Boringhieri.

Garcia Lorca F. (2007). *Gioco e teoria del duende*. Milano: Adelphi.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Green A. (1993). *Il lavoro del negativo*. Roma: Borla, 1996.
Meltzer D. e Harris Williams M. (1988). *Amore e timore della bellezza*. Roma: Borla, 1989.
Nancy J.-L. (2001). *La custodia del senso. Necessità e resistenza della poesia*. Bologna: EDB, 2017.
Politzer G. (1946). *Principi elementari di filosofia*. Roma: Editori Riuniti, 1979.
Sartori G. (2000). *Homo videns*. Bari: Laterza.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Breve lettura introduttiva in chiave gruppale allo scritto di Alberto Eiguer "L'*Eneide*, esilio e sradicamento"

di Luciana Bianchera[*], Alessandra Furin[**], Stefano Iori[***] e Angelo Silvestri[****]

[Ricevuto il 09/09/2024
Accettato il 26/11/2024]

Riassunto

Gli autori fanno emergere alcuni aspetti gruppali che si possono evincere leggendo il testo di Eiguer. In particolare, si focalizzano sul problema migratorio che

[*] Psicopedagogista, docente universitaria, responsabile della formazione e responsabile scientifica del Consorzio di cooperative sociali Sol.Co. Mantova, direttore e docente del Corso di perfezionamento "Gruppo e istituzione" – Istituto di Psicologia Psicoanalitica di Brescia. Esperta in processi gruppali ed etnopsicopedagogici e membro del gruppo internazionale di ricerca sugli effetti psicosociali della pandemia (strada Chiesa Nuova, 55 – 46100 Mantova); l.bianchera@mestierilombardia.it

[**] Psicologa, psicoterapeuta individuale e gruppale, psicoanalista SPI e IPA, supervisore COIRAG – sede di Padova, socia Asvegra e CVP, membro GASi; vicedirettrice della rivista *Gruppi* (via Degli Zabarella, 64 – 35121 Padova); alessandra.furin@gmail.com

[***] Iscritto all'Albo dei Giornalisti professionisti, ha collaborato con quotidiani, settimanali e riviste e svolto un'intensa attività teatrale e televisiva, in Italia e all'estero, come attore e regista. Ha firmato cinque libri di poesia e pubblicato il romanzo *La giovinezza di Shlomo* (2015), il saggio *Animali fantastici dell'ebraismo*, (2020) e il volume *I semi dell'incanto. Racconti 1972-2020* (2021). È direttore responsabile della rivista letteraria *Menabò* e dei *Quaderni del Premio Acerbi*, direttore artistico del *Festival Mantova Poesia* e curatore della collana *Pensiero Poetico*. Sue poesie sono state tradotte in numerose lingue. In collaborazione con artisti italiani e stranieri realizza libri d'artista (via E. Tazzoli, 13 – 46100 Mantova); info@stefanoiori.it – direzione@mantovapoesia.it

[****] Medico psichiatra, psicoterapeuta individuale e gruppale, dottore di ricerca in scienze psichiatriche; socio Asvegra, APG, COIRAG, GASi full member e SPR Italia; docente COIRAG, past direttore della rivista *Gruppi* (via Degli Zabarella, 64 – 35121 Padova); angeloasilvestri@gmail.com

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

determina una sensazione di smarrimento e sradicamento sugli esuli. Ci si interroga rispetto il mandato transgenerazionale, l'accoglienza dello straniero altro da me, dei sentimenti di odio e di vendetta e dell'inconscio sociale

Parole chiave: Sradicamento, Accoglienza, Migrazione, Transgenerazionale, Inconscio sociale.

Abstract. *Brief introductory reading in a group key to Alberto Eiguer's paper "The Aeneid, exile and uprooting".*

The authors bring out some group aspects that can be deduced from reading Eiguer's text. In particular, they focus on the migration problem that determines a feeling of displacement and uprooting on the exiles. One wonders about the transgenerational mandate, the acceptance of the foreign other, feelings of hatred and revenge and the social unconscious

Keywords: Uprooting, Acceptance, Migration, Transgenerational, Social unconscious.

Come nelle più famose tragedie greche, il coro/gruppo entra in scena fin da subito: sul palco ci sono Stefano Iori, Direttore artistico del Festival "Mantova Poesia", Alberto Eiguer che risponde alle domande in francese, Luciana Bianchera che traduce e legge il testo in italiano e Carla Villagrossi, membro di "Mantova Poesia" e attrice di teatro che in modo esemplare recita alcuni versi dell'*Eneide*. Sembra così di entrare affettivamente in risonanza con le cose ascoltate, di vedere rappresentato il mito e di sentirsi in qualche modo parte integrante della scena.

Stefano Iori apre la rassegna ricordando il mito e la figura di Enea: sconfitto, esule e sradicato. Ma anche coraggioso, valoroso e capace di esercitare con efficacia un ruolo di comando. Questo è Enea, il protagonista dell'*Eneide*, la più celebre opera di Publio Virgilio Marone, che sradicato dalla sua terra natia vaga fin sulle coste della penisola italiana cercando una nuova terra dove insediarsi. È quindi un soggetto destinato a "cambiare pelle" e a maturare profondi mutamenti interiori e nei legami della sua esistenza.

Principe dei Dardani, partecipa alla fase finale della guerra di Troia combattendo con valore a fianco degli assediati, contro le truppe degli Achei, prima popolazione ellenica. Enea è doppiamente imparentato con il re Priamo: suo padre Anchise è cugino del sovrano di Troia e di questi sposa la figlia Creusa. Fu considerato dai Romani quale proprio capostipite perché attraverso la sua figura le loro radici avrebbero potuto affondare nella civiltà dal passato fulgido, cantata da Omero in opere eccelse.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Secondo la versione di Catone il Censore, Enea fuggì da Troia e giunse nel Lazio. Qui, dopo aver sposato Lavinia, fondò Lavinium. Ascanio Iulo, suo figlio di prime nozze, fu invece il fondatore di Alba Longa e i suoi successori diedero origine alla dinastia dalla quale, dopo varie generazioni, venne Rea Silvia, madre di Romolo e Remo. La Gens Iulia, con Giulio Cesare e il primo imperatore Augusto, fu quindi la stirpe erede di Enea. Secondo il mito, dunque, è stato un guerriero esule, uno sradicato, un fuggitivo ad avviare il processo che portò alla costruzione dell'immensa Roma.

Le sapienti speculazioni intellettuali e psicoanalitiche di Alberto Eiguer ci permettono di rileggere l'*Eneide* con occhi nuovi e anche di rielaborare la valenza della poesia come elemento di rigenerazione e rinascita. La riuscita dell'impresa di Enea è un forte elemento di riscatto per colui che partì dai lidi di Troia sconfitto, con il padre in spalle e il figlio per mano, diretto verso l'ignoto.

Leggendo l'articolo di Eiguer possiamo trovare moltissimi riferimenti impliciti alle teorie sui gruppi declinati in ambito sociale e comunitario. L'autore si interroga sul mandato divino/sociale/familiare, un dovere dettato dalla comunità a cui Enea si sente condizionato a obbedire e a cui si intrecciano indissolubilmente i temi dello spaesamento e dello sradicamento, del processo di ricerca del proprio ruolo tra assegnazioni e assunzioni, in un ininterrotto gioco intersoggettivo. Solo quando riuscirà a separarsi dai propri vincoli sociali, Enea potrà generare quello spazio creativo per reinventarsi, trovare un nuovo assetto sociale e promuovere un cambiamento, interno ed esterno, e riconsiderare le sue aspirazioni e desideri.

Alberto Eiguer integra in maniera intrigante gli aspetti psicologici della migrazione, fondamentali per il lavoro clinico con i pazienti stranieri. Nel testo fa riferimento a tre possibili modi di vivere lo sradicamento: il primo comporta un sentimento di isolamento, la perdita totale delle proprie radici e il rischio di una profonda depressione; il secondo la costruzione di un Falso Sé con un adattamento passivo alla nuova realtà. Il terzo si configura attorno a un adattamento attivo a partire da un sano legame col proprio transgenerazionale, con gli antenati, e contemporaneamente col proprio progetto migratorio e le richieste del luogo di accoglienza. Questo evidentemente richiede un intenso processo trasformativo per continuare a essere se stessi e allo stesso tempo diversi, disposti a un adattamento attivo, integrati con il nuovo contesto e con i nuovi riferimenti culturali.

D'altra parte, anche in psicoterapia quando un paziente rimane troppo ancorato alla sua storia, alle sue radici familiari e alle sue origini non può davvero evolvere. Deve avere il coraggio di "spaesarsi e sradicarsi" da sé per intraprendere un viaggio verso gli aspetti anche perturbanti dell'esistenza. Nella psicoterapia di gruppo, proprio a questo proposito, sono interessanti i disturbi della relazione teorizzati da Robi Friedman (2019) e i funzionamenti

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

proposti dal modello sistemico. Il paziente designato dalla famiglia ha in qualche modo una sorta di "mandato divino": è costretto a conservare un ruolo immutabile per mantenere inalterato il sistema familiare. Occorre una grande forza per riconoscere questo legame e potersene liberare. Da questi vincoli familiari deriva il tema dell'identità come fenomeno narrativo transgenerazionale: il soggetto si identifica con i suoi ruoli e con tutto ciò che viene tramandato come una eredità psichica dagli antenati. In questo modo lo legano a un passato e a una storia che difficilmente si può spezzare.

Ma, come in ogni situazione gruppale o interpersonale, o banalmente in ciascuno di noi, ritroviamo in Enea un potenziale di spiazzamento foriero di ricchezza e cambiamento: in fondo ci sorprende per la sua caratteristica di non essere mai dove ci si aspetta che egli sia, abitante di un Altrove, reale e/o simbolico, che dà spessore e intensità alle sue vicissitudini e agli aspetti tragici della sua esistenza, consentendogli quel guizzo, quello scarto di lato che gli fa riscrivere continuamente la sua storia.

A questo processo appartiene senza dubbio la componente "magica" e "incantata", presente nell'Eneide ma diffusa in tutto il discorso della migrazione e dei relativi studi antropologi. Spiritualità, ritualità, socialità sincretica, intersezione tra il mondo del visibile e dell'invisibile, inaspettato e inatteso arricchiscono le vicende umane, gruppali e comunitarie, integrano la ricerca scientifica, approfondiscono la fame di senso dell'essere umano e del suo passaggio sulla terra, tengono altresì in equilibrio il discorso tra i vivi e i morti, in un dialogo ininterrotto e per certi versi affascinante.

E questo sembra essere anche un distillato della salute di individui e gruppi: essere lì ma potersi trovare anche altrove, spostarsi, muovere il discorso, il corpo, il proprio destino, praticare l'incantesimo di sorprendersi e riattivare le parti desiderative e vitali di sé. I sentimenti e le emozioni consentono tali "sorprese", così come il modo di articolare questo materiale emozionale.

Dentro a questa catena emotiva e sentimentale possiamo ritrovare i legami di odio e di vendetta. Questi, da un lato, sono elementi attivatori di legami sociali e fondamenti della giustizia, dall'altro sono una prescrizione bloccante, perché costringono l'individuo a rimanere imprigionato dentro il mandato sociale, ad esempio in una storia familiare in cui deve vendicare l'onore di un antenato. L'odio è anche un attivatore e promotore di cambiamento, perché offre la possibilità di andare contro questi vincoli e di romperli, rifiutandoli, di chiudere o trasformare relazioni ingannevoli o asfissianti.

Enea incarna l'esule che migra per portare a compimento il mandato familiare migratorio e transgenerazionale, ricevuto quindi in eredità dagli avi. Il testo contiene potenti riferimenti a situazioni attuali, di guerra, di

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

amore e di naufragio. Cosa significa sentirsi dei sopravvissuti in una terra straniera quando amici o familiari sono morti annegati? Quale dolore possiamo immaginare, quali parole possono descrivere lo strazio di una moglie che ti scompare davanti agli occhi e ti lascia vivo?

Un commento merita anche la figura di Turno, colui che in suolo italico combatte per fermare l'avanzata degli invasori e difendere la sua terra, i suoi valori e la sua cultura. Turno ci interroga sul poter accettare l'estraneo, è la rappresentazione della paura di accogliere lo straniero, soprattutto dentro di noi, per quello che ci suscita. E se proprio questa resistenza potesse essere lo strumento per la futura integrazione? Essa gli permette infatti di mantenere la propria identità e di potersi trasformare, senza perdersi. Lo sradicato allora non è solo colui che fa il viaggio, ma anche colui che viene abitato da altre culture, pensieri ed esigenze.

Sostanzialmente lo sradicamento avviene ogni volta che "prendiamo sul serio" l'esposizione all'alterità: o facendocene carico e trasformando noi stessi, o negando all'altro il diritto di essere per rimanere immutati e immutabili.

Infine, il conflitto tra Enea e Turno, che è un elemento portante nell'Eneide, può aiutarci a comprendere alcuni aspetti dell'inconscio sociale italiano. L'Eneide, entrando nel progetto di istruzione superiore della maggiore parte della popolazione insieme alla *Divina Commedia* e ai *Promessi Sposi*, ha a che fare con le identificazioni e la nostra identità: noi siamo gli eredi di Enea, siamo gli eredi di un migrante che è venuto qui da un altro paese e si è imposto. E allo stesso tempo siamo gli eredi di Turno, che hanno combattuto per difendere la propria terra e che sono poi riusciti a integrarsi e a fondare un grande impero.

Riferimenti bibliografici

Friedman R. (2019). *Dreamtelling, Relations, and large Groups*. London: Routledge (trad. it.: a cura di Furin A., *Gestire i conflitti. Dreamtelling, disturbi della relazione e matrice del soldato*. Roma: FrancoAngeli, 2021).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

L'*Eneide*, esilio e sradicamento

di Alberto Eiguer[*]
traduzione di Luciana Bianchera[**]

[Ricevuto il 20/05/2022
Accettato il 19/11/2024]

Riassunto

In questo articolo l'autore studia l'esilio e lo sradicamento nell'Eneide di Virgilio. L'articolo pone l'accento sul mandato conferito a Enea dai genitori Anchise e dalla dea Venere, mentre fugge dalla città in fiamme di Troia in compagnia dei troiani sopravvissuti con l'obiettivo di trovare una terra per la sua gente, una casa che si trovasse nel Lazio, in Italia. Da questi Troiani, molto più tardi, sarebbe nato Romolo, il fondatore di Roma. Il poema dell'Eneide racconta le avventure di questo popolo sradicato, in viaggio attraverso il Mediterraneo, così come le incertezze di Enea, le sue nostalgie, le sue tentazioni, i suoi desideri di rinuncia, di vendetta, l'impatto della sua discesa agli Inferi così come le costose guerre di conquista e, infine, il suo insediamento. Viene sottolineata l'intimità dei processi psicologici più o meno dolorosi degli sradicati, in particolare i tre momenti del ri-radicamento (raggruppamento, isolamento, falso adattamento e ricorso agli antenati per l'integrazione nel paese ospitante). Vengono citati passaggi dell'opera per far luce su questi processi ed eviden-

[*] Medico psichiatra, psicoanalista, membro della SFTFP (Società Francese della Terapia Familiare Psicoanalitica). È autore di numerose pubblicazioni, tra cui: *L'inconscio della casa* (2007) e *Mai senza te* (2010) (154, rue d'Alésia – 75014 Paris); albertoeiguer@msn.com

[**] Psicopedagogista, docente universitaria, responsabile della formazione e responsabile scientifica del consorzio di cooperative sociali Sol.Co. – Mestieri Lombardia sede di Mantova, co-direttore e docente del Corso di perfezionamento "Gruppo e istituzione" – Istituto di Psicologia Psicoanalitica di Brescia. Esperta in processi gruppali ed etnoclinici e membro del gruppo internazionale di ricerca sulla salute mentale (strada Chiesa Nuova, 55 – 46100 Mantova); l.bianchera@mestierilombardia.it

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

ziare la bellezza del testo. Il testo è raccomandato per professionisti dei gruppi perché i processi che si esaminano presentano profonde analogie con i processi gruppali di apprendimento e clinica e alcuni fondamentali dinamiche esistenziali.

Parole chiave: Sradicamento, Migrazione, Isolamento, Assimilazione, Integrazione, Vendetta.

Abstract. *The Aeneid, exile and uprooting*

In this article the author studies exile and uprooting in Virgil's Aeneid. The article places emphasis on the mandate given to Aeneas by his parents Anchises and the goddess Venus, as he flees from the burning city of Troy in the company of the surviving Trojans with de aim of finding a land for his people, a home that found in Lazio, Italy. From these Trojans, much later, Romulus, the founder of Rome, would be born. The poem of the Aeneid recounts the adventures of this uprooted people, traveling across the Mediterranean, as well as the uncertainties of Aeneas, his nostalgias, his temptations, his desires for renunciation, for revenge, the impact of his descent to the Underworld as well as the costly wars of conquest and, ultimately, its settlement. The intimacy of the more or less painful psychological processes of the uprooted is underlined, in particular the three moments of re-rooting (grouping, isolation, false adaptation and recourse to the ancestors for integration in the host country). Passages from the work are cited to shed light on these processes and highlight the beauty of the text. The text is recommended for group professionals because the processes examined present profound analogies with group learning, clinical processes and some fundamental existential experiences.

Keywords: Uprooting, Migration, Isolation, Assimilation, Integration, Revenge.

L'*Eneide* ci offre, attraverso il personaggio di Enea, l'esempio di un brillante sradicato che ci permette di avvicinarci alle dimensioni specifiche delle sue esperienze, delle sue sofferenze e delle sue soluzioni. Considerata una delle opere poetiche più eminenti dell'antichità latina, l'*Eneide* non è un saggio psicologico, ma è da questa angolazione che oseremo interpretarla. Si presta particolarmente bene a questo scopo.

«E poi l'*Eneide* non è l'*Iliade*, non è la forza semplice e dotta, ma ha una grazia raffinata, emotiva, ed è più romantica che epica: è un romanzo di avventure (amori, naufragi e guerre), una storia piena di fantasie mitologiche che tiene i lettori col fiato sospeso per la suspense di ciascuno degli episodi, per la loro brevità e la loro diversità: terra e cielo, terra e mare, naufragi, una traversata degli Inferi per destino, pace e guerra, battaglie singolari, guerra e amore, Asia, Africa, Sicilia, Italia, uomini, donne, adolescenti, divinità, morti, una vergine guerriera, un'amante che fa l'amore

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

in una grotta e poi si dà alla morte, dee in lotta, aurore e paesaggi, apparizioni, realtà e sogno a occhi aperti» (Virgile, 2012, p. 10)[1].

Così la descrive Paul Veyne, suo traduttore francese, storico ed eminente specialista del mondo greco-romano. Il paragone con l'*Iliade* non è casuale, Virgilio ha voluto riprendere il progetto esaltante dell'antica Grecia e quello della propria cultura e nazione, Roma, dividendolo in 12 canti, come l'*Iliade*, ma per affermare il valore della propria Patria, che si proponeva di sconfiggere l'antica Grecia e di fondare un impero sulle terre da essa conquistate.

Enea è un sopravvissuto alla sconfitta e alla distruzione di Troia da parte dei Greci; con un gruppo di suoi compagni, vaga navigando su fragili imbarcazioni alla ricerca di un luogo dove stabilirsi. Enea ha ricevuto dagli dei il mandato, confermato dal padre Anchise, di fondare una nuova patria in Italia. Questa è la sua terra promessa. Predestinato a questo progetto, possiede coraggio, valore, capacità di leadership, buone doti di guerriero e la protezione delle divinità. Ma le divinità non sono tutte favorevoli al loro progetto e gettano lui e i suoi compagni da una riva all'altra attraverso orribili tempeste. Poseidone/Nettuno, Era/Giunone, Eolo, sono gli avversari di questi Troiani sradicati. In Sicilia le loro navi vengono incendiate da donne troiane possedute da un incantesimo lanciato da una dea (Iris) travestita da mortale (Virgile, Canto V).

L'opposizione tra Giunone e Venere è una "vecchia storia"; nell'*Iliade*, Giunone difende i Greci e Venere i Troiani. A Paride, il principe troiano, viene chiesto dalle tre grazie, Era/Giunone, Atena/Minerva e Afrodite/Venere, chi pensa sia la più bella. Lui sceglie Venere e le altre due non ne sono felici... Poi, innamorato di una regina sposata a Menelao, Elena, la rapisce e la porta nel suo Paese. Il re, sconfortato, chiede ai suoi parenti e alleati di fare il necessario per riavere la moglie. Secondo la leggenda, questa è l'origine della guerra di Troia. Era/Giunone difende la pace dei matrimoni, Afrodite/Venere le ragioni dell'amore. Il poema ricorda regolarmente gli antenati di Enea, tra cui Dardano, il capostipite della dinastia reale troiana che, secondo Virgilio, era originario dell'Italia. Questa genealogia funge quindi da riferimento permanente per le radici dell'eroe. Deve venerarla!

Enea pronuncia questa preghiera degna di tutti gli sradicati**:**

«Dopo questo cataclisma, dopo aver attraversato tanti mari immensi, chiediamo ai nostri dei ancestrali solo un piccolo luogo, una riva dove vivere in pace; chiediamo solo aria e acqua, questi beni aperti a tutti» (Virgile, Canto VII, v. 228, p. 294).

[1] Tutte le citazioni letterali tratte dal testo francese di Veyne e da internet sono tradotte in italiano da Luciana Bianchera.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Le caratteristiche essenziali della persona sradicata

Un esule può sentirsi sradicato, ma non tutti gli esuli sono necessariamente sradicati. Questo sentimento si manifesta nel migrante e in altre situazioni. C'è il rischio di sentirsi sradicati anche nella propria famiglia, nel proprio ambiente, in seguito a cambiamenti radicali della cultura, come il crollo di principi e valori ecc. In questo senso, Weil (1949) offre gli esempi di una nazione occupata da un paese straniero o invasa da costumi contrari ai propri.

Lo sradicato soffre nella sua identità; il disorientamento e l'estraneità lo travolgono ed egli reagirà in modi diversi che si esprimeranno in diverse fasi o simultaneamente. Se egli è accompagnato dalla sua famiglia, le sue risposte riguarderanno parzialmente o completamente il gruppo. Ecco alcune modalità di risposta.

Una reazione potrebbe essere quella di isolarsi, considerando le persone che lo circondano come ostili, mentre cerca di esaltare le caratteristiche della sua cultura, compresa la religione. Alcuni soggetti possono provare sentimenti depressivi, soffrire per l'allontanamento e la perdita di familiari e amici e provare nostalgia, cosa comune tra i migranti. Tuttavia, la sensazione di essere sradicati mi sembra essere alla base di questi passaggi depressivi, anche se gravi. L'intera clinica della migrazione dovrebbe essere rivista, tenendo conto del grande sconvolgimento che la perdita delle proprie radici comporta.

Un'altra reazione sarebbe l'adozione di posizioni opposte, una rinuncia ai propri principi con un'adesione caricaturale e superficiale a quelli del Paese ospite. Si tratta di uno spostamento verso posture di falso sé, più per imitazione che per identificazione dinamica. Nel profondo dell'anima, il vero sé conserva un legame con le proprie origini senza che il soggetto o i familiari ne siano consapevoli. Questo movimento riguarda una serie di comportamenti e implica una violenza che il soggetto fa a se stesso come se finisse per odiare l'attaccamento alla sua cultura (Eiguer, 2022). Questo processo viene regolarmente definito "assimilazione" per differenziarlo dall'"integrazione", che permette di rispettare le proprie origini adottando la lingua e valorizzando i contributi della cultura del nuovo ambiente.

Vale la pena notare che si può uscire da uno stato di confinamento o di falso sé ricollegandosi alle proprie origini e avvicinandosi ai legami essenziali con i propri antenati. Si tratta di un processo progressivo che comporta una ricerca interiore più o meno dolorosa. I modelli di identificazione sostengono questo movimento, ad esempio con gli antenati che sono riusciti a cambiare paese. La persona sradicata attinge ai propri punti di forza, alle proprie risorse e alle proprie forze motrici, eventualmente basandosi su queste identificazioni.

Mi chiedo se Virgilio stesso non sia stato colpito da un certo sradicamento. Migrante dell'entroterra, era originario della provincia romana della

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Cisalpina, da poco integrata a Roma; nacque nel 70 a.C. vicino a Mantova, in un villaggio allora chiamato Andes. Non abbiamo dettagli storici sul suo processo di adattamento nella vivace città di Roma; la mia ipotesi è che la sua opera poetica su un esilio possa avergli permesso di sublimare i suoi sentimenti profondi.

Contraddizioni

Torniamo al nostro eroe. La fedeltà di Enea alla promessa di rifondare la sua "patria" viene periodicamente "dimenticata", attirato, tra l'altro, dal fascino della regina Didone di Cartagine (Virgile, Canto IV), dalla pacifica Sicilia e dai suoi giochi sportivi (Virgile, Canto V), un luogo dove i Troiani erranti avrebbero potuto trovare rifugio.

Cosa succede a questo eroe che si allontana dal suo obiettivo? Per capirne le ragioni, dobbiamo concentrarci sulla questione stessa dello sradicamento. L'esule è una persona tormentata da tendenze opposte, la sensazione di vuoto indebolisce la sua determinazione e la sua lucidità. Vive tra la nostalgia di un mondo che sente finito e le esigenze del presente, tra una gloria che può sentire come utopica e i suoi desideri e le sue esigenze pulsionali che invitano al piacere immediato, tra il richiamo del mondo pubblico e l'intimità domestica, tra l'omaggio ai suoi antenati e le tentazioni della sua giovinezza.

Se Enea dimentica il suo progetto, è perché vuole vivere nel presente, mentre il vuoto lasciato dalle sue radici inaridite e perdute lo rode. Ha bisogno di dimostrare di essere un uomo poiché la disfatta di Troia sembra essere un ostacolo al suo orgoglio virile. Il vuoto gli ricorda la sua castrazione, mentre la vergogna e il disonore devono essere riparati rapidamente per calmare il suo risentimento.

Come conciliare queste contraddizioni? Questa diventa la sfida principale dello sradicato. Da un lato, il poeta Virgilio riporta alla memoria di Enea, a turno, persone che evocano il valore morale della sua azione: la visione di dee favorevoli al popolo troiano, come la madre Afrodite/Venere e il padre Anchise ritrovato negli Inferi (Virgile, Canto VI).

D'altra parte, non è forse mettendo in discussione la nozione di vendetta che si potrebbe superare tutto questo? La ricerca della vendetta distorce il "lavoro del lutto", rendendolo addirittura illusorio. Cancellare la storia di una disfatta implica cancellare gli apprendimenti di quella disfatta, gli sforzi per ricostruirsi e il sacrificio di nuove vittime: quello dei propri compagni annegati tra le onde o periti in battaglia, dei partner che si suicidano in seguito all'abbandono di un amante che preferisce la sua causa al dolce letto dell'amore.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

A ben vedere, si tratta di una vendetta che ripropone i danni subiti. Si potrebbe ammettere che questa è la soluzione più semplice per dimenticare i propri dolori ma si ignora la sofferenza che si produrrà; si evita di mettersi al posto delle proprie future vittime. È disumano come la disumanità subita. Ma si possono trovare altri modi per vendicarsi: ad esempio, spostando il proprio progetto di luogo, soggetti, metodi e domini. E inventando nuovi oggetti per i propri talenti.

È dunque necessario tradire i propri antenati per onorare le proprie radici?

Nulla nel testo dell'*Eneide* suggerisce una rivolta contro il mandato degli antenati. Enea è piuttosto inebriato dall'eroismo e dalla gloria promessa. Insomma, è interessante chiedersi se la fedeltà verso lo sguardo degli antenati non gli impedisca di cogliere la natura del suo sradicamento al fine di cercare dei compromessi attraverso i quali si ritroverebbe di fronte alle sue radici e potrebbe ricostituire la sua identità martoriata.

Ecco un'altra ragione per questi adattamenti. Enea è figlio della dea Venere: può realizzare dell'altro oltre che grandi imprese o prodigi? Il lavoro dei comuni mortali può sembrargli ordinario, insipido; le loro gioie, anodine; i loro giochi, noiosi.

Ma l'appetito per la prodezza rischia di nascondere l'insufficienza della tenerezza. L'eroe non prova piacere nel riposo; l'ambizione sostituisce la dolcezza di una pelle di seta; l'importante è l'idealizzazione.

Altrimenti, la ricerca delle radici incontrerebbe la ricerca del calore del seno materno.

La Discesa

È in queste circostanze e sopraffatto da dubbi, dimenticanze e tentennamenti che Enea decide di scendere agli Inferi (Virgile, Canto VI). Compie questo viaggio guidato da una Sibilla che gli spiega il destino degli uomini di cui vede le ombre.

I mostri mitologici lo spaventano; lo impressiona il destino di coloro che hanno commesso delle colpe. Questi subiscono torture eterne e orribili sevizie. Noteremo i loro crimini:

> «Qui sono rinchiusi coloro che, per tutta la vita, hanno odiato il fratello, colpito il padre e imbrogliato un cliente; coloro (e sono i più numerosi) che hanno covato sotto di sé solo la ricchezza che è entrata in loro possesso, senza assegnare una parte al proprio, coloro che sono stati uccisi per adulterio, coloro che si sono uniti a un esercito empio senza temere di tradire la destrezza del loro padrone. Qui attendono la loro punizione» (Virgile, Canto VI, v. 607 ss., p. 262).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

E più avanti nel testo:

«Colui che ha venduto la patria per l'oro e l'ha sottomessa al potere tirannico; ha fatto e infranto leggi per denaro; quest'altro è entrato nel letto di sua figlia in un imene proibito. Nessuno di loro si sottrasse a un abominio e tutti godettero del frutto della loro audacia» (Virgile, Canto VI, v. 619 ss., p. 263).

D'altra parte, i beati sono trattati bene. Poi Enea vede una lunga fila di anime che, stanche degli Inferi, vogliono tornare sulla terra. Aspettano di abitare il corpo di un nuovo essere per tornare a vivere; i Romani sembrano credere nella metempsicosi.

Il ricongiungimento con il padre è il culmine di questo viaggio. Questi lo incoraggia a continuare la sua lotta per creare una casa per il loro popolo in Italia, una terra nella regione del Lazio, bagnata dal fiume Tevere, da chiamare Roma. Per sostenere la sua ricerca, Anchise gli mostra lo spettro dei suoi successori, la nobile stirpe dei Romani, i loro potenti re e governanti fino a Ottaviano Augusto, l'imperatore che stabilirà uno stato prospero e pacifico. Il padre lo avverte che raggiungerà il suo obiettivo dopo molte difficoltà e la morte dei suoi parenti in battaglia, ma trionferà.

Dopo la discesa agli inferi, vediamo un Enea cambiato e determinato. L'essere volubile e dedito al piacere è diventato un energico signore della guerra. La discesa agli inferi ha rappresentato per lui un viaggio di iniziazione. Questa è l'opinione di molti autori.

L'autore dell'articolo pubblicato da Wikipedia dice a questo proposito:

«Un'iniziazione si lega spesso a un simbolo molto forte: il protagonista deve passare attraverso la morte (simbolica) per rinascere come un nuovo essere[2]. Questo momento di tensione si verifica proprio a metà dell'*Eneide*, quando Enea scende negli inferi (Canto VI). Quando Enea risale dagli inferi, la sua personalità è cambiata. Ciò è particolarmente evidente nel suo rapporto con la parola e il silenzio: prima della sua discesa, gli eventi soprannaturali che si verificano davanti a Enea lo lasciano senza parole. Per contro, una volta risalito dagli inferi, Enea impone a sua volta il silenzio a chi lo circonda, come se non fosse più un umano come gli altri[3]. Questo nuovo comportamento conferma il suo destino di capo scelto dagli dèi. Questa figura di padre della nazione eroica risponde in un certo modo al comando dell'imperatore Augusto, ma Virgilio lascia fluttuare una certa ambiguità. In effetti, Enea non è un personaggio perfetto (il che è strano in un'opera che dovrebbe essere pura propaganda). Alcune delle sue azioni sembrano riprovevoli; Virgilio tace su come interpretarle. Alcuni ritengono che l'autore chieda al lettore (compreso l'im-

[2] Bleeker, 1965.

[3] Nurtantio 2014, p. 114.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

peratore) di giudicare da solo e, se lo ritiene opportuno, di andare oltre il modello offerto da Enea[4,5]» (Énéide – Wikipédia (wikipedia.org)

L'*Eneide* diventa anche un canto di "virtù guerriere", ma gli orrori della guerra sono esposti con dramma, tenerezza e lirismo.

La madre di Euriale apprende che il suo giovane e unico figlio è morto in battaglia. È disperata. Scrive Virgilio:

«Tuttavia, volando per la città spaventata, la voce alata, un rapido messaggero, giunge alle orecchie della madre di Euriale. In un attimo il calore ha lasciato l'animo della sventurata, i fusi le sono caduti dalle mani e le lane si sono srotolate. La sventurata esce in fretta, si strappa i capelli con l'urlo delle donne e, fuori di sé, corre verso i bastioni, per prima; e non pensa agli uomini, non pensa ai pericoli, e da lì riempie il cielo con le i suoi pianti: "Sei tu Euriale, che ho qui davanti agli occhi? Tu, riposo promesso ai miei ultimi giorni, hai potuto, crudelmente, lasciarmi sola? E quando sei partito per affrontare tali pericoli, non ti è stata data la possibilità di dire un'ultima parola a tua madre! Ahimè! Tu giaci, chissà dove, in pasto ai cani e agli uccelli del Lazio! Tu, o meglio le tue spoglie, che tua madre non condusse al sepolcro, tu a cui io non ho chiuso gli occhi né lavato le ferite, che non ho coperto di tessuti preparati notte e giorno, cosa che avrebbe consolato i miei pensieri di vecchia! (...)"» (Virgile, Canto IX, v. 472 ss., pp. 394-395).

E più avanti:

«"Oppure tu, sovrano padre degli dèi, abbi pietà e lascia che la tua folgore precipiti la mia odiante testa nel fondo del Tartaro, poiché non posso altrimenti spezzare il filo di una vita crudele". Questi singhiozzi hanno scosso i cuori, un lugubre lamento sale da tutte le bocche, abbatte il coraggio, indebolisce i guerrieri» (Virgile, Canto IX, vv. 494-495, p. 411).

Merita attenzione il funerale di un altro eroe del campo di Enea che, sensibile al prezzo della guerra, gli rende un tributo prolungato. Pallade, giovane figlio del capo Evandro, soccombe alle ferite.

«Dopo essersi così lamentato, egli [Enea] ordina di innalzare questo corpo pietoso, sceglie mille uomini di tutto l'esercito per scortarlo in sommo onore e per unirsi al pianto del padre, una debole consolazione per un lutto immenso, ma dovuto alla disgrazia di un padre. Altri si affrettano a intrecciare una barella flessibile con rami di corbezzolo e ramoscelli di quercia; ombreggiano il letto con un baldacchino di fogliame e adagiano il giovane su uno spesso strato di erba di campo. Come un fiore

[4] Most, 2001, pp. 148-170.
[5] Nurtantio 2014, pp. 127-129.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

raccolto da un dito verginale, la tenera violetta o il languido giglio; la sua luminosità e la sua bellezza non l'hanno ancora abbandonato, ma la madre terra non lo nutre più, non ne sostiene più la forza. Enea allora mandò a prendere delle vesti rigide d'oro e porpora, che la sidoniana Didone aveva tessuto lei stessa, con le sue mani, felice di lavorare per lui, ombreggiando la trama con una rete di fili d'oro. Con tristezza veste il giovane con una di queste vesti, l'ultimo onore che gli concede, e gli copre i capelli che il fuoco sta per consumare» (Virgile, Canto IX, vv. 60-75, pp. 465-466).

Le qualità di capo di Enea sono sfumate da una sensibilità e da un'empatia esemplari. In questo contesto, vale la pena notare che Enea è curiosamente assente dalle battaglie in cui la sua presenza sarebbe stata indispensabile. Non è dove ci si aspetta che sia. Sebbene Virgilio spieghi queste assenze con ragioni di comando (è andato a reclutare i combattenti delle tribù etrusche), dobbiamo chiederci se queste sparizioni non rappresentino un altro esempio dei "vuoti di investimento" propri degli sradicati, come l'oblio sottolineato sopra: un modo di essere altrove, in un altro tempo, in un altro luogo, là dove le radici sono affondate.

Lirismo

Come l'ultimo citato, molti passaggi del poema raggiungono un bellissimo lirismo. Cito alcuni passaggi. Virgilio parla felicemente della natura.

Quando Enea elogia le opere ingegnose dei Cartaginesi, aggiunge:

«È così che, nelle campagne in fiore, fin dall'inizio dell'estate, in pieno sole, i loro compiti lasciano le api senza riposo; portano fuori la loro prole diventata adulta, condensano il miele che scorre, gonfiano i loro favi con questo dolce nettare, scaricano il loro fardello su quelli in arrivo, o si formano in colonne per difendere la loro dimora dalle specie parassite di calabroni. Tutto è effervescente e il miele fragrante ha un profumo di timo (...)» **(**Virgile, Canto I, v. 430 ss., pp. 51-52).

In un altro passo:

«Durante questi scambi di parole, l'Aurora, nel suo corso celeste, aveva già attraversato metà del cielo sulla sua quadriga rosa; avrebbero forse trascorso tutto il tempo concesso (...)» (Virgile, Canto VI, v. 536, p. 258).

Il poema sottolinea le qualità del principale nemico dei Troiani:

«Ecco Tournus in persona, magnifico nella sua statura, che appare con le armi in mano e supera tutto il mondo per le sue spalle. Il suo elmo con tripla egida pelosa è sormontato da una Chimera la cui gola sprigiona i fuochi di un'Etna: i suoi ruggiti e la

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

furia delle sue fiamme sinistre non fanno che aumentare, mentre le battaglie diventano più micidiali e fanno scorrere più sangue» (Virgile, Canto VII, v. 782 ss., p. 324).

In un altro esempio, versi esaltanti annunciano il discorso di Giove:

«Allora parla il Padre onnipotente che ha il potere supremo su tutto; alla sua voce tacciono l'altera dimora degli dèi e la terra che trema sulle sue fondamenta; tace il cielo scosceso, si sono fermati per un attimo gli Zefiri, il vasto mare reprime la distesa delle sue onde che si placano» (Virgile, Canto X, v. 100 ss., p. 418).

I piaceri

Montaigne ritiene che il poema di Virgilio fornisca una grande originalità: autorizza i sentimenti erotici ed esaltava la sensualità (Montaigne, 1592). Cita a lungo la passione amorosa di Didone ed Enea, un fuoco che la sua epoca ha sottovalutato o condannato. Il suo testo su Virgilio è altamente significativo di questo Rinascimento che si concede il piacere della carne, il richiamo irriducibile dei corpi. Didone «è insensibile alla correttezza e alla ridenominazione» dice Virgilio (Virgile, Canto IV, v. 170, p. 157).

In un ricco passo dell'*Eneide*, Virgilio introduce il rapporto tra la vox populi e il mondo intimo degli amanti, oggetto di calunnie e rifiuti. E ci regala frasi degne della più acuta analisi sociale. Evoca le voci come fossero qualcosa di soprannaturale e nefasto. Noi contemporanei vi leggeremmo volentieri una metafora:

«Subito la voce attraversa le grandi città della Libia, la voce, tra tutti i mali, è la più rapida. Il suo movimento fa la sua forza e la sua marcia aumenta il suo potere. All'inizio la paura la fa diventare piccola, ma presto si alza in volo, ha i piedi per terra e si tuffa con la testa tra le nuvole. Si dice che sia figlia della Terra, che fu irritata dall'ira degli dei e la partorì come sorella minore di Ceo ed Encelado. I suoi piedi sono agili, le sue ali sono veloci, è un mostro spaventoso e gigantesco: tante piume quante ne ha il suo corpo, tanti occhi svegli in esso – oh prodigiosi – tante lingue, tante bocche che parlano, tante orecchie che sporgono. Di notte vola tra terra e cielo, fischiando nell'ombra, senza che il dolce sonno le chiuda gli occhi; di giorno sta di sentinella sui tetti o sulle alte torri e terrorizza le grandi città, messaggera implacabile dell'errore e della menzogna come della verità. Al momento, si divertiva a inondare i popoli di molteplici voci e a strombazzare ciò che era avvenuto: che era arrivato Enea, di stirpe troiana, che la bella Didone si era degnata di unirsi a questo marito e che ora, durante il lungo inverno, non facevano altro che coccolarsi a vicenda, tutti nel piacere, dimentichi del loro regno e prigionieri di una passione vergognosa. Tali sono i rumori che l'orrenda dea mette in tutte le bocche» (Virgile, Canto IV, vv. 173-195, p. 158).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Si noti la debolezza dello spazio privato di fronte all'imponenza dello spazio pubblico.

La regina Didone si confida con la sorella:

«Sì, Anna, lo ammetto: da quando è morto mio marito, l'infelice Sicheo, da quando la nostra casa è stata insanguinata da un fratello, quest'uomo [si tratta di Enea] è l'unico che ha toccato i miei sensi e ha scosso i miei spiriti vacillanti; riconosco in lui le tracce di un'antica fiamma (...)» (Virgile, Canto IV, v. 17 ss., p. 150).

Più avanti nel testo, Didone afferma di avere un ricordo vivo dell'amore del marito. Anna risponde:

«O tu che tua sorella ami più del giorno, ti consumerai fino alla vecchiaia in una solitudine e in un dolore perpetui, senza conoscere la dolcezza di avere figli e i doni di Venere? (...)» (Virgile, Canto IV, v. 31 ss., p. 151).

E Virgilio scrive:

«Con queste parole [Anna] accese nell'anima della sorella un fuoco d'amore, diede speranza alla sua incertezza e la liberò dall'onore» (Virgile, Canto IV, v. 53, p. 152).

Il resto è noto: pur ammettendo di essere innamorato di Didone (Virgile, p. 168, nota 1), Enea decide di lasciare Cartagine senza dirle nulla. Didone, arrabbiata e disperata, pone fine alla sua vita. Non c'è molto rammarico nella voce del fuggitivo quando sente l'esito di questo idillio.

Per Montaigne (1592, Libro III, cap. VII), Virgilio dice, come nessuno, la fuga delle passioni erotiche. Lo sottolinea riferendosi a Venere che cerca di convincere il marito Vulcano/Efesto a fabbricare armi per Enea. Virgilio scrive:

«Aveva detto e gettando le sue braccia di neve intorno a lui, la dea coccola quest'uomo indeciso nel tenero calore del suo abbraccio. All'improvviso fu penetrato da una fiamma familiare; un ardore ben noto gli entrò nel profondo del midollo, attraversò il suo corpo arrendevole. Così, quando il fulmine colpisce, si vede aprirsi una crepa di fuoco, il cui zig-zag luminoso attraversa le nuvole. La moglie se ne accorge, felice della sua abilità e consapevole della sua bellezza. Il venerabile dio, incatenato dall'amore eterno, dice allora: "Perché cercare così lontano le ragioni? Che ne è della tua fiducia in me, dea? (...)". Con queste parole le diede l'abbraccio desiderato, poi, abbandonandosi al seno della moglie, si intorpidì completamente» (Virgile, Canto VIII, v. 387 ss., pp. 347-348).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Riflessioni finali

Ai nostri fini, questo lavoro ci guida a chiarire il complesso degli sradicati. Questo è ancora più interessante perché è stato creato molto tempo fa, in un contesto particolare, il personaggio non è un uomo comune, ma un eroe. Enea ha una missione, ne è prigioniero; essa si intreccia con la sua storia, la sua parentela, il destino dei suoi compagni e dei suoi concittadini. La passione trae la sua forza da molte influenze, forse pesanti, e il desiderio è esitante. Enea è più se stesso quando ama di un amore effimero ma intenso, quando si appassiona ai giochi sportivi del suo tempo, alle feste e ai banchetti, quando si commuove per le sofferenze dei suoi amici.

Questo vacillare ci interroga: possiamo vedervi il grido di una rivolta soffocata ma possibile?

Enea è attratto dalle sue tendenze più profonde, dai richiami del suo corpo e dalla sua giovinezza. È anche stordito dalla vergogna, dal desiderio di vendetta, dall'ambizione di gloria. Ha bisogno di reprimere il ricordo delle sue perdite per poterle piangere e trovare pace? Ma la crisi è inscritta nel profondo del suo essere. Abbandonare le proprie radici sarebbe come ammettere la perdita di una parte della propria identità?

Con le spalle al muro, non ha altra scelta che lottare con tutte le sue forze per adempiere al mandato: ricreare Troia.

Stando così le cose, alla fine del poema, quando il trionfo dei Troiani è assicurato, si stabilisce un compromesso sotto l'arbitrato di Giove: la nuova patria sarà opera di una sintesi, si celebreranno matrimoni tra i nativi dei popoli che si sono combattuti, si parlerà un'unica lingua, gli indigeni manterranno i loro costumi, gli dei e le istituzioni saranno unici (Virgile, Canto XII).

Ciò che differenzia il sentimento della vendetta dalla azione della vendetta è la possibilità di rivolgere tutta la rabbia contro chi ha fatto del male, costruendo un progetto originale al servizio dei soggetti e dei loro desideri. Con la vendetta agita si può uccidere; il pensiero della vendetta aiuta a crescere (cfr. Eiguer, 2022).

Lo sradicamento di Enea rivela una singolare sfaccettatura del suo attaccamento, quello che lo lega alla terra, alla città, alle sue strade, ai suoi edifici, alle sue mura, e a tutti coloro che, come lui, l'hanno attraversata, toccata, respirata, hanno percepito gli odori dei suoi mercati e delle sue cucine, lo spirito della casa, i palpiti della vita, e si sono appoggiati alle sue lastre e riposati sui suoi letti.

Il vero Enea è lì.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Riferimenti bibliografici

Bleeker C.J. (1965). *L'initiation*. Leyden: E.J. Brill.

Eiguer A. (2007). *L'inconscio della casa.* Roma: Borla.

Eiguer A. (2010). *Mai io senza te. Psicoanalisi dei legami intersoggettivi*. Roma: Borla.

Eiguer A. (2022). *La haine de soi et de l'autre*. *Psychanalyse de la stigmatisation*. Malakoff: Dunod.

Énéide – Wikipédia (wikipedia.org).

Montaigne M. de (1592). Sur des vers de Virgile. In : *Essais*. Paris: Gallimard, 2010.

Most G.W. (2001). Memory and Forgetting in the Aeneid. *Vergilius*, 47: 148-170. DOI: 10.2307/41587257

Nurtantio Y. (2014). *Le silence dans l'Énéide*. Fernelmont: EME éditions.

Virgile (19 a.C.). *L'Enéide*. Trad. fr. de Veyne P., Paris: Albin Michel, Le livre de poche, 2012, 2020.

Weil S. (1949). *L'enracinement*. Paris: Gallimard.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

CONNESSIONI

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Considerazioni a proposito di "*Alba*", la trasformazione di Wiesel da vittima a assassino

di Robi Friedman[*]
traduzione di Alessandra Furin[**]

[Ricevuto il 11/06/2023
Accettato il 28/07/2024]

Ci vuole un intero villaggio per crescere un bambino,
ci vuole un villaggio per uccidere una persona.
Proverbio nigeriano

Riassunto

In questo scritto l'autore fa un commento critico rispetto alla transizione da vittima a carnefice di Elisha, ebreo sopravvissuto a un campo di concentramento che, una volta liberato, aderisce a un gruppo di ribelli. Friedman si interroga sul passaggio emotivo che il protagonista vive nel momento in cui riceve l'ordine di giustiziare un prigioniero, come rappresaglia e vendetta per l'esecuzione di un ebreo insorto. L'autore utilizza questo evento come stimolo per prendere in esame il concetto di matrice, in particolare la sua visione della "Matrice del soldato".

Parole chiave: Matrice, Matrice del soldato, Vittima/carnefice, Colpa, Vergogna.

[*] Psicologo clinico e gruppoanalista, è nato a Montevideo, in Uruguay, ed è emigrato in Israele all'età di tredici anni. Ha uno studio privato ad Haifa, in Israele; è stato co-fondatore e insegnante dell'Israel Institute for Group Analysis ed è il past-president dell'International Group Analytic Society (Haagstr. 20 – Haifa 34980 – ISRAEL); robifriedman@gmail.com

[**] Psicologa, psicoterapeuta individuale e gruppale, psicoanalista SPI e IPA, supervisore COIRAG – sede di Padova, socia Asvegra e CVP, membro GASi; vicedirettrice della rivista *Gruppi* (via Degli Zabarella, 64 – 35121 Padova); alessandra.furin@gmail.com

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Abstract. *Comments on: "*Dawn*", Wiesel's transformation of a victim into a killer*

In this paper, the author makes a critical comment on the transition from victim to executioner of Elisha, a Jewish concentration camp survivor who, once liberated, joins a rebel group. Friedman questions the emotional transition that the protagonist experiences when he receives the order to execute a prisoner, in retaliation and revenge for the execution of an insurgent Jew. The author uses this event as a stimulus to examine the concept of the matrix, in particular his view of the "Soldier's Matrix".

Keywords: Matrix, Soldier's Matrix, Victim/ perpetrator, Guilt, Shame.

Il resoconto di Eli Wiesel del processo emotivo di un omicidio è suggestivo e orribile. In "Alba", la parte centrale della trilogia *Notte* (Wiesel, 1972, 1985, 2008), l'autore descrive i sentimenti e le riflessioni di un insolito carnefice prima dell'uccisione. Elisha, un giovane ebreo sopravvissuto al campo di concentramento, che ora combatte la guerra d'indipendenza di Israele contro i britannici in Palestina, riceve l'ordine di giustiziare un prigioniero, come rappresaglia e vendetta per l'esecuzione di un insurrezionalista ebreo.

Esamino la situazione secondo due prospettive: la mia identificazione con Elisha, l'assassino, come qualcuno che, per primo, ha dovuto affrontare l'uccisione, e la visione per cui l'uccisione, seppure compiuta da un singolo individuo, sarà sempre una delega di un'intera matrice. "Matrice" è un termine complesso, che descrive uno spazio in cui qualcosa si relaziona ed evolve e include sia la cultura e le credenze di base, sia le comunicazioni che connettono l'intero gruppo. I sentimenti complessi e terribili che Wiesel descrive nelle ore prima che il carnefice uccida il proprio prigioniero risuonano con eventi che hanno lasciato tracce nel mio animo.

L'uccisione di un individuo ha sempre un contesto, spesso sotto forma di un gruppo reale o immaginario che delega soldati, poliziotti o altre figure a compiere l'atto di uccidere. Quindi, in maniera simile al proverbio delle popolazioni Igbo e Yoruba (Nigeria) citato in esergo, un'intera matrice, in modo conscio e inconscio, preme il grilletto del carnefice.

Prepararsi per uccidere

Ci sono mille modi di uccidere. Gli atti di uccisione passano attraverso un primo processo di preparazione e uno successivo di post-uccisione. La storia di Eli Wiesel in "Alba" descrive il protagonista, Elisha, sopravvissuto all'Olocausto, a cui viene ordinato di uccidere, quella mattina stessa, un prigioniero britannico come rappresaglia per l'uccisione di un combattente ebreo infiltrato.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Questa storia ha in sé almeno due trasformazioni: il cambiamento da vittima a carnefice e l'influenza dell'uccisione sul carnefice e sul suo ambiente umano. Secondo Wiesel, uccidere cambia il destino dell'individuo:

> «I morti non dimenticano; ricorderanno per sempre. Ai loro occhi sarò per sempre marchiato come un assassino. Non ci sono mille modi per essere un assassino; un uomo lo è o non lo è (...) la maschera del carnefice sarà sempre con lui» (p. 195).

Solo questo pensiero sembra essere una terribile minaccia per il carnefice, come se dopo l'uccisione dovesse portare un interno e persino esterno "marchio di Caino". Queste paure gettano una lunga ombra su tutto il dialogo interiore che Elisha condivide con noi. Il giovane vittima dei campi di concentramento sembra aver portato avanti un dialogo accusatorio con i torturatori e gli assassini della sua famiglia, dei suoi amici e infine di suo padre. Ora lui, come i suoi carnefici, non potrà mai essere né dimenticato, né perdonato. Vorrei che il dialogo privato di Elisha, in cui si definisce un assassino, potesse rappresentare tutti i processi interni di coloro che si preparano a uccidere. Purtroppo, un dialogo del genere, così ricco di capacità di evocare emozioni difficili come colpa, vendetta, dolore mentale di differenti forme, sebbene io lo consideri un gioiello, non sarà accettato da molti assassini. Questi vogliono liberarsi di tutte le emozioni che inibiscono l'uccisione o ne rendono difficile il diniego.

Sebbene "Alba" sia la storia di molte uccisioni e delle loro conseguenze, è incentrata sul processo di preparazione per un'esecuzione faccia a faccia di un prigioniero che rappresenta il nemico inglese in uniforme in Palestina. La trilogia *Notte/Alba/Giorno* tratta delle uccisioni di massa nella Shoah, dell'assassinio di un padre amorevole nei campi di concentramento e della notte in cui Elisha uccise in un'imboscata, evento questo che probabilmente lo preparò all'uccisione: questo fu il primo vero passo della sua trasformazione da vittima a carnefice.

La condivisione dei pensieri di Elisha dal momento in cui, nel cuore della notte, riceve il terrificante ordine di essere l'esecutore del prigioniero, fino a quando lo uccide all'alba, ci permette di seguire i suoi stati d'animo, pensieri, riflessioni e fantasie. La sola successione notte/alba sembra implicare una transizione all'interno della trilogia, dai campi di concentramento (notte) alla capacità di uscire dal ruolo di vittima attraverso la lotta e l'uccisione. Dapprima "Alba" si concentra sul processo nel quale Elisha cerca di lasciare il suo ruolo di vittima per diventare un carnefice, attraverso la vendetta e ciò che ha imparato dai suoi torturatori e assassini. Il prigioniero non sembra essere importante all'inizio, non c'è un "Io e Tu" (Buber,1937), ma solo "Io e esso" dell'uccisione. Probabilmente è stata questa mancanza di relazioni a

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

indurmi inizialmente a descrivere la storia come un meraviglioso processo intra-psichico. All'inizio questa vicenda ci ricorda i processi in *Delitto e castigo*, dove un dialogo interno elabora l'uccisione di un "nessuno"; in "Alba" diventa un'esecuzione "Io-Tu" di un essere umano conosciuto e riconosciuto. Le trasformazioni di Elisha, i processi che deve affrontare, estendono questo evento al di là dell'esecuzione individuale, fino all'uccisione nella sfera di gruppo. Mi ha anche impressionato come la più difficile delle uccisioni; un atto così potente e complicato che non può essere accuratamente compreso se non si tiene conto del contesto sociale. Penso che si debba guardare sia all'individuo, sia alla sua matrice individuale, che è la cultura fondamentale per cogliere la profondità di un tale atto.

Per quanto "Alba" sia la storia di molte uccisioni, l'esecuzione faccia a faccia di un ufficiale inglese in Palestina rende unica la discussione sull'uccisione. L'intera trilogia *Notte/Alba/Giorno* non tratta dell'uccidere gli altri a causa della loro malvagità o di qualche altra caratteristica del loro essere, ma per ciò che rappresentano. Le uccisioni di massa descritte nella Shoah, in particolare quella del padre amorevole di Elisha nei campi di concentramento, così come l'esecuzione del prigioniero britannico, non sono state compiute per un motivo personale o individuale. L'essere degli umani non li aiuta, poiché sono stati condannati per la loro "inimicizia", per essere percepiti come meritevoli di morte in un modo o nell'altro. Avrei potuto simpatizzare con gli argomenti utilizzati da Elisha per prepararsi all'uccisione del prigioniero, anche se ho percepito che non tutti lo hanno davvero aiutato. Elisha cerca innanzitutto di essere "sostenuto" dal gruppo composto dai suoi familiari morti e da tutte le vittime della distruzione nazista, un gruppo che non solo non dimenticherà mai, ma anche che non perdonerà mai. In questo modo, un'intera società viene da lui convocata per sostenerlo – come se cercasse di essere nominato delegato del gruppo. Elisha sembra fallire perché deve prima di tutto cambiare la sua identità, riuscendo a compiere il passaggio da vittima a aggressore. A mio avviso Elisha non viene aiutato dal sentimento di vendetta, forse perché la sua identificazione era con un gruppo di vittime troppo deboli per poter anche solo fantasticare di vendicarsi, o perché il crimine commesso contro di loro era al di là della punizione. Seguendo Elisha, si ha l'impressione che avrebbe voluto odiare di più. La sua seconda linea di sostegno sono i suoi comandanti e le nuove figure ideali, che hanno cercato invano di risvegliare il suo odio per il nemico come "undicesimo comandamento". Anche se questo nuovo gruppo in cui cerca di inserirsi, il gruppo dei "terroristi" o degli insorti, i carnefici, sembra aiutarlo nominandolo come delegato a uccidere, Elisha appare bloccato nel conflitto, poiché non è ancora in grado di superare le sue molte resistenze a trasformarsi in un assassino pieno di odio. È come se non riuscisse a collocarsi nel campo degli assassini e rimanesse nel proprio "campo" (di concentramen-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

to). Commettere un'uccisione senza odio, che per Wiesel è avere "Dio tra noi", non sembra essere un sostegno sufficiente per la preparazione di questo carnefice. Qualunque cosa sarebbe andata bene per il lavoro di Elisha, che veniva compatito come un "povero ragazzo" da donne e uomini, in quanto sopravvissuto a tali sofferenze. Mi sembra che la sua identificazione con le vittime gli renda difficile riconoscersi in coloro che hanno perso i sentimenti di colpa, vergogna e empatia, tutte emozioni che, se mancanti, rendono facile eseguire le esecuzioni.

Le uccisioni, che Elisha aveva compiuto durante le azioni di guerra a cui aveva partecipato in precedenza, sembravano aver dato l'avvio alla sua preparazione per questa esecuzione: Elisha ha iniziato la sua trasformazione da vittima a carnefice quando ha accettato di diventare un terrorista e, soprattutto, quando ha ucciso in un'imboscata. Tuttavia, questa uccisione sembrava irreale per due motivi: il far parte di un gruppo e il negare l'umanità dell'altro, soprattutto la sua sofferenza. Entrambi i processi sono comuni nelle uccisioni in battaglia. «Con ogni probabilità avevo già ucciso in precedenza, ma in circostanze completamente diverse» (p. 161). La sensazione principale di Elisha è che l'uccisione sia stata compiuta facendo parte di un gruppo e identificandosi con la Matrice *dinamica* che si sviluppa in un gruppo. La caratteristica principale di queste uccisioni era che non era solo, né prima, né durante l'attacco ai soldati britannici e neppure dopo. Tutta la sua comunità era accanto a lui, quando ha ucciso nell'agguato era influenzato da una cultura che si era sviluppata nel gruppo. Questa Matrice *dinamica*, seppure in conflitto con la sua Matrice *individuale* di vittima, lo ha influenzato più di ogni altra cosa.

> «(...) Nella prima operazione e in quelle successive non ero solo. Ho ucciso, certo, ma ero uno di un gruppo (...). Con John Dawson (il prigioniero, RF) (...) sarei stato da solo» (p. 165).

Coloro che hanno preso parte a un combattimento possono risuonare, come succede a me, con il bisogno inconscio del sostegno del gruppo, con la sensazione di essere sostenuti da una comunità che si difende e con la necessità di denegare le emozioni dell'uccisione. È più facile da tollerare psicologicamente se gli aggressori sembrano svolgere un *compito collettivo*, un'uccisione condivisa. L'atto di uccidere sembra anche essere percepito come più facile da compiere se contribuisce al sentimento di inclusione in un gruppo, che è forse il più importante investimento emotivo umano. Uccidere sembra "naturale" se l'appartenenza al gruppo è ancora più forte dopo l'uccisione e consente un'identificazione reciproca più potente tra il soldato e la sua comunità.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

L'altra ragione che Wiesel propone per rendere l'atto di uccidere più facile è il distacco dall'altro. L'uccisione diviene un affare tra "io-esso" invece che una relazione "io-tu". In guerra:

«(…) non si spara agli uomini ma alla notte, e la notte ferita emette grida di dolore quasi umane. Si spara nell'oscurità e non si sa mai se qualche nemico è stato ucciso, o quale» (p. 203).

Nell'esercito, i soldati si ritroverebbero in questa situazione; alla violenza commessa si risponde con la tendenza a negare l'altro, soprattutto la sua morte. Dopo un'imboscata, si può sospettare che anche la sorpresa dei soldati al mattino, quando contano i corpi dei nemici davanti a loro, sia un terrorizzato diniego. La sorpresa sembra essere l'evidenza dell'evitamento della consapevolezza di aver ucciso, i cadaveri la prova della loro possibile colpa, o vergogna.

Senza un volto umano e senza un incontro, il soldato britannico sembra non essere significativo all'inizio. Avvicinandosi alla sua vittima, Elisha inizia un processo affascinante e terrificante, in cui condivide come nelle sue personali e solitarie riflessioni la crescente identificazione con la sua vittima si intensifichi fino a raggiungere il culmine con l'uccisione verso la fine. All'inizio della notte, un reale incontro sembra spaventoso e viene rimandato; all'alba avviene un incontro tra Elisha, il carnefice, e la sua vittima.

Il processo intra-psichico di Elisha non sembrava sufficiente a sostenere questa esecuzione; aveva bisogno della pressione del suo contesto sociale. Senza il gruppo di terroristi al suo fianco, l'omicidio non sarebbe potuto avvenire, nonostante i milioni di morti nell'Olocausto, o grazie a questi. La delega dell'esecuzione da parte degli aggressori a Elisha, anche se aggiunta alle sue sofferenze passate e alla richiesta di vendetta delle vittime dei campi di concentramento, non sembrava sufficiente a motivare l'atto di uccidere. Mi sembra che l'impegno personale di Elisha nelle attività terroristiche non fosse sufficiente per premere il grilletto – doveva esserci un gruppo che lo spingesse davvero attraverso il processo di transizione dalla Matrice della vittima alla Matrice degli assassini. La Matrice è creata da tutte le interazioni e relazioni in una Società, dall'intera rete di comunicazioni che dà significato alle situazioni. La Matrice fondamentale di Elisha e la sua Matrice dinamica di gruppo erano ora all'apice del conflitto. Elisha non può essere aiutato nel suo ruolo di carnefice cercando da solo di mantenere John Dawson un "signor nessuno", perché nella sua mente e nella sua cultura la vittima è necessariamente qualcuno con cui identificarsi, un fratello dal passato sofferto. Nel suo passaggio alla Matrice degli assassini, il nuovo contesto sociale in Palestina sembra influenzare il comportamento di Elisha più della sua strut-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

tura psichica personale e delle sue precedenti introiezioni. L'inconscio sociale e il contesto collettivo sono forze enormi che spingono gli individui oltre la loro personalità individuale.

Nella Matrice del Soldato (Friedman, 2015), una particolare cultura di guerra che viene a crearsi ogni volta che le angosce di annientamento o di una possibile gloria influenzano significativamente una Società, l'individuo, che comunque è solo un punto nodale nella rete di comunicazione della Matrice, perde quasi completamente la sua autonomia individuale. Nella Matrice del Soldato non sembra esserci molta scelta per sottrarsi o opporsi all'influenza "massiccia" del Grande Gruppo. La gloria è attraente e la Massificazione, descritta come la tendenza all'unificazione disinteressata con il movimento sociale dominante, sembra essere contagiosa. Wiesel, che non ha bisogno di molto per spiegare l'angoscia di annientamento nella società post-olocausto, cita anche la Gloria come motivazione alla lotta:

> «Ho visto in (...) Gad (...) un principe della storia ebraica, un messaggero leggendario inviato dal destino per risvegliare la mia immaginazione, dire al popolo il cui passato era ora la loro religione: Venite, venite; il futuro vi aspetta a braccia aperte. D'ora in poi non sarete più umiliati, perseguitati e nemmeno compatiti. Non sarete più stranieri accampati in un tempo e in un luogo che non sono vostri. Venite, fratelli, venite!» (p. 156).

La matrice omicida diventa più forte di tutto ciò che è stato fatto nella società fino a quel momento. «La guerra è come la notte (...) copre tutto» (p. 194).

Uccidere può essere la cosa più naturale da fare – in determinate circostanze. Se vi sparano, rispondere al fuoco e uccidere per difendere la vostra vita o quella dei vostri figli sembra una cosa spontanea e basilare come la natura stessa. Ho visto pacifisti rispondere al fuoco per uccidere i loro aggressori e ho assistito a persone angosciate che hanno perso le loro paure quando le loro vite o quelle dei loro cari erano minacciate. In confronto a queste situazioni, quando Wiesel descrive i difficili processi di un'esecuzione premeditata faccia a faccia, il fatto che un soldato spari a un altro soldato per sopravvivere sembra "normale" e persino "umano".

L'uccisione di Elisha merita un'ulteriore riflessione. Wiesel fa di questo ufficiale inglese un padre. Non solo Elisha ha superato la tentazione di giustiziare più facilmente un nemico anonimo, ma, standoci insieme a lungo prima dell'uccisione, Dawson diventa un padre, forse il padre di Elisha stesso. In realtà, l'incontro di Elisha con Dawson è anche l'incontro con un padre davvero buono che si prende cura in primo luogo del figlio. Il lettore capisce che Elisha deve cambiare il suo rapporto con la vittima. In questo modo possiamo assistere ai processi interiori di Elisha quando passa dal

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

rapportarsi con il soldato anonimo che verrà fucilato all'alba, come vittima simbolica della politica "occhio per occhio", all'incontro con John Dawson, uomo e padre. Scopre un gentiluomo, un genitore amorevole il cui ultimo desiderio è quello di inviare un messaggio affettuoso al figlio che studia a Oxford.

Allora per Elisha, che sembra lottare nella sua mente con il fatto di percepirsi ancora una vittima, che nei campi di concentramento bramava insieme agli altri prigionieri di essere riconosciuto come essere umano, che si identifica con i bambini, le donne e gli uomini impotenti e massacrati in modo anonimo, uccidere una vittima è stato probabilmente come fare fuori una parte di sé, o forse il proprio padre. L'esecuzione, quindi, da rituale simbolico all'incontro con la morte che entra inaspettatamente da un'altra porta, trasforma Elisha in un carnefice. Elisha, che inizialmente si approccia all'esecuzione come una transizione verso una vita potente, e forse come richiamo inconscio al desiderio di dare una risposta alla sofferenza del suo popolo, diventa insensibile all'identificazione con il dolore della sua vittima indifesa. Ma quando si trova solo con la sua vittima, Elisha è immerso in una Matrice scissa tra gruppi in conflitto: le vittime (così vicine, sofferenti e innocenti) e i terroristi ebrei, un gruppo di combattenti per la libertà a cui desidera unirsi per mezzo dell'esecuzione.

L'uccisione

Un momento molto suggestivo e affascinante della storia è stato quello in cui Elisha si rende conto del significato di un'arma. Ho avuto l'impressione che gli fosse stata consegnata una pistola, una "cosa", che alla fine avrebbe trasformato Elisha da vittima in assassino. Ogni soldato in guerra possiede la sua arma – può essere un revolver, una pistola, le mani nude, la voce o la devozione disinteressata. Queste sono anche le armi della Matrice, con cui ciascuno si prepara a vincere la guerra, poiché la vittoria è tutto e la sconfitta è la fine di ogni cosa. «Abbiamo bisogno della vittoria, della vittoria in guerra, per sopravvivere, per rimanere a galla sulla superficie del tempo» (p. 195).

Improvvisamente l'importanza dell'arma diventa schiacciante per Elisha:

> «Il revolver era nero e quasi nuovo.... Avevo paura persino di toccarlo, perché in esso risiedeva tutta la differenza tra ciò che ero (una vittima, RF) e ciò che sarei diventato» (p. 202).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Nelle istituzioni militari, soldati e poliziotti, in quanto delegati del gruppo, ricevono le armi come simbolo del loro servizio alla società, ed esse diventano una parte naturale del loro corpo. Per Elisha, ricevere l'arma è una "sorpresa", un regalo ma anche un'ulteriore difficoltà a negare l'imminente uccisione e ciò rende la situazione unica.

Il gruppo chiede al boia di dimenticare la vergogna, la colpa e l'empatia: «(...) Non torturarti, Elisha, questa è la guerra» (p. 208). L'intensa e prolungata auto-tortura di Elisha sembrava essere una resistenza contro una nuova identità che suscita la colpa e può essere considerata anche come una punizione preparatoria per l'uccisione. C'è il timore che la tortura non avrà fine e che la sua nuova identità sia in crisi.

Dopo l'omicidio

Nel documentario "The Act of Killing" (2012) agli indonesiani, che circa cinquant'anni prima avevano ucciso quasi due milioni di comunisti, è stato chiesto di rievocare gli omicidi che avevano compiuto personalmente e di riferire le loro personali conseguenze. Poiché avevano vinto la loro guerra, sembrava che non ci fosse quasi alcun rimorso, ma solo orgoglio per la vittoria. Le uccisioni non sembravano avere alcuna conseguenza, né sugli assassini, né sui familiari delle vittime, né sulla società. Al contrario l'eroe di Wiesel non poteva percorrere queste strade: giustiziando John Dawson, Elisha, che era allo stesso tempo un terrorista e un "povero ragazzo", aveva appena ucciso se stesso. È interessante notare che il soldato giustiziato era preoccupato persino pochi minuti prima della sua esecuzione, più per il suo carnefice e per il suo amato figlio nel Regno Unito, che per se stesso. Il boia sperimenta la propria morte così come l'uccisione:

> «Rimasi per qualche istante accanto a lui. Avevo un dolore alla testa e sentivo il mio corpo diventare pesante. Il colpo mi aveva lasciato sordo e muto. È finita, mi sono detto. È fatta. Ho ucciso. Ho ucciso Elisha» (p. 220).

L'assassino, che in un'altra vita aveva guardato con i suoi occhi di vittima i campi pieni di familiari e amici, tutti vittime, uccisi in modo disumano da assassini, si stava ora chiedendo chi era diventato. A momenti, seguendo il doloroso processo di Elisha, l'esecuzione appariva un suicidio. Forse comportarsi come i propri assassini è troppo.

Uccidere un padre è sempre un evento angosciante e traumatizzante. Ciò mi è sembrato particolarmente vero per Elisha, che aveva perso il proprio padre nei campi di concentramento. La cosa più interessante è che Wiesel

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

non ci fa sapere se il messaggio scritto da John Dawson al figlio e confidato a Elisha gli sia stato consegnato come promesso. Fa parte del suicidio? È una vendetta per la morte del padre di Elisha? L'assassino si trova qui in un dilemma impossibile in quanto figlio di un padre ucciso. Forse questo è l'unico atto totalmente individuale della storia – era un affare privato di Elisha accettare l'ultimo desiderio del prigioniero. Consegnare il messaggio a questo figlio avrebbe forse reso la situazione ancora più difficile per Elisha, perché John Dawson era un padre in grado di "dare" qualcosa di prezioso al proprio figlio.

Riferimenti bibliografici

Buber M. (1937). *I and Thou*. Translated by Kaufmann W., New York: Charles Scribner's Sons, 1970.

Friedman R. (2015). A Soldier's Matrix: A Group Analytic View of Societies in War. *Group Analysis*, 48, 3: 239-257. DOI: 10.1177/0533316415588253

Oppenheimer J. (2012). "The Act of Killing". Documentario basato sul genocidio indonesiano del 1965. Dogwoof Pictures. Indonesia, UK.

Wiesel E. (1972, 1985, 2008). *The Night Trilogy: Night; Dawn; Day.* New York: Hill and Wang.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Connessione al volume "*Lo sciame borderline*" di Nicolò Terminio

di Fiore Bello*

[Ricevuto il 03/01/2025
Accettato il 07/01/2025]

Riassunto

Il seguente articolo nasce dalla presentazione di un libro scritto da Nicolò Terminio effettuata nella sede COIRAG di Roma il 18 ottobre 2024. Il libro, che tratta in modo approfondito e innovativo il funzionamento borderline di personalità che l'autore definisce "sciame", non solo è evocativo nel titolo, ma anche nel contenuto che si innesta armoniosamente e arricchisce la clinica lacaniana. Il paziente borderline porta con sé un'esperienza traumatica (a volte complessa) che vede le sue origini nel rapporto con la figura di riferimento, con quell'Altro che purtroppo è stato trascurante, disorganizzato o abusante. Questa esperienza di vita caratterizzata da trauma, disforia e dissociazione, che l'autore definisce "stabile instabilità" viene rovesciata dal paziente nella relazione con il curante, così come in tutte le altre relazioni. Ma è proprio nella relazione di cura che è possibile dare un senso, una trama a questa persona che non ha una struttura psichica, bensì uno sciame. L'autore pro-

* Psicoterapeuta individuale e di gruppo. Dal 1995 conduce gruppi psicoterapeutici e riabilitativi nei servizi di salute mentale pubblici. Responsabile di una Unità Operativa Semplice del Dipartimento di Salute Mentale della ASL ROMA 2. Docente in varie scuole di specializzazione in psicoterapia. Tra le molteplici pubblicazioni, ha curato, insieme a Lucia Tombolini, un numero monografico della rivista *Funzione Gamma*, dal titolo "La Funzione Gruppale nei servizi di salute mentale tra clinica e ricerca*"* (https://www.funzionegamma.it/category/edizioni/numero37/), nel 2018 il libro *Essere in gruppo*, edito dalla FrancoAngeli e nel 2020 con Emanuele Caroppo il libro *Ci salveremo insieme*, edito da Alpes. È membro associato della Group Analityc Society International, GASI (via dei Marsi, 58 – 00185 Roma); fiore.bello@asl-roma2.it

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

verà a intrecciare le parole di Terminio con la propria esperienza clinica immaginando un dialogo volto al confronto e all'integrazione del sapere clinico e delle prassi di cura.

Parole chiave: Sciame, Funzionamento borderline di personalità, Trauma, Disforia, Dissociazione, Relazione.

Abstract. *Connection to the volume "*The Borderline Swarm*" by Nicolò Terminio*

The following article is based on the presentation of a book by Nicolò Terminio at the COIRAG headquarters in Rome on 18 October 2024. The book, which deals in an in-depth and innovative way with the functioning of borderline personalities, which the author defines as "swarming", is evocative not only in its title but also in its content, which harmoniously transplants and enriches the Lacanian clinic. The borderline patient carries with him a traumatic (sometimes complex) experience that has its origins in the relationship with the key person, with the Other who has unfortunately been neglectful, disorganised or abusive. This life experience of trauma, dysphoria and dissociation, which the author calls "stable instability", is reversed by the patient in the relationship with the therapist, as in all other relationships. But it is precisely in the caring relationship that it is possible to give meaning, a plot, to this person who has no psychic structure but a swarm. The author will try to interweave Terminio's words with his own clinical experience, imagining a dialogue aimed at comparing and integrating clinical knowledge and care practices.

Keywords: Swarm, Borderline Personality functioning, Trauma, Dysphoria, Dissociation, Relationship.

Nel libro *Lo sciame borderline*, Nicolò Terminio ci offre con umiltà la sua profonda conoscenza della clinica lacaniana, della psicopatologia e del funzionamento delle istituzioni e dei gruppi che si occupano della cura di gravi disturbi di personalità. Questo testo rappresenta senza alcun dubbio un completamento della clinica lacaniana e, allo stesso tempo, una sua moderna revisione e interpretazione.

Con il suggestivo termine *sciame*, l'autore descrive il funzionamento emotivo e cognitivo del paziente borderline che è caratterizzato da instabilità, incoerenza, irritabilità, disregolazione, diffusione di identità, polarizzazione degli opposti ecc. Sostanzialmente però, nel libro troviamo un lucido approfondimento del trauma, della disforia e della dissociazione e riusciamo a capire il ruolo che questi fenomeni ricoprono nella vita delle persone con funzionamento borderline di personalità. Proverò a intrecciare le parole di Termi-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

nio con la mia esperienza clinica immaginando un dialogo volto al confronto e all'integrazione del sapere clinico e delle prassi di cura.

Inizierò dalla fine del libro laddove Terminio afferma:

«I pazienti – soprattutto quelli borderline- non vogliono le nostre risposte, ma desiderano che gli rispondiamo (…) vogliono vedere come partoriamo nel vivo della relazione le risposte che gli diamo (…). Vogliono il nostro "no", non quello del regolamento (…). Sentono che gli stiamo rispondendo se riusciamo a trasmettergli come la relazione che abbiamo instaurato con loro sia la causa della nostra risposta. Nella clinica borderline la nostra risposta deve configurarsi come effetto del nostro co-esserci» (pp. 283-284).

Quindi, la nostra parola chiave è *Relazione* anche se quella che il paziente borderline cerca e a volte impone è caratterizzata da turbolenza, emozioni contrastanti e vissuti drammatici. Secondo l'autore, il borderline non ha una struttura, non ha potuto scrivere una vera trama, è solo sciame. I suoi significanti sono vuoti, angoscianti, terrificanti e, nonostante questo, cerca un rapporto, è affamato di relazioni che tende alternativamente a idealizzare, svalutare, attaccare e distruggere. Poi magari prova a ripararle per distruggerle nuovamente al primo segnale di indisponibilità, distrazione, distacco dell'Altro che lui vive come trascuratezza, abbandono o minaccia. Rossi Monti ci ricorda che la disforia del paziente borderline: «(…) si trasforma in rabbia tutte le volte che può essere orientata verso uno specifico oggetto individuato come fonte e la causa del proprio dolore» (Rossi Monti, 2012, p. 43).

Il borderline segue le regole di un triangolo drammatico (Karpman,1968) ai cui vertici si trovano i tre possibili ruoli ricoperti dai due membri della relazione: Salvatore, Persecutore o Vittima. Il triangolo drammatico, secondo Ivaldi è:

«(…) un modo di concettualizzare un funzionamento mentale, una rappresentazione di alcune modalità di mettersi in relazione con l'altro, ma anche e soprattutto uno strumento terapeutico potente, che permette di lavorare sulla relazione terapeutica, fin dalle prime battute di una terapia, ovvero fin dall'invio» (Ivaldi, 2004, p. 111).

Correale (2006) all'interno della triade disperante del borderline inserisce il trauma, la ripetizione del trauma e l'esperienza dissociativa. Cancrini nell'*Oceano borderline* individua l'alternanza di due:

«(…) rappresentazioni del Sé: quella trionfante dell'onnipotenza e quella dolorosa e umiliante dell'impotenza. Ciò che è davvero caratteristico del funzionamento borderline, è l'oscillazione fra questi stati d'animo opposti e fra i loro correlati affettivi» (Cancrini, 2006, p. 17).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Clarkin *et al.* riconoscono nell'organizzazione borderline di personalità (Terminio preferisce il termine funzionamento) tre caratteristiche:

«(…) psicostrutturali: (a) la sindrome della diffusione di identità, (b) la dipendenza da meccanismi di difesa primitivi centrati sulla scissione e (c) il generale mantenimento dell'esame di realtà» (Clarkin *et al.*, 2000, p. 5).

Per quanto riguarda il trattamento, gli autori propongono uno specifico modello definito psicoterapia basata sul transfert (TFP) il cui concetto di base è che la patologia del paziente sia:

«(…) una ripetizione inconscia del qui-e-ora delle relazioni patogene interiorizzate provenienti dal passato. I conflitti inconsci del passato, che sono impressi nella psiche del paziente come modelli relazionali interiorizzati, sono simbolicamente ricreati ripetutamente ed esperiti come una realtà attuale» (Clarkin *et al.*, 2000, p. 15).

Da un punto di vista pratico, focalizzarsi sul transfert del paziente richiede che il terapeuta si domandi costantemente: perché il paziente mi sta dicendo questo in questo preciso momento? Come mi sta vedendo il paziente? Come mi sta trattando il paziente? Cosa mi sta facendo il paziente? Queste domande richiedono che il terapeuta si occupi dei propri controtransfert, delle proprie risposte interne al paziente e dell'impatto dell'uso di meccanismi di difesa primitivi da parte del paziente, specialmente dell'identificazione proiettiva (Clarkin *et al.*, 2000).

Ma perché il borderline (o borderless?) conosce e ripropone solo relazioni senza confini? «Ciò che noi siamo è innanzitutto ciò che noi siamo stati per l'Altro. L'origine psichica dell'essere umano è nella mente dell'Altro» (p. 251). Nella figura del terapeuta cerca la verifica delle sue prime esperienze con l'Altro, «(…) un Altro che invece di essere stato dolce e affettuoso è stato abusante o disperante e allarmante o "semplicemente" trascurante e disorganizzato» (p. 252).

Nel volto, nel corpo, nelle emozioni e nelle parole del terapeuta, il borderline cerca inconsciamente una relazione di attaccamento rassicurante (ricordiamoci che il sistema d'attaccamento viene normalmente attivato dalla situazione di separazione e di riunione) dal momento che con la propria figura di attaccamento ha condiviso un'esperienza che interferiva con tale sistema, che Main e Hesse (1992) hanno individuato nella paura. Secondo questi autori all'origine dell'attaccamento D si trova una figura di attaccamento spaventante, che diviene per il bambino allo stesso tempo fonte di conforto e di allarme, evocando contemporaneamente risposte intrinsecamente con-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

traddittorie, come avvicinamento e fuga. Ciò comporta il collasso delle strategie comportamentali e il bambino manifesta movimenti ed espressioni fuori luogo, interrotti e/o incompleti.

Al deficit metacognitivo dei genitori si aggiungono altri elementi rilevabili dall'osservazione di questi durante la Strange Situation: la mimica delle madri di bambini D suggerisce un loro assorbimento in qualche esperienza dolorosa del passato (lutto o trauma irrisolto), con conseguente estraneamento da quanto accade intorno a loro. Una sorta di trance spontanea generata dall'immersione in un doloroso mondo interiore e personale, difficilmente condivisibile da altri adulti e tanto meno dal bambino. Per spiegare l'associazione fra lutto o trauma irrisolto nel genitore e attaccamento D nel bambino, Main ed Hesse (1992) ipotizzano che il ricordo del trauma non risolto tenda ad affiorare alla coscienza in modo compulsivo, frammentario e imprevedibile. Se ciò accade mentre la FdA sta accudendo un bambino piccolo, il suo volto sarà attraversato da espressioni di paura che a loro volta produrranno spavento nel bambino. Main e Hesse definiscono questo comportamento materno come spaventato e/o spaventante. Spaventato perché è espressione dell'assorbimento della persona in memorie dolorose irrisolte; spaventante perché il bambino coglie la paura latente nella madre e reagisce spaventandosi a sua volta.

«L'inibizione della funzione riflessiva è dunque il meccanismo di difesa del borderline per prendere le distanze dall'eccesso di Reale causato da un Altro traumatico (…). Le impronte del trauma sono immagazzinate (…) sotto forma di sensazioni fisiche che vengono avvertite come minacce terrorizzanti che (…) non rimandano però a momenti del passato, ma solo al momento in cui le si sta vivendo nel presente» (pp. 252-253).

«La stabile instabilità del borderline dipende dall'assenza di un ancoraggio nella possibilità interpretativa delle intenzioni dell'Altro. Nel borderline il deficit dello schema interpretativo-relazionale produce l'instabilità e le oscillazioni che riguardano la sfera dell'identità, della regolazione emotiva e delle capacità relazionali. Questa precarietà riflessiva del borderline non va vista soltanto come una mancata maturazione di una funzione psichica, ma anche come un effetto e una risposta inconscia del soggetto al trauma dell'Altro» (p. 254).

Nel paziente borderline, a causa del deficit metacognitivo e di Teoria della Mente:

«(…) i pensieri e le parole non sono esperiti come mezzi per codificare e veicolare significati, ma come realizzazioni concrete di seduzione, aggressione, o manipolazione. Per questo, gli stessi propri pensieri possono da soli attivare potenti emozioni di paura, o di disgusto, o di collera, o di orgogliosa esaltazione» (Liotti, 2001, p. 139).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Quindi:

«l'Altro del borderline non solo può essere senza trama (deficit metacognitivo), ma con il suo funzionamento può addirittura costituire la principale fonte di perturbazione del soggetto. (…) In questi casi non solo l'Altro non dà al soggetto una bussola per decodificare e regolare la propria condizione emotiva, ma sarà addirittura la confusione dell'Altro a perturbare la base emotiva del soggetto» (p. 104).

La cura

«La cura permette di passare dallo sciame alla struttura. È la cura che produce la strutturazione della caoticità» (p. 13).

«La struttura è un assemblaggio di elementi che segue un filo logico, lo sciame invece mostra un movimento di elementi che non sembrano avere una bussola, e non sembrano avere una bussola perché la stanno ancora cercando» (p. 9).

Nella clinica del vuoto (borderline), a differenza della clinica della mancanza (nevrosi), l'interpretazione del sintomo non produce effetti perché:

«(…) il sintomo non è un messaggio che veicola un desiderio inconscio rimosso, ma si configura semmai come una forma di godimento sregolato che per potersi stabilizzare, prima ancora di una interpretazione, richiede l'instaurazione di una relazione intersoggettiva. (…) Di fronte a sintomi che mostrano una notevole refrattarietà al Simbolico, ciò che fa veramente la differenza, soprattutto nelle fasi iniziali, è la relazione terapeutica, che deve essere costruita all'insegna della fiducia» (pp. 124-125).

Alla fiducia aggiungerei pazienza, contenimento emotivo, empatia e attesa perché il borderline può ripresentarsi anche solo per ricominciare il suo ciclo con un Altro che però non si è spaventato e non spaventa. E se l'Altro, in questo caso il terapeuta, riesce a transitare:

«(…) attraverso le lacerazioni di una vita è possibile ridare senso alle parole del borderline. Uno dei compiti più preziosi del trattamento della clinica del borderline consiste nell'attivare una trama possibile entro cui circoscrivere l'eccedenza dell'area traumatica. Si tratta di un passaggio terapeutico molto delicato perché presuppone la costruzione di un'alleanza tra paziente e terapeuta» (p. 256).

I fattori che incidono sulla costruzione di un'alleanza terapeutica riguardano sia il paziente sia il terapeuta. Per quanto riguarda quest'ultimo, troviamo:

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

«La capacità di esplorare temi interpersonali, un elevato livello di metacognizione, la tendenza a favorire l'espressione di emozioni e sentimenti in un'atmosfera di sostegno e di attivo incoraggiamento, la capacità di assumere un ruolo collaborativo nel dialogo col paziente al fine di perseguire insieme obiettivi specifici, la genuinità dell'interesse per l'esperienza del paziente, l'accuratezza ma anche una certa parsimonia delle interpretazioni. (…). Viceversa, ostacolano la costruzione e il mantenimento dell'alleanza l'autoreferenzialità del terapeuta, la tendenza a distrarsi quando il paziente parla, lo scarso coinvolgimento emotivo nello scambio clinico, la sfiducia nelle proprie capacità di aiutare il paziente, la tendenza a criticarlo o colpevolizzarlo, l'uso improprio dell'autosvelamento o del silenzio e l'uso eccessivo di interpretazioni di transfert» (Monticelli, 2014, p. 58).

Nel trattamento del paziente borderline, occorre prendersi cura non solo dei contenuti, ma innanzitutto del contenitore, infatti:

«(…) dobbiamo partire dai problemi generati dall'umore disforico e dalla dissociazione (…) che costituiscono il contenitore entro cui avviene tale esplorazione e allora bisogna intervenire per fare in modo che i contenuti non vengano dispersi o amplificati dalla logica dello sciame. (…) Per ripristinare il funzionamento del Simbolico e per regolare lo sciame emotivo, l'obiettivo prioritario è quello di far ritornare il paziente sugli episodi problematici o sugli eventi traumatici riconnettendo gli anelli di una catena» (p. 265).

A tale proposito, il modello elaborato da Marsha Linehan (2001) che si basa sull'idea di un *sistema di regolazione dell'esperienza emotiva*, propone un'accurata *analisi della catena comportamentale*. Liotti e Farina insistendo sul condurre il discorso del paziente verso le *narrazioni autobiografiche episodiche* ritengono che:

«(…) gli stati dell'io non integrati sono caratterizzati da atteggiamenti e rappresentazioni di sé divergenti, che non riescono praticamente mai ad avere accesso simultaneo alla coscienza dove le operazioni metacognitive potrebbero permettere la costruzione di strutture di significato capaci di creare una forma di coesione se non di coerenza fra loro» (Liotti e Farina, 2011, pp. 54-55).

La memoria episodica o memoria dei fatti concerne informazioni collocate nel tempo e nello spazio e riguarda la narrazione di eventi che hanno un inizio e una fine precisi (cosa, dove, quando). Nella memoria semantica o memoria delle parole si immagazzinano la conoscenza generale, i significati e i simboli e dalle relazioni che si creano tra di loro; i suoi significati generali non sono immediatamente collegati al ricordo di episodi specifici. Insieme, la memoria semantica e quella episodica costituiscono la conoscenza esplicita, caratterizzata da tutto ciò che è immediatamente conoscibile per l'indi-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

viduo. Anche nel gruppo, il paziente borderline può portare parti aggressive e disforiche e presentare sintomi di compartimentazione (distacco, amnesie lacunari) e somatoformi (sintomi da conversione, sintomi da dolore psicogeno, somatizzazioni) soprattutto quando percepisce la delusione delle sue aspettative perché è sempre alla ricerca di «(…) altri che debbano riflettere il suo vissuto più intimo e offrigli un rispecchiamento emotivo» (p. 271). Secondo Liotti e Farina:

«(…) a volte i sintomi somatoformi segnalano la transizione da uno stato dell'io all'altro oppure la compresenza simultanea, alle soglie della coscienza, dei due stati non integrati» (Liotti e Farina, 2011, p. 54).

È molto forte la propensione del borderline nel gruppo a privilegiare relazioni di coppia (con il terapeuta o con un altro membro) mostrando anche qui atteggiamenti che oscillano rapidamente tra i poli dell'idealizzazione e della svalutazione. Il terapeuta deve porre molta attenzione a non immaginare che debba colmare:

«(…) la mancanza dell'Altro e abdicare al suo vero compito facendolo dipendere dalla gratificazione di sentirsi speciale per il paziente. (…). Per non fallire, è necessario recuperare la parte di noi che ama il nostro lavoro e non la parte di noi che domanda di esser amata attraverso questo lavoro. (…) Dobbiamo accettare noi per primi la mancanza per poter consentire al paziente di fare della sua mancanza qualcosa di nuovo. È in questo passaggio verso l'accettazione della mancanza che la nostra predisposizione fantasmatica, che noi operatori possiamo facilmente far scattare di fronte all'urgenza e alla turbolenza del paziente, può trasformarsi in un modo empatico di capirlo e aiutarlo» (p. 276).

Il paziente borderline fiuta il clima emotivo del gruppo già dalla sala d'attesa e appena entra in stanza di terapia, cerca e coglie le emozioni nel viso degli altri e soprattutto in quello del terapeuta (Searls nel suo libro sul paziente borderline del 1988 dedicava un intero capitolo al ruolo delle espressioni del volto dell'analista). Mi viene in mente un paziente che iniziò la sua prima seduta di psicoterapia di gruppo indossando una mascherina (molto prima del Covid-19) e per molte sedute quando entrava nella stanza affermava: "Oggi il dottore ha un viso stanco, oggi il dottore è arrabbiato, oggi il dottore è annoiato, sarà stanco di noi? Vediamo come sta oggi il nostro dottore, cerchiamo di non farlo arrabbiare troppo. È abbronzato, è pallido, è sciupato …". Così facendo, non solo imponeva il tema al gruppo, ma metteva alla prova anche la mia capacità di tenuta emotiva. Non ho mai risposto in modo simmetrico, anche quando ero stanco e irritato, anzi ho sempre assecondato e talvolta ho persino spiegato con

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

estrema tranquillità come mi sentivo in quel momento. Penso che anche questa modalità possa essere trasformativa perché:

«(…) il borderline non si accontenta di conoscere l'operatore nella sua professionalità, ha bisogno di capire la sua affidabilità in quanto persona. Solo se il borderline comprende l'umanità dell'operatore potrà riporre fiducia nel suo operato professionale» (p. 278).

Il borderline è anche molto sensibile al contesto e al setting, infatti, coglie e reagisce al volo a qualsiasi cambiamento, figuriamoci se svolgiamo la seduta in una stanza diversa dalla solita!

Una volta, eravamo all'ultima seduta prima delle vacanze natalizie, fui costretto a cambiare stanza perché gli operai non avevano terminato di imbiancare quella solita. Tutto il gruppo ne risentì e Giovanni ne approfittò per inveire contro le istituzioni che, a suo dire, non erano capaci di prendersi cura dei loro pazienti. Con difficoltà riuscimmo a capire che l'eccessiva rabbia di Giovanni scaturiva dal fatto che l'indomani avrebbe dovuto restituire la stanza al fratello gemello che tornava dagli Stati Uniti. Nonostante il dettagliato lavoro terapeutico su questo episodio avesse stemperato gli umori, a seduta ormai chiusa Giovanni comunicò che avrebbe abbandonato la terapia; pochi giorni dopo però scrisse una mail di scuse al gruppo confessando che la sua era stata una "rabbia per procura". In famiglia si sentiva sempre in secondo piano rispetto al fratello e l'episodio della stanza era una conferma.

«Il borderline dovrà infatti riabilitare la sua funzione riflessiva per restituire una trama di senso al Reale pulsionale che ha caratterizzato il suo sviluppo traumatico: deve transitare dallo sciame alla struttura, dal trauma alla trama. L'operatore che incontra il borderline deve essere disposto a fare il percorso inverso transitando dalla trama fantasmatica al trauma del Reale, dalla struttura dell'inconscio rimosso allo sciame emotivo, dal linguaggio alla *lalangue*» (p. 280).

Il gruppo di lavoro

Nella loro dimensione di distacco, vuoto e assenza di desiderio, generalmente i pazienti psicotici fanno sentire l'operatore più capace e sicuro, mentre quelli borderline alterano e ribaltano continuamente queste certezze arrivando a metterlo spesso con le spalle al muro (impotenza). Se vien meno la capacità di dare e costruire un senso al turbinio emotivo destabilizzante che il paziente borderline porta nella relazione di cura, nei contesti e nel rapporto con gli altri utenti di un servizio, rischiamo il suo *drop out*. E ciò conferma non solo le

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

convinzioni patogene (Weiss e Sampson,1999) dei pazienti borderline ma anche il loro sentirsi fuori posto e non compresi, accolti e sostenuti dall'Altro. Per tentare di domare e non essere destabilizzati da questo turbinio emotivo, a volte si può commettere l'errore di sopravvalutare il potere (sanzionatorio e normativo) della cura farmacologica. Anch'io sono caduto in questa trappola, in un estenuante gioco di potere con un giovane paziente borderline che ho costretto, in accordo con l'équipe inviante e quella del Centro Diurno, a sottoporsi a terapia iniettiva antipsicotica. Impulsività e disregolazione emotiva non risultarono affatto modificate dalla terapia farmacologica, anzi il paziente si lamentava di esser rallentato ed era più irritabile del solito perché le sue prestazioni sessuali risultavano insoddisfacenti. Ho capito che dovevo tentare un'altra strada e per questo motivo ho "patteggiato" con la mia équipe un periodo di sei mesi senza obbligare il paziente a eseguire la terapia farmacologica. Qualcuno degli operatori restava scettico e il paziente, seppur sollevato, si mostrò molto sorpreso e titubante tanto da affermare: "E come facciamo senza i farmaci? È sicuro che posso scegliere se e quando prenderli e voi non me li imporrete più?". Da quel momento si sviluppò una nuova possibilità relazionale che mi vedeva come interlocutore principale e come oggetto continuo di richieste, attenzione e proteste. Al ritorno da una settimana di ferie, trovai un disegno osceno sulla porta della mia stanza che provocò una divisione dell'équipe: alcuni operatori erano divertiti mentre altri chiedevano con fermezza l'espulsione del paziente oppure il ripristino delle precedenti condizioni di cura. Può accadere che:

«A volte il funzionamento gruppale di un'équipe metta in scena lo stesso funzionamento del borderline. Diventa allora fondamentale la rielaborazione che un'équipe può compiere dei vissuti turbolenti che vengono suscitati dall'incontro con i pazienti borderline» (p. 259).

Quel gesto che sembrava una provocazione in realtà si inseriva in una protesta di attaccamento (Liotti, 2001) e parlandone con il paziente, ne ebbi conferma: "Mi deve scusare, ma sentivo la sua mancanza ed ero arrabbiato perché temevo che non tornasse".

Riferimenti bibliografici

Cancrini L. (2006). *L'oceano borderline*. Milano: Raffaello Cortina.
Clarkin J.F., Yeomans F.E. e Kenberg O.F. (2000). *Psicoterapia delle personalità borderline*. Milano: Raffaello Cortina.
Correale A. (2006). *Area traumatica e campo istituzionale*. Roma: Borla.

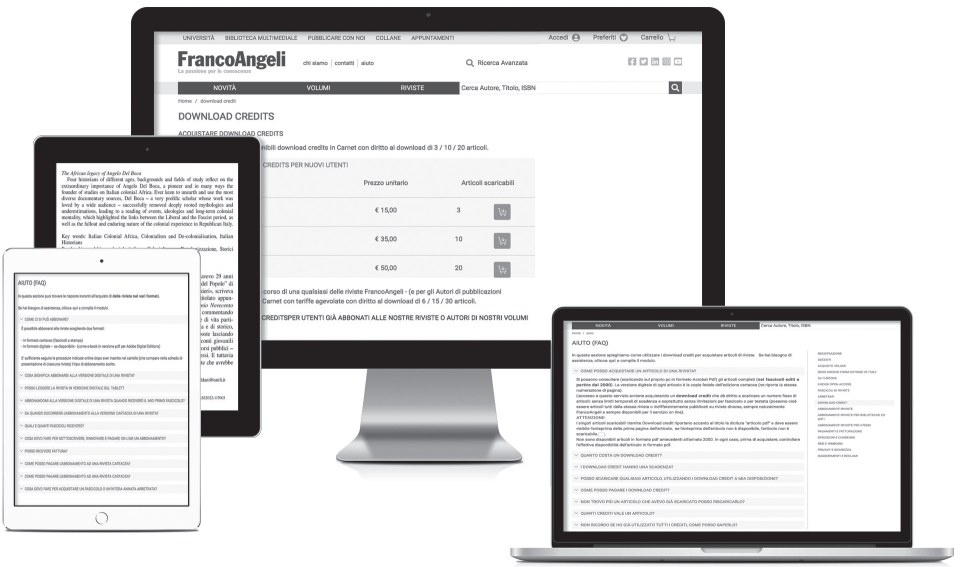
Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Ivaldi A. (2004). Il triangolo drammatico: da strumento descrittivo a strumento terapeutico. *Cognitivismo clinico*, 1, 2: 108-123.
Karpman S.B. (1968). Fairy Tales and Script Drama Analysis. *Transactional Analysis Bullettin* 7: 39-43.
Linehan M. (2001). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Raffaello Cortina.
Liotti G. (2001). *Le opere della coscienza*. Milano: Raffaello Cortina.
Liotti G. e Farina B. (2001). *Sviluppi traumatici*. Milano: Raffaello Cortina.
Main M. e Hesse E. (1992). Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali alterati nei genitori. In: Ammaniti M. e Stern D., a cura di, *Attaccamento e psicoanalisi*. Roma: Laterza, 2003.
Monticelli F. (2014). Relazione terapeutica e alleanza terapeutica. In: Liotti G. e Monticelli F., *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
Rossi Monti M. (2012). Borderline: il dramma della disforia. In: Rossi Monti M., a cura di, *Psicopatologia del presente. Crisi della nosografia e nuove forme della clinica*. Milano: Franco Angeli.
Searles H.S. (1988). *Il paziente borderline*. Torino: Bollati Boringhieri.
Weiss J. e Sampson H. (1999). *Convinzioni patogene. La scuola psicoanalitica di San Francisco*. Urbino: Quattroventi.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

FrancoAngeli/Riviste

tutte le modalità
per sceglierci in digitale



Più di 80 riviste consultabili in formato digitale su **pc** e **tablet**:

1. in *abbonamento annuale* (come ebook)
2. come *fascicolo singolo*
3. come singoli *articoli* (acquistando un *download credit)*

Più tempestività, più comodità.

Per saperne di più: **www.francoangeli.it**

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Recensioni

CRAMER F.
GENI, EVOLUZIONE E DESTINO. L'IRRIPETIBILE STORIA DELLA VITA SULLA TERRA E L'INCERTO FUTURO DELL'UOMO
MELTEMI – MILANO – 2021 – PAGG. 480 – € 26,00

Perché i lettori della rivista *Gruppi* dovrebbero avere interesse a leggere un testo scritto da un biologo?

In ipotesi, i lettori di questa Rivista sono in gran parte professionisti della psicoterapia psicodinamica e gruppale e quelli che non lo sono è plausibile siano comunque interessati alla materia. Magari si occupano di ambiti connessi con la psicodinamica, connessi con i gruppi: la sociologia, ad esempio, l'antropologia, la filosofia… L'ambito delle Scienze Umane è vasto e si direbbe in espansione.

Ma la biologia? Perché? Quali le possibili connessioni con le Scienze Umane e con la psicodinamica gruppale?

Per provare a rispondere penso sia utile ricordare che la psicoanalisi nasce – per così dire e semplificando molto – da interessi neurofisiologici. Le isteriche sono "malate di nervi", difficilmente curabili.

Alla Salpetrière, a metà dell'Ottocento, Charcot (e poi il giovane apprendista Sigmund Freud) ne studia i funzionamenti con metodologia medica: osservazione, diagnosi, prognosi, terapia.

Da questo punto di vista, la psicodinamica nasce nella biologia: all'esordio psicoanalitico corpo e mente si trovano sul medesimo lato della medaglia.

Gruppi/Groups (ISSN 1826-2589, ISSNe 1972-4837), 2/2022
DOI: 10.3280/gruoa2-2022oa19805

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Saltiamo la vicenda articolata degli sviluppi psicoanalitici e veniamo a oggi: studio neurofisiologico, studio e pratica clinica psicodinamica convergono in una circolarità esplicativa e di ricerca fino a qualche anno fa difficilmente immaginabile.

Diventa forse allora necessario conoscere e tenere presenti almeno un po' anche gli aspetti biologici dell'umano e, in questo senso, *Geni, evoluzione e destino* è un libro prezioso perché è onestamente divulgativo, è una costruzione garbata di possibili interdisciplinarietà, di possibili dialoghi tra le basi biologiche del vivente Sapiens e dei significati che ha generato e genera.

Da anni, il paradigma di complessità ci sfida a costruire interdisciplinarietà. Penso sia difficile farlo, il rischio forte è di produrre eclettismi, sincretismi, approssimazioni, grandi sintesi suggestive ma non abbastanza ancorate con la storicizzazione di ciò che considerano.

Riguardo ai temi che affronta (geni, evoluzione, destino) il libro di Federico Cramer corre sicuramente questo rischio: inizia dalla comparsa della vita sul pianeta Terra e ci conduce a interrogarci sugli scenari planetari attuali e futuri. Incrocia molti saperi disciplinari: dalle scienze della natura e della materia (la biologia, la chimica, la fisica), alla storia, alle scienze umane (antropologia, sociologia, psicologia) e lo fa rispettando uno dei cardini della complessità, vale a dire attraverso una costante, coerente e complessa ipotesi di ricostruzione di fatti, un'accurata e non pedante citazione delle fonti, che si traducono in proposte di riflessione documentate.

Questa la cornice metodologica di *Geni, evoluzione e destino*.

Riguardo alla ricchezza dei contenuti, evidenzierei il fil rouge del rapporto tra natura e cultura che ritroviamo in ognuna delle cinque parti del volume. Sappiamo che su questo tema gigantesco si innestano le discipline nelle quali il nostro sapere, la nostra visione del mondo, si articola.

Si innestano l'etica, la politica, le deontologie e in esse i modi di intendere e praticare la cura, dal biologico al mentale, senza soluzione di continuità.

È peculiare del lavoro di Federico Cramer l'attenzione fondativa al tema. Potremmo dire che il suo libro parte dalla conoscenza della natura (la Parte prima) e gradualmente ci accompagna alla vastità vertiginosa dei processi di significazione, ce ne illustra progressivamente le caratteristiche specie specifiche e le ancora ai grandi passaggi che ritmano la nostra storia.

La straordinaria encefalizzazione umana, ovvero la capacità/coazione – come sappiamo dipende da dove la si guarda – di astrazione e di elaborazione simbolica assegna all'essere umano la responsabilità, che, dall'individuale al gruppale, diventa responsabilità di specie. La simbolopoiesi umana – ci ricorda Cramer con grande chiarezza – non è stata una scelta filogenetica, si è evolutivamente data in quell'andare verso destra perché a sinistra

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

c'è un muro, come scriveva Gould (1996). Ciò che il libro di Cramer evidenzia molto bene, secondo me, è come lo stato attuale delle nostre conoscenze ci consenta di avere una visione della storia di specie, vale a dire dell'evoluzione del nostro abitare il pianeta Terra, sia sul versante del nostro rapporto con l'ambiente naturale sia sul versante delle nostre rappresentazioni culturali.

Ed è attraverso questa narrazione bio-storico-antropologica che l'autore illustra la complessità del rapporto natura/cultura e ci accompagna a ragionare sulla responsabilità di specie, vale a dire sulla responsabilità tutta umana del valutare le conseguenze della propria cultura e delle tecniche che produce.

Scrive Cramer:

> «Oggi l'evoluzione scientifica ha chiuso il cerchio, si è ricongiunta con quella biologica e ne ha preso il controllo. Contemporaneamente ha sviluppato agenti artificiali dotati di IA[1] con i quali l'uomo ha iniziato a interagire nell'infosfera a cui affida la gestione di funzioni sempre più importanti della società e della sua vita. È questa la potente auto da corsa che noi, piloti principianti e inesperti, stiamo guidando senza saperla controllare» (p. 431).

In psicopatologia, al netto di ogni riduzionismo, sta succedendo che una certa parte delle neuroscienze ci sta spiegando come la composizione tripartita del nostro cervello faccia sì che l'enorme massa neocorticale della quale siamo dotati unici tra i viventi (l'encefalizzazione, appunto), la parte più complessa e sofisticata dell'organo cerebrale, di per sé non pensa, il pensiero non è affatto una funzionalità biologica è bensì il risultato complesso di fattori culturali di condizionamento.

Questo libro spiega molto bene come la cultura dell'infosfera sia globalmente una cultura dell'istante, dell'espressione emotiva e impulsiva. In altri termini, una cultura del troncoencefalo e del sistema limbico, quelli sì funzionali alla sopravvivenza biologica semplice. È una cultura ipersemplificata, una riduzione cognitiva sempre meno sintonizzabile con la complessità dell'auto da corsa che, ancora una volta, il Faber ha prodotto, con la consulenza di un Sapiens che si direbbe più attratto dall'entusiasmo tecnico immediato che non dalla valutazione ponderata delle conseguenze della sua messa in campo.

La quinta e ultima parte del libro si avvia a concludersi sui modi per affrontare tre domande fondamentali sulle quali penso anch'io sia necessario interrogarsi, domande che sono sintesi chiara di tutto il lavoro:

[1] Intelligenza Artificiale.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

1. Come possiamo riconciliare la nostra esistenza, divenuta ingombrante e distruttiva in seguito al nostro sviluppo tecnologico e demografico, con la natura dell'unico pianeta conosciuto in cui è possibile la nostra vita?
2. Quale trasformazione produrrà sull'umano l'attuale rivoluzione tecnologica?
3. A chi spetta la responsabilità delle scelte fondamentali per disegnare la futura società che emergerà dall'attuale profonda trasformazione in atto?

E con ciò, vorrei aver risposto alla domanda iniziale: "Perché leggere un libro scritto da un biologo?" suscitando verso *Geni, evoluzione e destino* almeno qualche curiosità…

Saura Fornero[*]

Riferimenti bibliografici

Gould S. J. (1996). *Full House: The Spread of Excellence from Plato to Darwin*. New York: Harmony Books.

[*] Psicologa, psicoterapeuta gruppoanalista, Practitioner EMDR e Flash Technique, Neurotrainer Neurofeedeback Dinamico Non Lineare, formata in Mindfulness Clinica, già docente Scuola COIRAG sedi di Torino, Milano e Workshop Nazionale, past president Apragi, socia fondatrice Associazione e Centro Clinico di Psicologia e Psicoterapia Nexus, socia fondatrice Associazione RiD-Rimediare in Dialogo, docente corsi ECM, relatrice a convegni sul tema delle connessioni tra psicoanalisi e neuroscienze e autrice di articoli sul tema dell'interdisciplinarietà. Libero professionista, conduce psicoterapia individuali, di gruppo, supervisioni cliniche e istituzionali, formazione (piazza Garibaldi, 15 – 10064 Pinerolo (TO)); saura.fornero@gmail.com

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

LA COIRAG

La COIRAG nasce nel 1982 come Confederazione delle Organizzazioni Italiane per la Ricerca Analitica sui Gruppi, con lo scopo di contribuire alla ricerca, alla formazione e alla promozione della pratica clinica e istituzionale nell'ambito delle psicoterapie a orientamento psicoanalitico, in particolare della Gruppoanalisi, dello Psicodramma Psicoanalitico, della Psicosocioanalisi

È formata da nove Associazioni Federate: APG – ACANTO – APRAGI – APRAGIP – ARIELE PS – ASVEGRA – IL CERCHIO – LdG – SIPsA

Le AF sono entità autonome, con specifici interessi e una comune matrice scientifico/culturale. Dal 2022 è diventata COIRAG ETS

CONSIGLIO DIRETTIVO COIRAG ETS

Presidente: Silvana Koen
Vicepresidente: Nadia Fina
Segretario: Cristiana Novero
Tesoriere: Silvia Canteri
Preside Scuola di Psicoterapia: Nadia Fina
Responsabile Commissione Scientifica: Antonino Aprea
Direttrice RIVISTA "Gruppi": Carmen Tagliaferri
Responsabile Centro Territoriale: Angela Majorana
Responsabile Commissione Comunicazione: Filiberto Petracca
Responsabile Rapporti Istituzionali: Nicoletta Livelli

Dal 2022 e stato istituito il Registro degli *Specializzandi*, cui accedono gli iscritti alla Scuola COIRAG; degli *Specializzati*, cui possono accedere i diplomati alla Scuola COIRAG; degli *Specialisti*, cui possono accedere i soci di Associazioni Federate.
Gli iscritti al Registro possono partecipare a tutte le iniziative dell'Associazione, sia come fruitori che proponenti attivi, partecipando a progetti all'interno di gruppi di lavoro, di ricerca e di iniziative cliniche.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

FrancoAngeli

a strong international commitment

Our rich catalogue of publications includes hundreds of English-language monographs, as well as many journals that are published, partially or in whole, in English.

The **FrancoAngeli**, **FrancoAngeli Journals** and **FrancoAngeli Series** websites now offer a completely dual language interface, in Italian and English.

Since 2006, we have been making our content available in digital format, as one of the first partners and contributors to the **Torrossa** platform for the distribution of digital content to Italian and foreign academic institutions. **Torrossa** is a pan-European platform which currently provides access to nearly 400,000 e-books and more than 1,000 e-journals in many languages from academic publishers in Italy and Spain, and, more recently, French, German, Swiss, Belgian, Dutch, and English publishers. It regularly serves more than 3,000 libraries worldwide.

Ensuring international visibility and discoverability for our authors is of crucial importance to us.

FrancoAngeli

torrossa
Online Digital Library

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

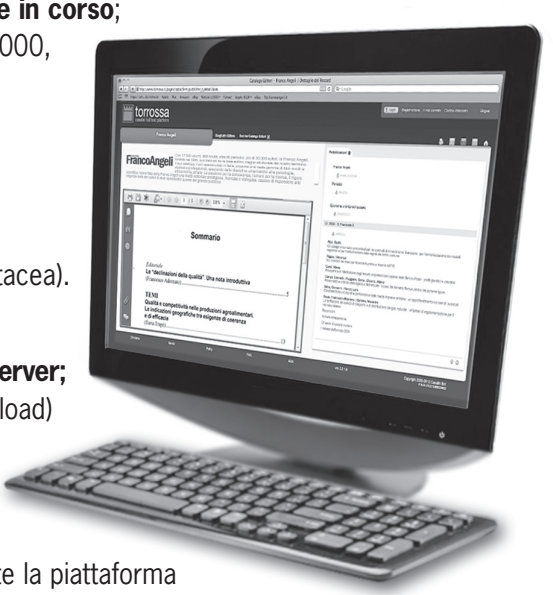
FrancoAngeli

Riviste
SERVIZI ONLINE PER ATENEI

Dal 2013 oltre 80 riviste FrancoAngeli sottoscrivibili per gli Atenei in versione online ***con diritto d'accesso perpetuo al corrente e a tutti gli arretrati disponibili.***

Tramite un'unica licenza è possibile accedere:

- alle versioni in formato digitale delle **annate in corso**;
- a tutte le annate arretrate (a partire dal 2000, se disponibili) in formato digitale;
- con **diritto d'accesso perpetuo**.



Le modalità di accesso consentono:

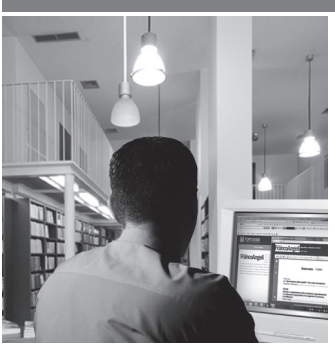
- la ricerca (per autore, per titolo, full-text);
- la visualizzazione del documento (corrispondente a quello dell'edizione cartacea).

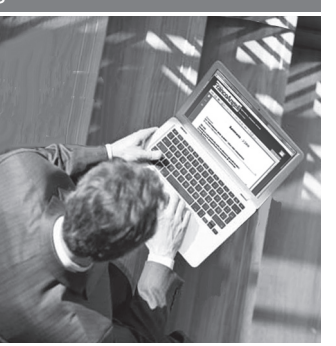
Come **facoltà opzionali** sono previsti:

- diritti di accesso da remoto tramite **proxy server;**
- diritti di effettuare **copia e incolla** (download) ad uso personale.

La fruizione di tutti i contenuti avviene tramite la piattaforma
Torrossa - Casalini Full Text Platform

Per informazioni: riviste@francoangeli.it





Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Gruppi

NELLA CLINICA, NELLE ISTITUZIONI, NELLA SOCIETÀ

Groups

IN CLINICAL PRACTICE, IN INSTITUTIONS, WITHIN SOCIETY

Una rivista che guarda all'intervento clinico, ma anche alla formazione, per psicologi, psicoterapeuti e operatori sociali, a partire dal gruppo come spazio psichico e dalle sue declinazioni cliniche, organizzative e istituzionali

NEL PROSSIMO NUMERO: A partire dalla COIRAG. Gruppi in contesti particolari

FrancoAngeli
La passione per le conoscenze

FrancoAngeli s.r.l., V.le Monza, 106 - 20127 Milano
Poste Italiane Spa – Sped. in Abb. Post. D.L. 353/2003 (conv. In L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano

2 semestre 2022

Edizione fuori commercio
(R40.2022.2)

ISSNe 1972-4837