

Plexus

*Semestrale Scientifico on-line a cura del
Laboratorio di Gruppoanalisi*

Vol. 1 N. 1-2 - Novembre 2008

NUMERO MONOGRAFICO:

VARIAZIONI DEI SETTING GRUPPALI

Editoriale

Giuseppe Ruvolo 4

SEZIONE MONOGRAFICA

Prospettive del dispositivo clinico del gruppo allargato

Gabriele Profita, Giuseppe Ruvolo 11

Un gruppo a domicilio

Dina Pero, Annalisa Viali, Luigi D'Elia 25

ESPERIENZE CLINICHE NEL SOCIALE

Il gruppo mediano psicodinamico per l'inclusione socio-lavorativa dei pazienti con grave patologia mentale

Raffaele Barone, Simone Bruschetta 39

Fondare e rifondare il gruppo in Comunità Terapeutica

Stefano Alba, Luigi D'Elia 57

CLINICA E ISTITUZIONI

Verso una psicoterapia di comunità per il nuovo disagio mentale

Raffaele Barone, Simone Bruschetta 73

Nascita della clinica istituzionale

Giacomo Di Marco 92

ETNOPSICOLOGIA-ETNOPSICHIATRIA

L'autismo visto altrove. Il bambino: antenato dei propri genitori

Gabriele Profita, Pietra Daniela Di Paola 111

Concetto di legame concetto di dipendenza

Paolo Cianconi, Sabrina Di Mauro 124

ALTRI CONTRIBUTI

Dal mito al soggetto: il processo dinamico e di integrazione culturale nei gruppi di psicodramma in età evolutiva

Angela Sordano..... 140

RASSEGNA E RECENSIONI

Kaës, R. (2007). *Un singulier pluriel: La psychanalyse à l'épreuve du group*. Paris: Dunod.

Recensione a cura di Valentina Lo Mauro e Giorgio Falgares 154

Fava, F. (2007). *Banlieue de Palerme: Une version sicilienne de l'exclusion urbaine*. Paris: L'Harmattan.

Recensione a cura di Valentina Lo Mauro e Giorgio Falgares 158

Ferraro, A. M., & Lo Verso, G. (2007). *Disidentità e dintorni: Reti smagliate e destino della soggettualità*. Milano: Franco Angeli.

Recensione a cura di Emanuela Coppola 160

Profita, G., Ruvolo, G., & Lo Mauro, V. (2007). *Transiti psichici e culturali: Una prospettiva culturalista sulle dinamiche psicologiche dei gruppi mediani e allargati*. Milano: Libreria Cortina.

Recensione a cura di Giovanna Amato 162

Campione, G., & Nettuno, A. (Eds.) (2007). *Il gruppo nelle dipendenze patologiche*. Milano: Franco Angeli.

Recensione a cura di Francesca Campostrini..... 165

**NUMERO MONOGRAFICO:
VARIAZIONI DEI SETTING GRUPPALI**

Editoriale

Giuseppe Ruvolo

PLEXUS è un termine ripreso da S. H. Foulkes, utilizzato per indicare la complessità vitale, intersoggettiva, di un gruppo umano che ha un effettivo radicamento nella vita sociale, indipendentemente dai suoi scopi, dalla sua dimensione e dalla sua struttura. Mi piace aprire la prima uscita della nostra rivista affermando che essa contiene tutti i vantaggi di nascere all'interno di un *PLEXUS* scientifico e professionale quale quello del Laboratorio di Gruppoanalisi (*LdG*) e si propone di tesaurizzare le risorse interne di esso, raccogliendone il lavoro scientifico e professionale non soltanto per comunicarlo e proporlo al confronto con le altre comunità di esperti del settore, ma considerato lo strumento mediatico che la veicola, per rivolgersi ad un pubblico molto più ampio, costituito da quegli stessi soggetti ai quali il lavoro e la ricerca sviluppata dai colleghi del *LdG* prende origine ed ai quali è destinato: pazienti, famiglie, servizi sociali e sanitari di ogni tipo, referenti di organizzazioni e istituzioni sociali, semplici cittadini più curiosi di conoscere cosa fanno e cosa propongono gli esperti di gruppi umani ecc.. Allo stesso tempo formulo l'auspicio che la rivista non rimanga semplice espressione della comunità di specialisti che la sviluppa, che non abbiamo alcun timore di andare quanto più possibile oltre i limiti di un'impresa editoriale che - sia pure di buon livello - resti ancorata a un dialogo interno, tra coloro i quali pensano in maniera simile, fanno un lavoro di nicchia, o, peggio ancora, perdano di vista il rapporto col mondo esterno (scientifico, istituzionale, sociale, politico ecc.) e rimangano arroccati a quadri concettuali ed operativi che assumano le sembianze di ideologie da rinforzare tramite compiacenti conferme autoreferenziali tra membri della stessa associazione.

Tra i vantaggi del *PLEXUS* associativo va citato innanzitutto l'entusiasmo dei più giovani, senza il quale questa impresa non sarebbe nata. Vero è che da diversi anni, considerata quanto meno la quantità di contributi prodotti da molti professionisti e ricercatori del *LdG*, è stato auspicato di progettare una rivista specialistica che sapesse comunicare gli sviluppi sempre più ampi e versatili del lavoro e della ricerca attraverso i gruppi. Tuttavia, solo quando Antonella Tartaglione e Giusy Tozzini (due specializzande del training di gruppoanalisi della sede romana della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia della C.O.I.R.A.G.) hanno espresso con la loro carica di fattivo entusiasmo la proposta concreta, solo allora la rivista è nata, nascita immediatamente protetta e raccolta da Corrado Pontalti e Luigi D'Elia che l'hanno fatta rimbalzare immediatamente nelle altre sedi del *LdG*, dal Piemonte alla Sicilia, coinvolgendo tutti coloro che avevano già in animo questa impresa ed altri che via via si sono generosamente resi disponibili.

Eccoci, dunque, alla prima uscita.

Quale altro tema avremmo potuto affrontare più immediatamente se non quello delle **“Variazioni dei setting gruppali”**? La ricerca sulla teoria della pratica e sulla praticità del lavoro psicologico tramite dispositivi di gruppo in ogni contesto della vita sociale e istituzionale e con un'ampia gamma di declinazioni degli obiettivi (dalla classica terapia analitica di gruppo, al lavoro clinico-sociale, all'analisi e intervento istituzionale, ai programmi di sviluppo di comunità, dei servizi, di formazione ecc.) è il pane quotidiano masticato e digerito da tutti i colleghi del *LdG*, sperimentato e tramandato nei continui scambi e nella formazione dei giovani colleghi. La continua ricerca sulla versatilità dei dispositivi gruppali esprime l'attenzione qualificante dello stile rigoroso e sempre proteso ad andare verso i bisogni emergenti delle persone e delle formazioni

sociali nel mondo contemporaneo, cercando i modi attraverso i quali offrire risposte concrete e contestualizzate, dovunque ci sia una domanda di comprensione, di aiuto, di promozione dello sviluppo di soggetti, famiglie, organizzazioni, istituzioni e comunità.

La parte relativa al tema monografico di questo numero è avviata dal lavoro di Profita e Ruvolo, centrato sul dispositivo dei gruppi di ampio formato. Gli AA evidenziano come il dialogo che nasce dall'esperienza in questi dispositivi generi specifici temi culturali trattabili come veri e propri laboratori di processazione mentale di altrettanti nodi delle matrici culturali dei partecipanti. Essi sottolineano come questo tipo di setting richieda una conduzione fondata su una epistemologia che F. Dalal chiamerebbe quella di Foulkes radicale: superamento della fantasmatica parafamiliare, consapevolezza dei fenomeni embricati tra soggettività individuali e saldature gruppali connesse ai temi culturali ed ai movimenti emotivi confusivi e di contagio tipici delle formazioni collettive, capacità di coniugare l'estrema versatilità dei contenuti (temi culturali contestualizzati) e degli obiettivi di questi formati gruppali.

Pero, Viali e D'Elia (i primi due sono ancora specializzandi della Scuola di Psicoterapia C.O.I.R.A.G.) nella loro descrizione di un setting di "gruppo a domicilio" ci mostrano come in realtà il processo di sostegno psicoterapeutico possa (e forse dovrebbe nella maggior parte dei casi) estendersi oltre il dispositivo "protetto" della stanza di una istituzione (o di uno studio privato), sempre parzialmente artificiale rispetto al confine con lo spazio mondano della vita sociale e interpersonale; il loro caso parte come una consueta tradizionale psicoterapia individuale che, prima, diventa gruppale e, infine, ha l'originale obiettivo di portare il gruppo al domicilio del paziente, accompagnandolo, tramite il gruppo terapeutico intero, nel cruciale passaggio verso quella vita sociale da sempre a lui preclusa da una

condizione familiare mentalmente e fattualmente imprigionante. Questa "variazione di setting" è probabilmente da annoverare in quella grande famiglia di nuovi dispositivi, buona parte dei quali ancora inesplorati, che conducono la psicoterapia e gli psicoterapeuti, soprattutto quelli gruppalmente attrezzati, nel cuore stesso dei "plexa socio-culturali" dove si annida l'origine e allo stesso tempo la massima potenzialità della reintegrazione al vivere sociale, alla soggettività e alla creatività entro la comunità umana locale. Nel saggio sulle prospettive psicoterapeutiche della comunità per il disagio mentale emergente, Barone e Bruschetta si interrogano sul mandato sociale oggi individuabile per la cura psichica a partire da un'ampia disamina dell'evoluzione storica del rapporto tra famiglia, modello sociale post-moderno e psicopatologia. Essi colgono con molta acutezza i confini e le articolazioni problematiche tra costruzione del mondo soggettivo della persona, ruolo dell'istituzione familiare e sollecitazioni conflittuali provenienti dai modelli di identità prodotti nelle nuove comunità urbane mobili, turbolente e frammentarie. *"Essere se stesso nella molteplicità delle relazioni interpersonali, che sono a loro volta strutturate dalla molteplicità dei campi sociali: sembra essere questa l'utopia psicologica della nostra epoca!"* Per affrontare questo compito impossibile, la psicoterapia non può ignorare le risorse pur sempre presenti della comunità in funzione non soltanto degli obiettivi di sostenere i processi di soggettivazione e mentalizzazione indispensabili per l'integrità della persona, ma soprattutto di prendersi cura della relazione tra questi e i processi di socialità e radicamento comunitario locale, senza i quali nessuna cura psichica ha esiti durevoli.

La sezione *Esperienze cliniche nel sociale* contiene due lavori che articolano la costruzione di dispositivi gruppali su contesti istituzionali specifici, in un caso quello del processo di inclusione lavorativa che

utilizza le risorse dei gruppi mediani, nell'altro all'interno della pratica delle comunità terapeutiche, nelle quali – come argomentano Alba e D'Elia – il lavoro di fondazione dei gruppi (quelli che curano e che guariscono, per riprendere una affermazione ricorrente di Franco Fasolo) si sviluppa all'interno di una concezione della comunità come “cantiere aperto”, aperto non solo in relazione al mondo sociale esterno, ma soprattutto perché pensato come continuo generare di dispositivi aggregativi gruppali che ne costituiscono l'anima germinativa vitale, essenziale al processo terapeutico.

Nella sezione *Clinica e istituzioni* pubblichiamo l'introduzione al lavoro di riflessione storico-istituzionale di Giacomo Di Marco contenuto nel volume “L'albero della cuccagna, gli anni della psichiatria italiana”. Il lavoro di Profita e Di Paola apre la sezione *Etnopsicologia ed etnopsichiatria* proponendo la concezione del “bambino antenato dei genitori” quale elemento di rappresentazione culturale che evidenzia la radicalità delle differenze di fondazione culturale delle strutture immaginarie delle relazioni e dei ruoli familiari. Tali differenze producono non soltanto diverse concezioni della psicopatologia, ma più ampiamente danno luogo a pratiche di cura e di costruzione dell'identità molto distanti da quelle che conosciamo e pratichiamo nell'ambito della nostra cultura occidentale.

Nella stessa sezione segue il contributo di Cianconi e Di Mauro che offre una disamina dei concetti di legame e di dipendenza, evidenziandone i caratteri antropologici e alcune derive psicopatologiche.

Per la sezione *Altri contributi* presentiamo un lavoro di A. Sordano che riguarda un gruppo di psicodramma in età evolutiva. Un lavoro molto interessante per l'applicazione a questa fascia di età alla quale i dispositivi di gruppo negli ultimi anni sono sempre più dedicati in Italia.

Buona lettura, grazie a tutti quelli che hanno collaborato e... auguri alla rivista.

SEZIONE MONOGRAFICA

Prospettive del dispositivo clinico del gruppo allargato

Gabriele Profita, Giuseppe Ruvolo

Il presente lavoro propone alcune considerazioni teoriche sui large group, evidenziando in particolare la loro connessione con il sistema sociale più ampio. Viene suggerito che la comprensione dei fenomeni psicodinamici del gruppo allargato richiede un passaggio epistemologico che guardi i temi culturali. In questo passaggio, si impone all'attenzione del clinico un'epistemologia della costruzione del setting come dispositivo operativo culturalmente determinato. ipotesi sostenuta dal NICE (Istituto Nazionale per l'Eccellenza Clinica), secondo la quale tutte le forme di terapia medica e psicologica debbano conformarsi alla produzione di "evidenze" sembra eludere la questione se tutte possano farlo. In alcune tipologie di terapie nel campo della salute mentale, dalla Psicoanalisi alla Comunità Terapeutica, l'applicazione di questi metodi scientifici standard solleva grandi problematiche. In questo articolo, l'autore mette in evidenza alcune delle questioni in merito.

Large group; Temi culturali; Setting

Perspectives on large group clinical setting

This work proposes some theoretical considerations on the large group, highlighting in particular its connections to the larger social system. It is suggested that the understanding of the psychodynamic processes in large group requires an exploration of underpinning social and cultural themes. In doing so, the researcher, as well as the practitioner, needs to take in account the cultural determinations of setting.

Large group; Cultural themes; Setting

1. La cornice concettuale della gruppoanalisi

Il modello gruppoanalitico pone l'accento sul processo di formazione del soggetto e del suo universo interiorizzato a partire dalle molteplici "iscrizioni" della cultura che, sin dal concepimento, intenziona il nascente secondo le forme delle identità da essa istituite e tramandate in forma di codici simbolici, cognitivi e affettivi "insaturi", cioè potenzialmente aperti a significazioni e simbolizzazioni originali, che impregnano le trame delle relazioni tra individui lungo gli assi

diacronico e sincronico tra generazioni, gruppi di appartenenza e soggetti (cfr. Ruvolo, 2000). La dimensione gruppale rappresenta il luogo culturale, mentale e relazionale entro il quale la soggettività nasce, si struttura ed evolve.

A partire da questa premessa, la comprensione dei processi psichici gruppali si costituisce quale esplorazione del *legame* che connette la dimensione individuale a quella culturale e crea lo spazio di costruzione e strutturazione dell'identità del singolo soggetto. La piena comprensione della realtà psichica di un individuo può essere colta solo *situando* la persona all'interno del contesto specifico in cui vive, della comunità, del gruppo di cui egli è parte (cfr. Foulkes, 1948).

Pensare l'individuo all'interno del mondo in cui vive comporta un'operazione epistemologica di spostamento dello sguardo, ovvero significa porre l'accento sul concetto di relazione e sui processi d'interiorizzazione delle relazioni, significa pensare il processo di formazione e sviluppo della personalità attraverso dinamiche d'identificazione e differenziazione in rapporto agli elementi di identità e alterità presenti nel campo delle relazioni sociali e sullo sfondo delle matrici antropologico-culturali che lo strutturano.

Quando vogliamo comprendere i fenomeni psicodinamici specifici del campo sociale, ciò che necessita, a nostro avviso, è un ulteriore passaggio epistemologico che allarghi ed integri i referenti del campo delle relazioni familiari con quelli più direttamente collegati ai temi culturali propri del campo sociale. Riteniamo, infatti, che una lettura, come quella psicoanalitica tradizionale in chiave di simbolizzazioni parafamiliari conduca ad un impoverimento semplificatorio e riduttivo che ignora e finisce col misconoscere la qualità essenziale di quanto si svolge nel campo delle relazioni sociali. La necessità di un salto o passaggio epistemologico risulta evidente se facciamo riferimento al

confronto tra l'esperienza e la ricerca sulle dinamiche psicologiche dei piccoli gruppi e quella sui gruppi mediani e allargati. Nella letteratura consolidata sulle dinamiche psicologiche di questi gruppi più ampi viene segnalato un fenomeno tipico dell'esperienza del singolo, descritto come angoscia di smarrimento, di frammentazione e perdita di confini, con forti sentimenti di rabbia, paura, senso di impotenza. L'evidenza di questo complesso di reazioni dei partecipanti può essere spiegata e compresa in diversi modi, probabilmente tutti più o meno fondati e verosimili, anche se vanno contestualizzati nelle caratteristiche specifiche di ciascuna esperienza (per esempio il numero e la tipologia dei partecipanti e dei conduttori, le loro attese e gli obiettivi dichiarati e/o impliciti, la collocazione dell'esperienza all'interno di uno spazio istituzionale, più o meno dichiarato e condiviso, lo stile e la formazione dei conduttori, la durata e la periodicità, ecc.). Tra le ragioni di questi vissuti, quasi sempre più evidenti all'inizio dell'esperienza dei gruppi di ampio formato, ne sono state individuate alcune di più immediata evidenza "interattiva": l'inusuale dimensione del gruppo, l'assenza di direttività dei conduttori, l'oggettiva difficoltà a comunicare senza una funzione di moderazione e senza una struttura organizzativa o gerarchica preconstituita. Ad un diverso livello interpretativo l'angoscia di smarrimento viene collegata con: la perdita dei confini di identità individuale e la sostanziale anonimata di ciascuno e dell'intero gruppo; l'impossibilità di utilizzare categorie cognitive e simboliche adeguate alla dimensione del gruppo ed alle relazioni inizialmente assenti e anonime tra i partecipanti, in analogia a quelle che valgono nelle istituzioni sociali e nelle organizzazioni di lavoro, nella famiglia o nelle situazioni sociali mondane; l'assenza di "regole o codici" di condotta che orientino e che proteggano ciascuno rispetto agli altri; l'assenza di significato storicizzato della condizione del gruppo e, soprattutto, di

significato condiviso; l'evidenza, via via che qualcuno interviene, che sono presenti tante differenti modalità di rappresentazione della situazione quanti sono i partecipanti. In situazioni simili possono essere tentate diverse soluzioni per contrastare o evitare queste difficoltà e frustrazioni (darsi delle regole, trovare un argomento d'interesse generale, esibirsi per ottenere approvazione, parlare sottovoce con i vicini, persino "decidere" di stare zitti e "osservare", ecc.). Ciascun partecipante, in relazione al proprio vissuto e alle proprie modalità personali, ne sperimenta qualcuna. Tuttavia, questi tentativi si dimostreranno chiaramente inefficaci, perché non affrontano le difficoltà proprie della situazione ma le eludono. La natura stessa di queste difficoltà non ammette, infatti, soluzioni preconfezionate, né definitive, poiché il dramma dell'esperienza del gruppo allargato è strettamente connesso al fallimento di categorie cognitive e simboliche già note e operative nei contesti della vita mondana, alla necessità di creare ex novo una cultura "locale" condivisa, ed al farsi carico dei sentimenti di frustrazione, smarrimento e impotenza generati dalla mancanza di senso e dalla difficoltà a ricostruirne dei referenti nel qui ed ora dell'esperienza, compresa la paura di non farcela o di farsi/stare male anche esponendosi alla potenziale violenza degli altri senza alcuna certezza di protezione.

Un'esperienza di tal genere appare immediatamente come "non familiare", nel senso sia letterario che metaforico di questa definizione. Riteniamo che parte della difficoltà a dare un senso a questo contesto di compresenza di molti senza una struttura predefinita, ed il senso di mancanza di adeguate categorie di pensiero per questa situazione, siano proprio connesse all'inapplicabilità delle categorie simboliche e metaforiche di tipo parafamiliare. Nonostante sia possibile fare qualche riferimento a personazioni familiari (ad es.,

il conduttore come genitore), tuttavia il gruppo ampio e i suoi fenomeni non trovano sufficiente e adeguata comprensione nell'accostamento alla famiglia. Questa difficoltà appartiene ai partecipanti e spesso anche ai conduttori: essere parte, diventare consapevole di essere, come direbbe Foulkes, un nodo nelle rete transpersonale del gruppo, "qui ed ora", è tutt'altro che un'esperienza consueta e di facile accessibilità, piuttosto in un primo momento sembra essere sperimentata come angosciata insicurezza e mancanza di orientamento. Riteniamo che questo accada anche in ragione di un modello mentale-culturale condiviso fondato sulle strutture simbolico-cognitive dei ruoli parafamiliari, ai quali ancoriamo inconsapevolmente i significati delle esperienze emotive ed affettive vissute nelle relazioni con gli altri, mentre concepiamo le relazioni nel campo sociale in maniera impersonale e non-soggettivamente sul modello delle categorie della sociologia, della statistica o dell'economia. Quadri di interpretazione questi che non possono dirci nulla di cosa accade di soggettivo nel campo sociale, e di come l'esperienza soggettiva vissuta da tante persone influenza e determina condotte e processi al livello "sociale". L'esperienza soggettiva nel campo sociale è confrontata con la necessità di trovare un registro comunicativo e di relazione adeguato per entrare in un processo d'elaborazione dell'esperienza condivisa nel quale l'intero gruppo è coinvolto ed ogni singolo partecipante vi contribuisce. Questo è un livello d'elaborazione che i gruppoanalisti inglesi hanno definito *dialogo*: con tale termine riteniamo che debba essere indicato un vero e proprio percorso di processazione mentale (emotiva e cognitiva) che si svolge nella trama delle dinamiche del gruppo sia a livello verbale che non verbale, consapevole e inconsapevole, leggibile nelle connessioni di ciascun evento del gruppo, al quale tutti i singoli contribuiscono in maniera intenzionale o meno. Non si tratta,

quindi, del dialogo come lo ricordiamo dalla filosofia dei sofisti in poi, quale dimostrazione razionale tendente ad individuare una verità o a raggiungere un giudizio razionalmente fondato; bensì di un lavoro d'ascolto di sé e degli altri nel *qui ed ora* dell'esperienza condivisa, d'incessante negoziazione emotiva e semantica tra i propri vissuti e rappresentazioni e quelli portati dagli altri.

2. Dialogo di gruppo e temi culturali

In questo processo dialogico collettivo di mentalizzazione il contesto del gruppo fornisce i *temi culturali* intorno ai quali il gruppo ed i singoli partecipanti sono chiamati (spinti dai loro stessi vissuti) a pensare insieme.

Riteniamo che tali temi siano potenzialmente infiniti, ma che, in rapporto alle caratteristiche contestuali e storiche del gruppo, di volta in volta si concretizzino su relativamente pochi e specifici contenuti, l'elaborazione dei quali rende l'esperienza del gruppo generativa, ricreativa, trasformativa ed efficace nel produrre apprendimento e cambiamento psichico. Tali temi riguardano tutti i confini dell'esperienza e della conoscenza umana: da quelli legati ai "fatti della vita" (nascita, unione, separazione ecc.; cfr. Modell, 1984), alla salute, alla malattia e alla sofferenza, a quelli connessi con i processi di comunicazione, di influenza e dominio in ogni livello delle relazioni, a quelli delle culture e identità differenti che entrano in conflitto, che dialogano o si riconoscono, a quelli più vicini alla fenomenologia della società più ampia (potere, scelte politiche, appartenenze e classi sociali, conflitti storici tra popoli, nazioni, etnie), fino ai temi di carattere più squisitamente antropologico-filosofico (la morte e il senso dell'esistenza, l'etica e l'epistemologia della conoscenza, la

religiosità, la giustizia ...). La processazione mentale su questi contenuti non è ovviamente fondata sul metodo puramente dimostrativo-razionale del dibattito filosofico, quanto su quello costituito dall'indagine empatica continuativa (utilizzando un'efficace espressione di Stolorow, Atwood, & Brandchaft, 1994) che riconnette il pensiero ai vissuti ed alle relazioni in atto nel dispositivo del gruppo, senza il riferimento ai quali ogni affermazione diviene pura razionalizzazione al servizio di bisogni e spinte inconsapevoli, dove gli altri finiscono per essere collocati nella posizione manipolatoria di oggetti-strumenti, piuttosto che altri-come-me-diversi-da-me-insieme-ai-quali-si-svolge-una-ricerca-di-senso.

In questa prospettiva *il contesto dell'esperienza dei gruppi mediani e allargati è un campo relazionale sociale nel quale vengono esplorati processi psichici che sono specifici di esso.*

3. Il setting

In generale, il setting è un sistema regolato spazio-temporalmente, artificialmente costruito; è processualmente, un campo mentale, che ha al centro della scena la relazione che s'istituisce tra due (transfert e controtransfert) o più persone (fenomeni di campo trasferale). In quanto sistema fondato per generare e trasformare emozioni, esso è una istituzione che s'incontra e spesso si scontra con altre istituzioni (famiglia, sistema socio-sanitario, culture particolari ecc.) portatrici di altre emozioni e dimensioni culturali (quali fenomeni generati da uno specifico campo relazionale). La ricerca attuale sul setting sembra avere alcuni sbocchi obbligati: da un lato l'attenzione verso forme più perfezionate di dispositivi più idonei e sensibili ai mutamenti socio culturali imposti dalla trasformazione sociale;

dall'altro le necessità di una "cura" rivolta a nuove esigenze per nuovi utenti e contesti. In particolare, la ricerca sul setting si rivolge verso la costruzione di nuove forme di dispositivi di lavoro psicologico in grado di confrontarsi con sistemi eterogenei rispetto all'intraculturalità e alla metaculturalità, attraverso l'introduzione di variazioni e modifiche tecniche che rendano possibile la relazione trasformativa in una realtà culturale in cui i fenomeni della globalizzazione rendono sempre più vario il contesto sociale e più complesse ed articolate le competenze sociali e politiche richieste alle soggettività individuali e collettive che lo abitano (Profita, Lo Mauro, 2003).

Sui temi che animano la ricerca sui dispositivi di lavoro psicologico si intrecciano le riflessioni maturate in ambiti disciplinari differenti, tra i quali in particolare, proprio sul ruolo del gruppo, la gruppoanalisi e l'etnopsichiatria. In entrambi questi modelli teorici e tecnici l'attenzione è rivolta alle dinamiche di reciproca strutturazione che intercorrono tra sistema psichico e sistema culturale; entrambi questi modelli individuano il gruppo come luogo generativo di legami di connessione e articolazione tra individuo e gruppo di appartenenza attraverso processi di identificazione e differenziazione; entrambi questi modelli, infine, condividono il presupposto epistemologico per il quale non è possibile conoscere un "oggetto" senza un soggetto che pensi e distingua uno sfondo che lo contenga, questo sfondo è il setting che si configura come il contesto-contenitore, lo spazio fattuale e mentale in cui la relazione clinica si dispiega e si organizza come interazione conoscitiva e trasformativa. All'interno di un'epistemologia della costruzione il setting s'impone all'attenzione del ricercatore e del clinico come dispositivo operativo culturalmente determinato. In particolare, *il dispositivo di gruppo allargato*, proprio per le dimensioni che evidenzia, *si configura come il più idoneo a favorire il*

transito psichico dalla mentalizzazione del familiare alla più complessa articolazione della pensabilità del sociale/culturale.

Come sostenuto da P. de Maré (1994) *“il setting di gruppo intermedio è sia post familiare che pre-politico”* e, aggiungiamo noi, il dispositivo di gruppo allargato si muove rapidamente verso la visualizzazione del politico e l'evidenziazione del mondo culturale da cui scaturiscono le relazioni e i vissuti dei soggetti. A sostegno di questa nostra tesi sulla particolare caratteristica del dispositivo dei gruppi allargati del resto ci sono anche le posizioni più recenti di alcuni autori di matrice anglosassone.

Esplorando la dinamica tra caos e ordine nei gruppi allargati, G. Wilke (2003) assimila il processo che si sviluppa nei gruppi allargati a quello che avviene nelle società tribali. Ogni gruppo tribale ha bisogno di un'autorità politico-religiosa che lo accompagni lungo il viaggio nello spazio-tempo dell'esistenza. Allo stesso modo, il conduttore del gruppo allargato svolgerebbe funzioni di contenimento, interpretazione e salvaguardia dello spazio-tempo, ma contemporaneamente egli è osservatore partecipante, ossia vive tutte le dinamiche transferali e controtransferali del gruppo. La posizione originale di Wilke è che il conduttore/osservatore/partecipante ha una funzione specifica che è quella di trasformare gli attacchi in *dono*, ossia di riconoscere l'esigenza dei partecipanti di ricostruire una *“matrice di interdipendenza”* e di favorire e agevolare questo processo. Questo è osservabile, in particolare, in tempi di globalizzazione, ossia in questo nostro momento storico che genera disgregazione dell'identità collettiva e individuale. J. Triest (2003) ha messo in relazione i vissuti presenti nei gruppi allargati con quelli che si manifestano nelle organizzazioni. Attraverso l'attacco all'autorità e i ritardi alle sessioni di gruppo allargato, concepiti a volte come attacchi terroristici, i partecipanti tendono a

sovvertire il sistema organizzativo da cui pure dipendono. L'organizzazione, se da un lato offre ordine e sicurezza e quindi rappresenta un valido sistema di difesa contro il caos, da un altro punto di vista restringe la libertà individuale e la possibilità di dar luogo ad un nuovo ordine e a nuove forme di pensiero.

H. Weinberg (2003) stabilisce un interessante confronto tra gruppi allargati *vis à vis* e i gruppi allargati virtuali su internet. L'autore si sofferma sulle diversità che esistono tra i gruppi allargati virtuali e i gruppi allargati *face-to-face*, ma anche rispetto ai piccoli gruppi e alla terapia individuale. Le proiezioni nei gruppi virtuali sono molto più massicce che nella terapia individuale e nella psicoterapia di gruppo e sembrano assomigliare maggiormente agli scambi veloci e alle scariche emozionali visualizzabili nei gruppi allargati. Inoltre nel setting analitico individuale o di piccolo gruppo le proiezioni dei pazienti hanno un rimando da parte dell'analista, ma lo schermo del computer è uno "schermo bianco" ossia è del tutto privo della voce dell'analista. Eppure, nei gruppi allargati virtuali, sostiene Weinberg, si sviluppa, almeno apparentemente, una atmosfera calda e intima del tutto diversa dall'esperienza dei gruppi allargati *face-to-face*. La ragione di ciò sembra risiedere nel fatto che il continuo scambio tra i partecipanti al gruppo virtuale, sviluppa l'illusione di essere in un piccolo gruppo e favorisce intimità e apertura verso gli altri.

Di particolare interesse ci sembra l'approccio di V. D. Volkan (2006), il quale propone due direttrici originali della lettura dei fenomeni dei grandi gruppi. La prima riguarda l'identità specifica dei grandi gruppi, rispetto alla quale Volkan suggerisce l'immagine di una grande tenda di tela, ponendola come tessuto-metafora del gruppo allargato in rapporto ai vestiti tessuto-metafora dell'identità individuale. Egli ha sottolineato come la funzione del leader o del conduttore nel gruppo più ampio sia rappresentata, nella metafora della tenda-pelle del

gruppo, dal palo che la sostiene. Il grande gruppo diviene uno strato sovraordinato dell'identità (linguistica, etnica, nazionale ecc.) di ciascuno tramite l'esperienza formativa primaria dell'infanzia che si cristallizza nell'adolescenza; dopo tale periodo non si strutturerebbero successive eventuali appartenenze ad altri grandi gruppi di identità (per es. di carattere etnico o nazionale differente da quello primario). Un'altra direttrice concettuale di Volkan (1997, 2004, 2006) riguarda la trasmissione transgenerazionale dei vissuti storici significativi di gruppi di popolazioni. Egli denomina *trauma scelto* e *gloria scelta* i fenomeni per i quali in un momento di crisi di identità storicamente vissuta da un gruppo identificatorio di grandi dimensioni, potrà emergere la memoria collettiva di una vicenda storica passata per essere utilizzata dal gruppo quale marcatore della difesa o della riparazione dell'identità collettiva. In un caso (*trauma scelto*) assumerà importanza una vicenda nella quale il gruppo ha subito una ferita da parte di altri gruppi (ad es. una sconfitta in guerra o l'espropriazione del proprio territorio o una invasione), a partire dal quale prende corpo un progetto di rivincita, di vendetta o di risarcimento che restituisca l'immagine integra del valore del gruppo (come, secondo l'A. è avvenuto per i Serbi guidati da Milosevic che hanno rispolverato la battaglia del Kosovo del 1389); nell'altro (*gloria scelta*) viene preso un momento carico di valenze positive per l'autostima del gruppo che risponde ai bisogni di rappresentazione idealizzata condivisa dai membri (vedi il "Carroccio" per i leghisti italiani).

In conclusione di questa breve nota, vorremmo sollecitare una maggiore attenzione riguardo alle prospettive che si aprono con i grandi gruppi clinici.

Contesti sociali in grande trasformazione creano necessità nuove di comprensione, adattamento e trasformazione di sé e delle comunità

nell'ambito delle nuove forme di costruzione del collettivo. Non vi è altra risorsa per ricercare attivamente modelli mentali di comprensione del mondo sociale che quella di costruirli e sperimentarli insieme. Il dispositivo di gruppo allargato, nonostante le sue difficoltà di ordine organizzativo e gestionale ci sembra al momento l'unica strada concreta percorribile. Occorre anche una preparazione specifica dei conduttori che, come si è detto, devono essere capaci di resistere alle sollecitazioni controtransferali di questi gruppi e di leggere i fenomeni che in esso si presentano in modo adeguato alla mobilitazione emozionale che inducono.

In un recente volume che riprende il lavoro di ricerca da noi sviluppato con i gruppi di ampio formato (Profita, Ruvolo, Lo Mauro, 2007) abbiamo mostrato l'enorme versatilità ed efficacia di questi dispositivi che articolano la tradizione della cultura clinica sul campo delle relazioni socio-culturali, generando un nuovo paradigma di esplorazione e intervento applicabile a contesti e istituzioni complesse quali il mondo del lavoro e delle professioni, i processi socio-culturali connessi ai fenomeni di incontro tra identità e gruppi di appartenenza, i passaggi evolutivi problematici del ciclo di vita, i temi complessi della convivenza e della coabitazione nel mondo globalizzato contemporaneo, fino a quelli più aperti connessi al mantenimento di valori di democrazia, etica e giustizia nelle relazioni personali, istituzionali e nelle comunità locali. Pensiamo che lo sviluppo ulteriore di questi dispositivi clinici-gruppali costituisca una prospettiva di sicuro interesse nell'innovazione socio-culturale della tradizione gruppoanalitica.

Bibliografia

- De Marè, P. (1994), *"Il gruppo intermedio e la psiche"*. Tr. it. in Brown, D., Zinkin, L. (a cura di), *La psiche e il mondo sociale*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1996, pp. 209-218.
- Foulkes, S.H. (1948), *Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica*. Tr. It. Edizioni Universitarie Romane, Roma, 1991.
- Modell, A. (1984), *Psicoanalisi in un nuovo contesto*. R. Cortina, Milano, 1992.
- Profita, G., Lo Mauro, V. (2003), *"Setting terapeutici come luoghi di ancoraggio comunitario. Esperienze cliniche con pazienti migranti"*. In *Gruppi*, 5, pp. 117-127.
- Profita, G., Ruvolo, G., Lo Mauro V. (2007), *Transiti psichici e culturali. Una prospettiva culturalista sulle dinamiche psicologiche dei gruppi mediani e allargati*. Ed. Libreria Cortina, Milano.
- Ruvolo, G. (2000), *"Aziendalizzazione della Polis e coscienze comunitarie in azienda."* In Di Maria F., *Psicologia della convivenza*. Franco Angeli, Milano.
- Stolorow, R.D., Attwood, G.E., Brandchaft B.(1994), *La prospettiva intersoggettiva*. Tr. it. Borla, Roma, 1996.
- Triest, J. (2003), *The Large Group and the Organization*. In Scheider, S., Weinberg, H. (Edited By) *The Large Group Re-Visited. The Herd, Primal Horde, Crowds and Masses*. Jessica Kingsley Publishers. London and Philadelphia.
- Volkan, V. D., (1997). *Bloodlines: From Ethnic Pride to Ethnic*

Terrorism. Farrar, Straus and Giroux. New York.

Volkan, V. D. (2004). *Blind Trust: Large Groups and Their Leaders in Times of Crises and Terror.*, Pitchstone Publishing, Charlottesville.

Volkan, V. D. (2006), *Large group: identità, processi di regressione e violenza di massa*. F. Angeli, Milano.

Weinberg, H. (2003), *The large Group in a Virtual Environment*. In Weiss, J., Sampson, H., *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research*. Guilford, New York.

Wilke, G. (2003) *Chaos and Order in the Large Group*. In Scheider, S. Weinberg, H. (Edited By), *The Large Group Re-Visited. The Herd, Primal Horde, Crowds and Masses*. Jessica Kingsley Publishers. London and Philadelphia.

Un gruppo a domicilio

Dina Pero, Annalisa Viali, Luigi D'Elia

Nel presente lavoro gli autori riportano un'esperienza di un "gruppo a domicilio", nato dalle difficoltà espresse da un paziente ad "esplorare" nuove territorialità.

Gruppo a domicilio; Territorialità; Lavoro di equipe

A "group home"

In this work the authors deal with an experience of a "group home", moving from the difficulties expressed by a patient to "explore" new life contexts.

Group home; Life context; Teamwork

"Non il paziente deve entrare nel nostro campo mentale, nel nostro territorio modellistico, ma noi dobbiamo "cercare" il paziente nel suo territorio, nelle sue appartenenze, nelle vicissitudini della sua storia.".
(Pontalti, 1999)

Nel presente lavoro riportiamo un'esperienza di un "gruppo a domicilio", nato dalle difficoltà espresse da un paziente, che chiameremo Fabrizio, ad "esplorare" nuove territorialità.

Fabrizio ha 35 anni, entra in terapia nel 2006 inizialmente in un setting individuale. L'invio giunge tramite una collega di F., che ha cominciato a raccogliergli alcune confidenze ed osservarne alcune difficoltà.

F., si presenta come un ragazzo minuto, occhialuto, vestito sempre nello stesso modo anonimo, eloquio forbito e formale, occhi vivaci, aria gentile. Dopo non poche ambivalenze iniziali, F., comincia a parlare, nei primi incontri, della situazione nuova e conturbante che gli si è creata sul lavoro con l'arrivo di un gruppo di nuovi colleghi più o meno suoi coetanei che prima non c'erano e che ora lo coinvolgono

in numerose attività anche extralavorative invitandolo qui e là. Queste nuove conoscenze lo svegliano da un lungo letargo e gli gettano una nuova luce sulla sua vita fino ad allora in famiglia con suo padre e sua madre (suo fratello minore lavora fuori), che egli comincia a descrivere con sempre maggiore dovizia di particolari, ma lo espongono anche a tutta una serie di difficoltà relazionali che lo rendono consapevole delle sue difficoltà e del suo *radicale ed umiliante sentimento di estraneità e alienazione*. Emerge una vita di totale assoggettamento, di un soldatino che esegue per filo e per segno le indicazioni impartite dal padre, ultima delle quali studiare da due anni incrollabilmente per un prestigioso concorso che si indirà forse da lì a qualche mese. Da qui si dipanano ulteriori particolari del rapporto di totale sudditanza verso questo padre verso il quale comincia ad esprimere un'ostilità sempre meno malcelata.

Emerge, piano piano, nei colloqui, la "macchina paranoica" congegnata dal papà di F., un uomo ferito e deluso da tutti, che ha precluso ai figli, fin dalla tenera infanzia, ogni genere di rapporto di amicizia mettendoli in allerta e istillando diffidenza verso tutti e tutto, emerge un clima familiare tetro, tristissimo, controllante, conflittuale a livello di coppia, ricattatorio a livello affettivo. F., non ricorda di aver mai frequentato nessuno in vita sua e di non aver mai fatto nulla senza la sua famiglia. Inutile dire che è l'intera famiglia a non muoversi mai e a non frequentare nessuno, da sempre.

Emerge anche la sfera psicosessuale di F., che appare del tutto annullata e assente, o meglio completamente negata, spostata, decorporeizzata, disumanizzata.. Mai avuto contatti fisici con nessuno, neanche con se stesso (mai avuto contatti autoerotici, mai comparse immagini sessualizzate in fantasia e nemmeno nei sogni). Una sessualità totalmente sublimata e dirottata sul "corpo familiare". F. è lo strumento del desiderio paterno.

Dopo alcuni mesi gli viene proposto l'inserimento in gruppo, ma questo primo tentativo fallisce: per F. si tratta di un'esperienza ancora inaccessibile e conturbante. Inserimento che però viene riproposto ed avviene con successo ad un anno e mezzo di distanza dal primo tentativo.

F., entra in gruppo silenziosamente e per varie sedute rimane chiuso in un'incomunicabilità: la dimensione gruppale appare estranea e poco pensabile.

Nelle fasi iniziali, invece di incontrare l'altro, F., sembra demolirlo ed ignorarlo. Questa dinamica appare con chiarezza nel microcosmo del gruppo. Esemplificativo in tal senso è una seduta in cui invitato ad intervenire sugli argomenti riportati F., risponde *"Non stavo seguendo, mi stavo appisolando un attimo, perché ho solo cinque ore di sonno."* Solo con il tempo F., riporta la sua storia raccontando di aver comprato casa per sfuggire alla morsa paterna, una casa che però non riesce ad abitare e che sembra essere un evento di vita che *"impegnando nuovi apprendimenti al confine di situazioni non familiarizzabili dai saperi precedenti, evocano un senso soggettivo di grande faticosità e stato di allarme."* (Pontalti, 1999:32).

La casa rimane troppo collegata alle dinamiche familiari e, per intere sedute, F., rimane imprigionato in dinamiche di colpa e rabbia nei confronti dei genitori che non gli permettono di rintracciare parti di sé. Racconta del difficile rapporto coi genitori da cui si sente *"compenetrato, ho vissuto senza alcun desiderio per me: vedevo un uomo o una donna e per me era la stessa cosa, non provavo niente e così per altre cose..."* Accusa i genitori di assoluta incomprensione verso ogni sua esigenza. Parallelamente comincia a scagliarsi con ira contro gli oggetti che rappresentano la sua nuova, terrificante, autonomia, l'automobile in primis, anch'essa acquistata da poco e costante ripresentificazione della propria umiliante maldestrezza,

quindi, della propria intrinseca inadeguatezza.

Dice Pontalti "I pazienti soffrono di malattia, le persone soffrono lungo i percorsi di vita, percorsi che possono divenire intollerabilmente faticosi fino ad arrestarsi, più o meno precocemente, più o meno completamente." (Pontalti, 2000:35).

In varie sedute, F., propone non solo la delusione per l'atteggiamento dei suoi genitori ma anche il suo sentirsi deludente, sconfitto, impotente. Riporta la sua scarsa autostima che attribuisce ad un'errata educazione familiare ricevuta, a tutti i fallimenti collezionati nella sua vita nei vari tentativi di uscire dal perimetro delle abitudini familiari (piscina, sport, patente, barca a vela) e alle conseguenti incapacità relazionali e affettive.

Unico baluardo che gli permette di sopravvivere sembra essere un amico, Pietro, di vent'anni più grande, che praticamente lo adotta e ne prende a cuore con grande umanità la condizione esistenziale. Pietro rimane per tutto il tempo disponibile e fedele amico di F., sua guida in una realtà pericolosa e incomprensibile.

Sempre F. in gruppo ripete di sentire "un *giudicato interno*", un giudicato che sembra rimandare all'imposizione genitoriale, agli imperativi tramandati-ereditati.

Con le parole di G., un membro del gruppo, "...in termini giuridici il termine *giudicato* rimanda ad un qualcosa già processato, qualcosa di definitivo e incontrovertibile, significa che sono stati espletati tre gradi di giudizio e che dunque la sentenza è definitiva". Gli altri componenti del gruppo gli rimandano che "i giochi non sono ancora fatti" invitandolo a sentirsi "dentro il processo in cui è possibile cambiare la sentenza".

Nel corso delle sedute, F., sembra recuperare una funzione ludica prima silente, quell'aspetto che Napolitani definisce "creatività", ovvero processo simbolopoietico "una conoscenza trasformativa del

mondo" (Lo Verso, 1994:101).

Esemplificativo del modo in cui F., inizia ad "operare scelte originali" è il primo sogno riportato in gruppo:

"Ero in macchina con mio fratello che dovevo accompagnare. Una volta scaricato mio fratello davo un passaggio in macchina a due persone, una donna e un uomo, perché avevo intuito che si erano persi. Subito dopo mi ritrovavo in un parco giochi, con delle altalene ma non sapevo come ci ero arrivato e mi dicevo: 'ma non c'era una segnaletica, non c'era un divieto.' Subito dopo, uscito dal parco, riprendevo la macchina e posteggiavo benissimo, senza troppe difficoltà...."

F., sembra muoversi all'interno e al di fuori del gruppo in maniera differente. Nel corso di una seduta esclama: *"ho avuto il mio primo crampo in piscina!"*. L'aver avuto il primo crampo sembra quasi entusiasmare F., che comincia a sentire il proprio corpo e le proprie sensazioni.

F., si mostra molto più entusiasta e inizia ad esperire cose nuove senza *"necessariamente pareggiare i conti con la propria famiglia"*. Nello stesso tempo, F., manifesta la propria angoscia per il trasferimento nella nuova casa: *"avere tutti quegli spazi nuovi mi spaventa mi chiedo cosa farò, come occuperò quello spazio... qualcosa mi sfugge ancora... mi sento molto angosciato da tutti questi cambiamenti..."*

All'idea del trasferimento nella nuova casa F., associa un sogno: *"mi ritrovo in una prigione, dovevo fare la doccia e mi accorgo che sotto la doccia c'era un uomo che mi assomigliava e ci ritroviamo abbracciati, nudi. Poi mi allontanano perché dovevo andare a prendere le ciabatte pensando che non potevo fare la doccia senza le ciabatte... alla fine del sogno un uomo mi apre la porta della prigione e io sono libero.... "*

Il sogno sembra rimandare anche ad un'altra domanda: come occupare un proprio spazio per poter funzionare e per potersi riconoscere?

Dopo pochi mesi F., inizia ad occupare la nuova casa: *"ma non posso dire di abitarci perché ciò implica un viverci la casa in maniera diversa."*

Alle difficoltà espresse da F., di abitare uno spazio, il terapeuta propone di fare "un gruppo a domicilio" raccogliendo l'unanime consenso di tutti gli altri componenti del gruppo, F., in primis. Viene precisato in gruppo che si tratta di un'esperienza "una tantum" legata precisamente alla situazione di F., e alla sua difficoltà di "abitare" uno spazio nuovo e spaventoso.

Di seguito riportiamo la seduta che, al di là di ogni spiegazione teorica, rende conto del forte impatto euristico che tale esperienza ha avuto non solo per F., ma per tutti i membri del gruppo. F., è visibilmente emozionato e da perfetto padrone di casa mostra ogni stanza della sua nuova casa e lo splendido panorama che si può osservare dal balcone del salone. La casa è piccola ma molto funzionale.

Pur essendo molto distante dallo studio dove solitamente avvengono gli incontri, tutti i partecipanti del gruppo (tranne un'assenza annunciata) sono presenti e puntuali. Dopo i primi minuti di presentazione della casa, ricostruiamo la disposizione spaziale in cerchio, ed ha inizio l'incontro. L'atmosfera è di grande emozione, un'emozione che lo stesso terapeuta dichiara prendendo inusualmente la parola per ricordare che l'incontro si sta svolgendo a casa di F., perché il gruppo sta attraversando una fase in cui è importante confermare la presenza di una identità nuova sia per F., sia per tutti gli altri partecipanti. In questo modo il gruppo può diventare uno spazio nuovo, un nuovo campo in cui sperimentarsi.

F., prende la parola e comincia a parlare per circa mezz'ora quasi consecutivamente senza lasciare spazio agli altri partecipanti, quasi a ribadire che questo è il *"mio gruppo"*.

F. parla delle difficoltà ad incontrare "l'altro" e della paura di essere rifiutato. Facendo una analisi molto puntuale della sua situazione emotiva, arriva alla conclusione che il suo problema è che ha bisogno *"di un padre e di una madre"* ma si rende conto che non li troverà mai. Dice di provare delle emozioni fortissime nei confronti del suo amico Pietro e la sua compagna, di aver provato per la prima volta *"voglia di abbracciarli"*, ma di aver paura a farlo per non metterli in imbarazzo e per paura di essere rifiutato. Anche gli altri partecipanti si ritrovano in questa paura e ognuno riporta il rapporto con la capacità di dare e ricevere abbracci.

Tutto sembra parlare di un evento nuovo, di emozioni mai provate, di voglia di incontrare ed incontrarsi, di un nuovo spazio, di porsi in *relazioni con*. Accanto a questa emozione, emerge anche una visione più angosciante che rappresenta il rischio di morire. Alla funzione esplorativa sembra contrapporsi immediatamente l'angoscia dell'impensabilità, del rifiuto, della propria non amabilità.

Infatti nel corso dell'incontro, E., di 30 anni, afferma di non sentire il bisogno di abbracciare; l'idea di incontrare l'altro con un abbraccio provoca in lui un senso di soffocamento che si palesa durante la stessa seduta quando tutte le donne del gruppo gli rimandano di vederlo come un *"cucciolo da coccolare"*. E., ha una reazione fisica immediata, si agita e quasi si sente fisicamente soffocare. Chiarisce di sentirsi soffocare da un femminile vissuto come invadente, le donne per lui *"sono come suore, le suore sono come la placenta che ti rimane appiccicata addosso dopo che sei nato..."*

Un nuovo spazio ha permesso di espandere la territorialità del gruppo in cui l'aspetto simbolico della placenta ha avuto un grande impatto

emotivo e un valore drammatico, nel senso di "drama" che in greco significa azione. La placenta sembra rimandare ad un rapporto ambivalente: da un lato, con le parole di E., rischia di soffocare *"quando ti rimane addosso dopo che sei nato"*; dall'altro la placenta, che compare e funziona solamente con la gestazione, con la procreazione, permette di crescere e nascere.

La metafora della placenta per il gruppo può significare darsi una nuova forma, una nuova identità, la possibilità di esplorare nuove territorialità. In tutto ciò il set, l'assetto mentale del terapeuta, come un grembo, si è costituito come il luogo in cui il gruppo può essere concepito.

Un gruppo terapeutico solleva sempre una profonda riflessione sul concetto di efficacia e, nelle sedute successive, ci si interroga su quale sia stato l'impatto di questa esperienza sul gruppo. Sono gli stessi partecipanti a fornire un feedback, in particolare G., così commenta: *"è stata un'esperienza positiva, intensa, che dovremo rifare... non è stata una gita, ma una cosa molto seria, sono usciti degli argomenti che in altri contesti non sarebbero venuti fuori... in queste settimane ho molto pensato all'immagine della placenta..."*

F., afferma che *"l'incontro mi ha aiutato ad affrontare i tre giorni di festa in cui sono rimasto a casa senza andare al lavoro... mi ha messo di fronte all'importanza delle emozioni..."*.

Il "gruppo a domicilio" ha rappresentato una possibilità, un'occasione per andare al di là delle spiegazioni stereotipate del proprio comportamento e per pensare a sé in termini emotivi, lasciandosi trasformare dalla matrice dinamica del gruppo, definita da Foulkes (1975) *"teatro delle operazioni dei cambiamenti emergenti"*.

Rivivere un contesto così avvolgente ha però sopraffatto L., una paziente entrata da qualche mese che non è più tornata dall'incontro, formalmente per sopraggiunti impegni lavorativi. Per L., il gruppo è

forse ancora una realtà poco pensabile, un territorio ignoto ed estraneo. Tutto ciò è forse spiegabile con ciò che Yalom (1970 tr. it. 1995) definisce "angoscia intrinseca" e che per Pontalti (Cappello et al., 1999:71) è riconducibile a quanto si verifica in ogni esperienza di passaggio fra una condizione e un'altra, tra una matrice familiare e una matrice gruppale.

Le emozioni provate hanno, inoltre, portato nelle sedute successive ad una produzione onirica trasbordante. Ipotizziamo che ciò sia dovuto ad un cambiamento nel setting-istituzione (Bleger, 1967 tr. it. 1988) che ha permesso di "depositare" aspetti vitali ed essenziali della propria personalità. In tal senso il gruppo si è costituito come un valido contenitore in cui "depositare" parti di sé prima silenti.

In particolare, un sogno di E., sembra riprendere le dinamiche gruppali del "gruppo a domicilio":

"Mi trovo nei corridoi di una scuola, era la mia scuola ma non riconoscevo niente e nessuno. Poi devo prendere un treno e la stazione è in stile futurista con binari che passano sopra, sotto, curvano (...). Vado all'università e finalmente qui riconosco i posti e le persone e accetto l'invito di una mia amica (...). In questa stanza ci sono degli specchi che si riflettono uno con l'altro in cui vedo una scena avvenuta in passato: mia madre che si guarda allo specchio e che lo prende a testate fino a farsi uscire il sangue dalla testa."

Alcuni membri riconducono il sogno all'immagine della placenta riportata dallo stesso E., nel gruppo a casa di F., "Lo specchio che si rompe con l'immagine di tua madre mi fa pensare al fatto che stai rompendo qualcosa, forse la placenta che ti restava addosso."

In questa fase i membri si ritrovano a ricapitolare la storia familiare, ma tale ricapitolazione non è una ripetizione del passato ma si coglie un'evoluzione in cui i partecipanti possono confrontarsi su un piano differente in cui provano a dar senso alle varie vicissitudini cercando

delle strategie per raggiungere una maggiore autonomia.

Per potersi separare bisogna prima trovare il filo che unisce le storie familiari. Come dice Williamson (1982) *“la possibilità di riequilibrare le dinamiche intergenerazionali è la conditio sine qua non della maturità psicologica e di una reale autonomia personale...”* e sembra questo il compito che vede impegnati i partecipanti del gruppo.

Il modo in cui modelli familiari e campo gruppale si riconnettono è ben rappresentato da una notizia riportata dopo alcune sedute dal “gruppo a domicilio” dallo stesso F., che racconta con particolare energia ed entusiasmo di aver scoperto di possedere un terreno. F., riporta in gruppo le emozioni provate alla vista di quel luogo: *“ero felicissimo, è stato come riconnettermi con le mie origini, non sono un niente ma ho una storia, un qualcosa da cui partire per conoscere la mia storia (...).”*

L’entusiasmo e la felicità mostrata da F., esprimono il senso che questa “scoperta” ha nella sua vita. F., sembra volere guardare alla sua storia familiare cercando anche persone che la testimonino. Questa scoperta sembra inoltre rimandare ad altri mondi intessuti di storie familiari mai condivise, infatti, entrando più nello specifico, emerge che questo terreno è stato oggetto di disputa e di forti conflitti. Il padre di F., ha “sotterrato” questo terreno per recidere le connessioni con la propria famiglia di origine.

Per F., “questa nuova terra” sembra rappresentare la possibilità di accedere a quell’area del “non pensabile”, a quei “temi personali”, storicizzazione simbolica dei temi culturali familiari, definibili come costrutti cognitivi-emotivi che condensano tanto le vicissitudini esistenziali della famiglia e delle generazioni precedenti, quanto le modalità psicologiche per dar senso a tali vicissitudini. (Pontalti et al., 1985:61).

Ora F. non si sente più completamente solo e può cominciare a

pensare di volersi anche un po' più bene.

Conclusioni

Le riflessioni che l'équipe clinico-didattica (coincidente con gli autori di questo articolo) ha svolto prima e dopo questo esperimento di gruppo a domicilio sono state innumerevoli e vertenti intorno ai potenziali "rischi" che un'iniziativa del genere poteva avere, pur motivata da stringenti esigenze terapeutiche e condivisa unanimemente da tutti. Gli aspetti di novità per noi erano assolutamente speculari ai contenuti del gruppo, con tutto il corredo di timori, perplessità, dubbi del caso. Abbiamo vissuto all'unisono, traslatamente, lo stesso pericolo che ci portavano i membri del gruppo (e F., in particolare) provando a tradurlo in un'*azione parlante* che non fosse però un *agito* collusivo, un azzardo indebito. Noi come loro, *assieme a loro*, ci siamo voluti perdere in territori ignoti portandoci appresso, nel nostro itinerare nomadico, il bagaglio leggero dei nostri "setting interni", e basta.

Ci siamo così scoperti ad accompagnare una gruppaltà che riusciva, non solo a reggere l'emozione dell'impensabilità, ma che a partire da essa costruiva i nuovi percorsi mano a mano che la strada si svolgeva, fiduciosi di percorrerli insieme.

La possibilità di darsi nuove forme d'identità, la difficoltà ad abbracciare, la delusione nell'incontro con l'altro, l'aspetto mortifero, la difficoltà ad esplorare nuove territorialità, sono stati i temi portanti del "gruppo a domicilio".

Per F., era difficile rappresentarsi in una territorialità altra, sembrava essere ancorato a meccanismi di colpa che non gli permettevano di rintracciare parti di sé in cui era assente la funzione esplorativa e in

cui abitava una territorialità ridottissima. Proporre un "gruppo a domicilio" ha significato conoscere qual è il suo modo di esistere, "...cercare un ambito della rete in cui diventa possibile raccogliere il filo per identificare i percorsi di prime connessioni di senso" (Pontalti, 2000:36).

Il gruppo in questa fase si propone come "matrice Altra", diversa dalla storia riportata da F., diventando un valido contesto in cui permettersi un abbraccio e in cui ci si è dati la possibilità di contattare nuove territorialità.

Bibliografia

Bleger J. (1967), *Psicoanalisi del setting psicoanalitico*, tr. it. in Genovese C. (a cura di), *Setting e processo psicoanalitico*, Cortina, Milano, 1988.

Cappello S., Nucara G., Pontalti C. (1999), *Il "cerimoniale" di ingresso nel gruppo aperto*, in *Gruppi* n. 1, Franco Angeli, Milano.

Foulkes S. H. (1975), *La psicoterapia gruppoanalitica. Metodo e principi*, tr. it. Astrolabio, Roma, 1976.

Lo Verso G. (1994), *Le relazioni soggettuali. Fondazione della psicologia dinamica e clinica*, Bollati Boringhieri, Torino.

Pontalti C., Menarini R. (1985), *Le matrici gruppali in psicoterapia familiare*, in *Terapia Familiare*, 19.

Pontalti C. (1999), *Disturbi di personalità e campi mentali familiari. Disturbo dipendente e contesto*, in *Rivista di psicoterapia relazionale* n. 9.

Pontalti C. (2000), *Campo familiare-campo gruppale: dalla psicopatologia all'etica dell'incontro*, in Gruppi n. 2, Franco Angeli, Milano.

Yalom I. (1970), *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1995.

Williamson D. S. (1982), *Personal authority via termination of the intergenerational hierarchical boundary*, Journal of Marital and Family Therapy, vol. 8, 7.

ESPERIENZE CLINICHE NEL SOCIALE

Il gruppo mediano psicot dinamico per l'inclusione socio-lavorativa dei pazienti con grave patologia mentale

Raffaele Barone, Simone Bruschetta

Gli autori descrivono un'originale metodologia di lavoro di gruppo di formazione psicosociale a conduzione psicot dinamica per l'inclusione socio-lavorativa di pazienti con grave patologia mentale; viene suggerito che il gruppo mediano a conduzione psicot dinamica possa divenire un'occasione per ritessere le reti di solidarietà locale, di vicinato e di territorio.

Gruppo mediano; Inclusione socio-lavorativa; Solidarietà locale

The median psycho-dynamic group for social and work inclusion of severe patients

The authors describe an original methodology of psycho-social psychodynamic training for social and work inclusion of patients with severe mental illness; it is suggested that the median psycho-dynamic group can become an opportunity to re-weave networks of local solidarity, neighborhood and territory.

Median group; Social and work inclusion; Local solidarity

1. L'inclusione socio-lavorativa come pratica di cura della grave patologia mentale

Riteniamo che i programmi di inclusione socio-lavorativa rientrino a pieno diritto nella redazione del Progetto Terapeutico Personalizzato¹,

¹ Per Progetto Terapeutico Personalizzato intendiamo, in accordo con le Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale (MIN. SAL., 2008), tanto un documento clinico quanto una prassi terapeutica, nella responsabilità del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) territorialmente competente, che ponga il paziente e la sua guarigione al centro del lavoro di un gruppo curante e che, di conseguenza, programmi gli interventi clinici e sociali, fissi gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, monitori e valuti il processo e gli esiti. Spetta quindi ai Dipartimenti di Salute Mentale garantire per ciascun paziente la costruzione di un Progetto Terapeutico che sia:

- Individuale, cioè centrato più sull'utente, sulla sua domanda e sui suoi bisogni, che non sull'offerta dei servizi
- Personale, cioè tarato sulle reali abilità ed inabilità dell'utente, sulle sue parti sane e sulle sue parti malate
- Condiviso, cioè concordato con l'utente, i familiari ed in coordinamento pluristituzionale con le altre agenzie sociali del territorio

in quanto mirati alla cura della persona attraverso il riconoscimento, la valorizzazione e lo sviluppo delle sue parti sane. Nella patologia mentale grave², le parti sane della personalità rappresentano il volano principale su cui programmare l'attivazione di dispositivi di cura delle parti malate e quindi su cui progettare l'intero processo di guarigione.

Per questo motivo pensiamo ai Servizi di Salute Mentale come a dei nodi di una rete più ampia di servizi comunitari alle persone, alle famiglie ed alle organizzazioni sociali. Per lo stesso motivo intendiamo fondamentale la partecipazione alla definizione, monitoraggio e valutazione del Progetto Terapeutico Personalizzato, di molti altri soggetti, rispetto a quelli clinici, burocraticamente competenti. Nuovi soggetti come le famiglie, gli imprenditori, le cooperative sociali, gli Enti locali, le agenzie pubbliche e private; e forse prime fra tutte, come suggerisce il Libro Verde³ sulla Salute Mentale della

² Per grave patologia intendiamo un quadro clinico potenzialmente e statisticamente in grado di portare alla morte o di ridurre drasticamente gli anni di vita a causa dell'inabilità che ne deriva. La stima per quest'ultima è data dalle statistiche DALY, il cui indice di annualità di vita o di buona salute perdute a causa di malattia, integra due fattori: gli anni di vita perduti per mortalità prematura (YLL), gli anni di vita perduti per incidenti o limitazioni dovuti all'inabilità conseguente la malattia (YLD). (OMS, 2001) Nel caso della patologia mentale ci riferiamo quindi ad una condizione psicopatologica che possa portare al suicidio, alla morte per incidente dovuto alla inabilità conseguente, alla tragica riduzione della qualità e dell'aspettativa di vita del paziente. Ci riferiamo quindi principalmente ai disturbi psicotici, ai disturbi dell'umore ed alle dipendenze patologiche. Sono queste, ad esempio, le prime tre patologia che "pesano", in assoluto più di tutte le altre (comprese tutte quelle non psichiatriche, e quindi anche le malattie infettive come HIV o cronico-generative come quelle cardio-vascolari) sulla perdita di anni di vita in buona salute a causa di incidenti o limitazioni dovuti all'inabilità nella fascia d'età tra i 15 ed i 44 anni (YDL).

³ Il Libro Verde (Com, 2005) che la Commissione Europea ha redatto su invito della Conferenza Ministeriale Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2005), svoltasi ad Helsinki nel gennaio del 2005, si apre con tre affermazioni strategiche ed assieme programmatiche sull'importanza della salute mentale nel miglioramento della qualità della vita dei cittadini europei e nello sviluppo sociale, economico e culturale dell'Europa nel suo complesso.

1. Un cittadino europeo su quattro è affetto da grave patologia mentale
2. Le patologie mentali comportano perdite economiche significative per l'UE

Commissione Europea (2005): le organizzazioni dei pazienti e la comunità dei ricercatori.

Nel tempo sono state elaborate e sudiate, dagli addetti ai lavori, diverse modalità di accesso al mondo del lavoro per i pazienti che soffrono di grave patologia mentale (Barone, Bellia, 2000; Barone, D'Anna, Volpe, 2001; Barone, 2002).

Oltre al Lavoro Dipendente ed al Lavoro Autonomo, più o meno protetti, sostenuti e tutelati, un'altra modalità di accesso al modo del lavoro, oggi forse la più diffusa per i pazienti psichiatrici, si è rivelata quella della Cooperazione Sociale. In particolare lo status di socio-lavoratore di una cooperativa, anche di Tipo B ma non necessariamente, sembra ben adattarsi ai programmi di inclusione socio-lavorativa presenti in molti Progetti Terapeutici Personalizzati. Non bisogna infine dimenticare le più recenti possibilità offerte dal Tirocinio Formativo e dal Lavoro Interinale ed infine quelle offerte dalle Borse Lavoro che le agenzie di protezione sociale erogano ai soggetti svantaggiati come forma di assistenza alternativa al semplice sussidio economico.

Si tratta quindi di sostenere una politica sociale e culturale che permetta di considerare sempre e comunque come cittadino, chi ha sofferto di patologia mentale anche grave, che si prenda cura dei legami sociali e delle appartenenze culturali e che non si fermi quindi alla semplice erogazione della pensione di disabilità o di un misero sussidio economico.

3. Il mancato rispetto della dignità dei pazienti è contro i valori europei fondamentali

Le linee strategiche proposte dal Libro Verde sono essenzialmente due:

- Migliorare la coerenza degli interventi nel settore sanitario e tra questo settore ed i settori non sanitari; primi fra tutti i settori economico, sociale, educativo, produttivo, giudiziario e penale.
- Promuovere la partecipazione di un'ampia gamma di persone, agenzie ed istituzioni interessate alla ricerca di soluzioni; primi fra tutti le organizzazioni dei pazienti e la comunità dei ricercatori

Prendersi cura dei legami sociali vuol dire lavorare su quell'elemento connettivo specifico per le reti sociali, rappresentato dalla *cultura fondativa* di ciascuna comunità sociale, e sviluppare quindi quel sentimento di appartenenza ed identità sociale, detto *cittadinanza*.

2. Un dispositivo di inclusione socio-lavorativa per il servizio di orientamento professionale

La formazione psico-sociale per chi soffre di grave patologia mentale prevede quindi la progettazione, la costruzione e la gestione di un dispositivo terapeutico/formativo gruppale-comunitario specifico, che si vuole attraversato da altrettanto specifiche dinamiche istituzionali, che ne rappresentano la *dimensione istituyente* (Profita, Ruvolo, Lo Mauro, 2007). Attraversamenti, questi, che devono essere pensati, elaborati e necessariamente visualizzati tanto da chi progetta e/o commissiona l'intervento formativo, quanto dai conduttori dei gruppi di formazione ed infine dagli stessi gruppi durante il loro svolgimento (Barone, Bellia, 2000).

Il primo attraversamento è quello del progetto di sviluppo locale ed al contempo di salute mentale, che istituisce un servizio di orientamento professionale attraverso il gruppo di formazione psico-sociale; che può svolgersi sia in contesto istituzionale pubblico che privato. Ci riferiamo qui al pensiero sulle motivazioni politico-istituzionali e le esigenze clinico-sociali che determinano l'attivazione di tale servizio.

Il secondo attraversamento, non meno importante è quello contestuale della comunità locale cui appartengono gli utenti del progetto e quindi i membri del gruppo; ma anche delle comunità di vita e di cura degli utenti stessi e delle loro famiglie d'origine. Non ultimo, vi è poi quello specifico attraversamento rappresentato

dagli intenzionamenti della comunità scientifica e professionale cui appartiene lo staff di committenza, progettazione e conduzione del servizio di orientamento professionale e del dispositivo terapeutico/formativo da esso attivato.

Nella nostra esperienza questi gruppi sono *concepiti* a termine, a conduzione psicodinamica-gruppoanalitica, di tipo espressivo-esperienziale e di grandezza mediana (15/30 persone circa). *Il gruppo gruppoanalitico* concepisce infatti la psicodinamica individuo-contesto secondo due assi (Hopper, 1994): quello orizzontale, collegato alla dimensione del *qui ed ora* del gruppo e del *là ed ora* della comunità, e quello verticale, collegato da una parte con la storia delle relazioni infragruppo e con l'evoluzione dell'esperienza gruppale, il *qui ed allora*, e dall'altra con la storia personale e del gruppo familiare d'origine di ogni partecipante, il *là e allora*. Quest'ultimo aspetto è particolarmente importante nei dispositivi di formazione psico-sociale e di sostegno psico-socio-economico, proprio perché analizza il rapporto tra il soggetto e le sue appartenenze attuali familiari, istituzionali e comunitarie.

Il gruppo espressivo assomma invece la fenomenologia della classica psicodinamica dei gruppi esperienziali con la metodologia della relazione corporea, della comunicazione non verbale e della conoscenza e rivelazione di sé attraverso tecniche attive, creative ed artistiche (danza, teatro, musica, pittura, fotografia, cinema, ecc.). Sono gruppi *basati sul fare*, spazi d'azione (intermediazione e trasformazione – Bellia, 2002) in cui la creatività permette la *ri-costruzione di oggetti transizionali* che permettono di analizzare, riflettere e condividere i *modelli culturali familiari interiorizzati* (Rouchy, 1998; Menarini, Amaro, Papa, 1995) attraverso le prime cure corporee, i primi giochi simbolici, i primi ritmi appresi, i primi riti alimentari. Quest'ultimo aspetto è particolarmente importante nei

dispositivi terapeutici, in analizza il rapporto tra le matrici familiari e le matrici culturali del sé, secondo due assi: quello verticale del *transgenerazionale*, che filtra per il soggetto le dinamiche transpersonali etnico- antropologiche, e quello orizzontale del *transfamiliare*, che filtra invece le dinamiche transpersonali istituzionali.

Il gruppo mediano è concepito in questo dispositivo come *centrato sull'esperienza*⁴ (Foulkes, 1975a), cioè con l'obiettivo di analizzare i vissuti di ciascuno rispetto all'esperienza di gruppo, e con un oggetto di studio rappresentato delle matrici di base dei partecipanti. La matrice di base si fonda infatti su ciò che accomuna tutti i soggetti che appartengono alla stessa cultura, in quanto permette la generazione della vita psichica dalle fondamenta biologiche della specie *sapiens sapiens* organizzandola attraverso modelli culturalmente codificati (Foulkes, 1975b).

Lo spazio d'azione va poi pensato, per i gruppi mediani, anche come spazio di intermediazione e trasformazione (Bellia, 2002) tra le matrici familiari e le matrici sociali del sé, allargando l'analisi dei temi culturali a quelli propri del campo sociale, come ad esempio quelli che riguardano *i confini dell'esperienza e della conoscenza umana*

⁴ L'esperienza soggettiva del campo sociale attivata dai gruppi mediani necessita di una elaborazione psicodinamica mediate il *dialogo*, gruppoanaliticamente inteso. Il dialogo, in questo caso, è un vero e proprio processo mentale, conscio ed inconscio, corporeo e relazionale, cognitivo ed emotivo che permette al gruppo mediano di operare la ri-fondazione gruppale e comunitaria della cultura locale. Condividendo e scambiando i temi culturali e sociali, sviluppando sentimenti di reciproco riconoscimento e collaborazione definiti appunto *koinonia* (de Marè et. al, 1991). Esperienza questa che appare immediatamente *non familiare*, nel senso sia metaforico che letterale del termine. Nel senso che come in tutti i gruppi di ampio formato si generano, all'inizio dell'esperienza gruppale, sentimenti di frustrazione, smarrimento ed impotenza dovuti alla difficoltà di dare significato alla compresenza di tanti soggetti in un cotesto ambiguo e poco strutturato. Le categorie di pensiero ed i codici di significazione connessi *all'universo familiare* non permettono infatti, da soli, una sufficiente ed adeguata comprensione delle dinamiche gruppali e comunitarie del dispositivo che organizza il gruppo (Profita, Ruvolo, Lo Mauro, 2007).

(Profita, Ruvolo, Lo Mauro, 2007)⁵.

L'intento formativo psico-sociale del nostro dispositivo è quindi centrato sull'identità professionale degli utenti, che qui smettono di essere pensati come pazienti per riconoscersi alla fine del percorso come cittadini che necessitano di un specifico sostegno psico-socio-economico.

L'obiettivo principale è quello dell'analisi del rapporto tra:

- ciascun partecipante al gruppo ed i suoi investimenti ed atteggiamenti personali rispetto al lavoro,
- il campo mentale del dispositivo terapeutico/formativo di inclusione socio-lavorativa, che organizza il gruppo di formazione psico-sociale,
- le attese istituzionali, che la committenza ha sviluppato rispetto agli obiettivi del progetto che istituisce il servizio orientamento professionale,
- i vincoli e le risorse che la comunità locale pone rispetto al lavoro dei soggetti svantaggiati in generale e dei pazienti psichiatrici in particolare.

La committenza del servizio in genere è rappresentata da enti pubblici, servizi socio- sanitari altrettanto pubblici, agenzie territoriali di sviluppo locale, ma anche associazioni di volontariato costituite da familiari e/o da pazienti psichiatrici stessi, e non ultime, cooperative sociali che hanno in gestione comunità alloggio, gruppi appartamento o servizi domiciliari e che vedono in questo nuovo dispositivo terapeutico/formativo un'efficace pratica clinica per il rafforzamento

⁵ *Temi propri del campo sociale* sono ad esempio (Profita, Ruvolo, Lo Mauro, 2007): quelli legati alla salute, alla malattia ed alla sofferenza; quelli connessi ai processi di comunicazione, di influenza e di dominio in ogni livello delle relazioni; quelli delle culture e delle identità differenti che entrano in conflitto o che dialogano e si riconoscono; quelli vicini alla fenomenologia della società più ampia (potere, scelte politiche, appartenenze e classi sociali, conflitti storici tra popoli, nazioni etnie); temi di carattere più squisitamente antropologico-filosofico (la morte ed il senso dell'esistenza, l'etica e l'epistemologia della conoscenza, la religiosità, la giustizia...).

dei Progetti Terapeutici Personalizzati dei loro utenti e contemporaneamente di ampliamento delle attività socio-economiche della cooperativa stessa.

Le Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale (MIN. SAL. 2008), oggi aggiungono anche che, rispetto a tutta questa dimensione pluri-istituzionale, ciascun Dipartimento di Salute Mentale ha l'obbligo di fornire sostegno e coordinamento ai servizi di orientamento professionale dei pazienti affetti da grave patologia mentale..

In genere questi gruppi di formazione hanno una durata modulabile in termini di annualità. In alcuni progetti di sviluppo locale possono anche servire ad orientare i partecipanti verso una tipologia particolare di lavoro, rappresentata dal settore economico su cui il progetto sta investendo. In questo caso il gruppo fornisce non solo una formazione orientata allo sviluppo dell'identità professionale, ma anche una formazione ed informazione più specifica sui profili professionali richiesti dal settore economico di investimento.

Informazioni dettagliate possono essere fornite in merito all'espletamento legale delle varie mansioni, all'esercizio regolamentare delle professioni, al livello di istruzione necessario ed ai titoli riconosciuti, ecc. ecc. Ciascun partecipante potrà così orientarsi, con il sostegno del gruppo, verso una specifica ed a lui confacente tipologia di lavoro retribuito.

La formazione psico-sociale di base proposta da questi gruppi ha invece il molteplice obiettivo di stimolare la riflessione dei partecipanti sulle proprie esperienze, potenzialità e risorse professionali, sulla possibilità di trasformarle in un progetto di impiego o auto-impiego concreto, sui vincoli sociali, giuridici, economici e non ultimo familiari, che condizionano tale possibilità.

Il gruppo dovrà quindi lavorare sulla motivazione dei propri

partecipanti ad uscire dalla condizione di emarginazione sociale in cui versano, ad investire maggiormente sulla propria identità professionale, ed a trasformare in una specifica professionalità il lavoro di servizio e/o protetto più o meno volontario che di solito già tutti i giorni i suoi membri esercitano in famiglia, o nelle residenze più o meno sanitarie nelle quali abitano, per poterlo infine spendere al meglio sul mercato del lavoro. Esperienza queste che, con le connesse competenze apprese ed esercitate, potranno così essere spese al meglio sul mercato del lavoro.

3. Il gruppo mediano di formazione nel dispositivo di inclusione socio-lavorativa

Il gruppo di formazione psico-sociale dei pazienti con grave patologia mentale si caratterizza quindi, come già detto, in un gruppo mediano a conduzione psicodinamica- gruppoanalitica con carattere prettamente espressivo-esperienziale. La metodologia che lo contraddistingue è quella dell'esposizione personale dei partecipanti rispetto alla riflessione sulle tematiche sopra descritte dell'inclusione socio-lavorativa, alla loro partecipazione alle attività proposte dal conduttore (tecniche espressive e corporee, e ove uno dei due conduttori fosse specificamente formato: *psicosociodramma, danzamentoterapia, laboratorio immagini-relazioni, ecc.*), ed all'elaborazione di tutto questo attraverso la processualità del lavoro di gruppo.

I conduttori, in genere psicologi e psichiatri esperti in psicoterapia di gruppo, meglio se in coppia di co-conduzione, devono anche essere già formati alla conduzione di gruppi mediani clinico-sociali, possono anche essere coadiuvati da uno staff composto da osservatori

partecipanti e dai referenti istituzionali del progetto che ha istituito il servizio di orientamento professionale all'interno del quale è stato concepito il dispositivo terapeutico/formativo in questione.

Il conduttore è il garante dell'organizzazione di lavoro del gruppo di formazione e della processualità attivata dal suddetto dispositivo. Processualità che, nella nostra esperienza, è sempre stato possibile articolare in quattro fasi.

La prima e fondamentale fase di lavoro normalmente consiste nell'accoglienza dei partecipanti da parte dei referenti istituzionali e dei conduttori e nella formale presentazione di tutti i partecipanti e di tutti i membri dello staff. In questa fase avviene anche la presentazione del progetto di sviluppo locale o di salute mentale che ha istituito il gruppo di formazione.

La seconda fase è quella della presentazione personale dei singoli partecipanti e della raccolta delle loro aspettative implicite ed esplicite rispetto alla partecipazione al gruppo. Questa è la prima delle due fasi centrali del processo e prevede la conoscenza reciproca per la fondazione della matrice dinamica del gruppo. Tale fondazione avviene attraverso lo scambio, la risonanza ed il rispecchiamento reciproco delle esperienze personali di ciascuno rispetto alle tematiche della formazione scolastica o professionale, dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale in genere. In genere, in questa fase, si lasciano sullo sfondo tutte le tematiche relative alla storia clinica di ciascuno ed alla sofferenza mentale che la patologia di ciascuno ha determinato. Le dimensioni mediane del gruppo aiutano i conduttori a centrare il lavoro sulla dimensione comunitaria dell'esperienza evitando che le tipiche dinamiche transferali del piccolo gruppo psicoterapeutico prendano il sopravvento.

La terza fase è quella del lavoro di attraversamento ed

approfondimento dei vari temi, modelli e valori culturali emersi rispetto al mondo del lavoro ed alla comunità locale. Lo svolgimento di giochi di gruppo di tipo espressivo-corporeo, stimola la partecipazione e l'elaborazione di tutti i membri del gruppo e permette ad ognuno di cimentarsi con le tipiche difficoltà di gestione delle regole condivise e della collaborazione con gli altri. Sono questi due aspetti fondamentali per una buona preparazione di base all'inserimento nel conteso lavorativo, sui quali il gruppo lavorerà per tutta la durata dell'esperienza.

La quarta ed ultima fase consiste nella costruzione di un senso grupppale sulle tematiche emerse, nella valutazione istituzionale del contesto sociale di appartenenza e contemporaneamente nella condivisione di nuove rappresentazioni mentali che ciascun partecipante ha sviluppato, attraverso l'esperienza del gruppo, rispetto all'investimento formativo ed alla identità professionale. L'obiettivo di questi gruppi è inoltre quello di permette ai suoi partecipanti di sviluppare una rete di legami interpersonali che possano continuare a funzionare anche dopo la fine dell'esperienza formativa e che servano, per ciascuno, da riferimento cognitivo/affettivo per dare senso alla propria condizione sociale e lavorativa, ma anche da sostegno emotivo e sociale alla propria realizzazione professionale. Inoltre l'esperienza grupppale permette ai partecipanti di fermarsi a riflettere sulle modalità con cui la loro famiglia, e le istituzioni pubbliche e sociali della loro comunità, hanno sostenuto, piuttosto che vincolato se non francamente ostacolato, lo sviluppo della loro identità professionale. Un dispositivo terapeutico/formativo così organizzato, crea infatti una dinamica psichica di tipo comunitario, che permette di istituire un contesto *altro*, oltre che *protetto*, dal quale osservare con maggior distacco, il proprio modo di partecipare e di contribuire alla vita della propria

famiglia e/o della propria comunità di vita, per elaborare ed immaginarsi, magari attraverso il confronto con altre persone, nuove soluzioni al disagio personale e nuove possibilità di realizzazione professionale.

4. Le dinamiche del set(ting) del gruppo di formazione psico-sociale

Rispetto a tutto ciò la funzione formativa del set(ting)⁶ gruppale-comunitario è quella di permettere la visualizzazione delle dinamiche istituzionali intenzionanti il gruppo e la riflessione sulle modalità personali di ognuno di pensarsi parte di una comunità sociale che comprende non soltanto il proprio ambiente di vita familiare ma anche dinamiche culturali, economiche e politiche che bisogna imparare a riconoscere. A questo si aggiunga una funzione più analitica di riflessione sugli intenzionamenti familiari rispetto allo sviluppo della propria identità sociale, cioè rispetto al ruolo che ciascuno si ritrova ad interpretare nello sviluppo della propria comunità di vita. Ma anche una funzione di interconnessione tra

⁶ Il concetto di Set(ting) è una delle più profonde elaborazioni dell'originale intuizione di Sigmund Foulkes su come e cosa poter considerare il "contesto terapeutico". Il padre della gruppoanalisi lo definisce appunto: la "situazione totale" e con essa intende "tutte le circostanze oggettive della realtà e le regole, implicite o esplicite, osservate nell'incontro". Essa "va considerata come lo schema di riferimento per tutte le operazioni e per l'interpretazione (la comprensione) di tutti gli eventi osservabili" (Profita, Venza, 1995). Il Set(ting) è la macro unità di analisi per la comprensione degli accadimenti relazionali all'interno della situazione terapeutica. Lo Verso (1994) propone infatti di chiamare Set(ting) la connessione del "campo procedurale" (Set) e del "campo mentale" (Setting) della cura. Giannone e Lo Verso, approfondendo la riflessione, di Nathan (1996) e di Menarini e Pontalti (1986), su queste due grandi aree, che possono essere osservate all'interno del più generale "campo esperienziale" della terapia, ripropongono tale distinzione per indicare (Giannone, Lo Verso, 1997):

1. a) con il termine Set, "le variabili strutturali, visibili, esplicitamente definite che stabiliscono il territorio, i confini, le caratteristiche e le fondamentali regole di esistenza della situazione terapeutica";
2. b) con Setting, "le variabili teoriche e quelle personali del terapeuta, riferibili all'impianto strutturante, invisibile, ad essa sotteso".

pazienti e/o ex-pazienti psichiatrici di una stessa comunità, che si trovano tutti in situazione di disagio psico-socio-economico, e che hanno così la possibilità di scoprirsi risorsa l'uno per l'altro. Mettendo quindi le basi per il superamento di quella diffusa diffidenza reciproca che preclude loro la pur minima possibilità di incidere sulle dinamiche culturali, economiche e politiche che attraversano i loro spazi di vita. Le stesse dinamiche che portano all'emarginazione sociale di questi soggetti e che possono impedire lo sviluppo, ma spesso anche la sopravvivenza stessa, della comunità sociale territorialmente (politicamente ed antropologicamente) intesa.

Pensiamo quindi al lavoro di questi gruppi come ad un processo di rielaborazione collettiva che si svolge secondo le quattro fasi sopra descritte, distinte sebbene sfumate una nell'altra, ma pur sempre in successione cronologica.

1. Analisi della domanda esplicite ed implicite.
2. Donazione di senso all'incontro con l'altro
3. Sviluppo di competenze psico-sociali
4. Tessitura della rete comunitaria di sostegno e partecipazione

I partecipanti spesso si presentano al gruppo attraverso un lamento rituale, un pianto metaforico che parlava di povertà, di sofferenza e malattia e soprattutto di disagio familiare. La richiesta esplicita è spesso quella di un *sussidio* o un *posto*, non proprio o non ancora di un *lavoro socialmente riconosciuto come tale* o comunque *legalmente retribuito*.

Essi portano le *voci* dei familiari e degli operatori che sono stati loro accanto durante tutta la storia della loro malattia. *Voci* che spesso si lamentano a loro volta delle incapacità dei pazienti, o che profetizzano tragedie in conseguenza di decisioni sciagurate circa il futuro.

La richiesta implicita è spesso in questi casi quella di non compromettere il delicato equilibrio che ciascuno ha trovato nel tempo tra le esigenze personali di sostegno ed assistenza, quelle delle istituzioni sociali che lo hanno, fino a questo momento, preso in carico, e gli assetti familiari che spesso assicurano l'unica fonte di gratificazione/realizzazione personale. Tale equilibrio, che fa quindi paura mettere in discussione, regge però pratiche di vita sociale che limitano enormemente non soltanto la possibilità dei soggetti con grave patologia mentale di contribuire allo sviluppo della propria famiglia e della propria comunità di appartenenza, ma anche la possibilità di portare a termine il Progetto Terapeutico Personalizzato verso una completa guarigione. La discussione sulla distribuzione dei ruoli, dei compiti e delle responsabilità sociali e domestiche, siano queste relative agli alloggi familiari o di residenzialità sanitaria, apre di solito alla possibilità di riflettere sui valori e sui temi culturali che organizzano la vita di ciascun abitante la comunità locale. Diventa così possibile allargare il campo di osservazione per uscire dalla logica contingente del bisogno immediato di aiuto economico.

Questa dinamica apre ad una seconda fase processuale che permette di riflettere sul senso che ha l'incontrarsi per parlare di se stessi e nella propria comunità di vita. La comunità viene di solito riconosciuta dai partecipanti come un luogo di vita in cui tutti si conoscono, perché spesso ci si è visti nei vari servizi, corridoi, uffici, ecc., ma senza parlarsi, per diffidenza, paura, noia, tristezza, ecc. Ci si rende così conto che in realtà non ci si conosce veramente, ma solo per luoghi comuni, attraverso altrettante *voci*, le voci del paese o le voci di corridoio. Voci che alla fine del processo grupale vengono descritte come tendenzialmente fallaci e superficiali.

Pian piano emerge così il bisogno di incontrarsi in maniera più profonda ed autentica, riscoprendo il piacere di parlare dei propri

problemi connessi a quelli della propria comunità di vita, della condizione di lavoro dei soggetti svantaggiati, ma anche delle situazioni in cui si trovano le proprie famiglie e le proprie dimore, più o meno sanitarie, più o meno protette.

Emerge di solito il bisogno di narrarsi proprie storie di vita, non solo le storie cliniche, di raccontare le origini delle situazioni familiari, cliniche e personali descritte in precedenza durante la fase di presentazione. Vengono così fuori *storie "esemplari"*, storie di quelle persone che hanno molto sofferto a causa di una grave patologia mentale e/o di grave disagio psico-socio-economico. Ma anche storie di bambini o ragazzi che sono stati educati, o costretti, alla rinuncia di qualsiasi slancio vitale che li potesse portare verso una pur minima futura realizzazione personale e professionale.

Queste storie, anche grazie alle tecniche espressive e corporee utilizzate prevalentemente nella terza fase del processo, vengono confrontate, scambiate e rielaborate dal gruppo in maniera da formare alla fine un testo collettivo accomunante nel quale ognuno potrà rispecchiarsi e riconoscersi come protagonista, spesso vittima, ma potenzialmente anche carnefice inconsapevole dei propri stessi familiari.

Il gruppo, è di solito aiutato dalla differenza di età tra i partecipanti. Attraverso l'attivazione di una dinamica di confronto intergenerazionale, il gruppo può infatti elaborare il "portato" culturale della generazione passata su quella futura e quindi riconoscere la funzione di trasmissione inconsapevole di valori e temi culturali, che ciascuno può incarnare dentro il proprio mondo familiare.

Lavorare su questi temi e sulla riscoperta della responsabilità sociale rispetto al proprio essere nel mondo, al *posto* che si occupa in esso, è quindi uno degli obiettivi clinico- sociali fondanti questo tipo di gruppi

mediani.

La quarta fase del processo elaborativo porta infine alla scoperta delle potenzialità del gruppo stesso, del fare rete e del sentirsi comunità. Le persone partecipanti al gruppo possono cioè riflettere sull'importanza della propria autopromozione e quindi sull'importanza della loro ulteriore partecipazione alla promozione sociale dei valori umani, allo sviluppo della comunità stessa e al miglioramento delle condizioni di vita delle proprie famiglie e dei propri alloggi.

Il gruppo diventava quindi un'occasione per ritessere le reti di solidarietà locale, di vicinato e di territorio, potendo anche guardare in faccia la paura e la diffidenza dell'altro, per riconoscerla e rendere parlabile. L'Altro potrà così essere sentito non soltanto come un concorrente in competizione per rubarti spazi ed opportunità, ma anche come colui con cui è possibile associarsi e collaborare per costruire nuove possibilità professionali e reali alternative di vita nei propri contesti sociali di appartenenza.

Bibliografia

Barone R. (2002). *Cantieri aperti: società locale e salute mentale*. Caltagirone (CT): Accademia della piazza.

Barone R., Bellia V. (2000). *Il volo dell'airone*. Milano: FrancoAngeli.

Barone R., D'Anna A., Volpe A. (2001). *I percorsi per l'inclusione sociale*. Caltagirone (CT): Accademia della piazza.

Bellia V. (2002), Gruppi in (?)azione per la salute mentale; in Di Maria F., Lo Verso G. *Gruppi. Metodi e strumenti*. Milano: Cortina.

COM (2005) 484 Definitivo, *Libro Verde. Migliorare la salute mentale*

della popolazione; Bruxelles.

De Maré P. B., Piper R., Thompson S (1991), *Koinonia: From hate through dialogue to culture in the large group*. London: Karnac Books. Trad it. (1996). *Koinonia. Dall'odio, attraverso il dialogo, alla cultura nel grande gruppo*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.

Foulkes S. (1975a), *L'approccio psicoanalitico ai problemi del gruppo allargato*; trad it. in Kreeger L. (1978), *Il gruppo allargato. Dinamica e terapia*. Roma: Armando.

Foulkes S. H. (1975b), *Group-Analytic Psychotherapy*; London: Gordon & Breach. Trad. it. (1986) *La psicoterapia gruppoanalitica*, Roma, Astrolabio.

Giannone F., Lo Verso G. (1997), *Problematica del setting e valutazione della situazione terapeutica*; in Profita G., Ruvolo G., *Variazioni sul setting*. Milano: FrancoAngeli.

Hopper E. (1994), *Il tempo del cambiamento*; in Di Maria F., Lavanco G. *Nel nome del gruppo*. Milano: Franco Angeli.

Lo Verso G. (1994). *Le relazioni soggettuali*. Torino: Boringhieri.

Menarini R., Amaro C., Papa M. (1995), *La terapia gruppoanalitica: campo mentale del trans personale e della polis*; in Di Maria F., Lo Verso G., *La psicodinamica dei gruppi*. Milano: Cortina.

Menarini R., Pontalti C. (1986). *Il set familiare*; in *Psicoterapia e scienze umane*, n. 4.

MIN. SAL. (2008). *Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale*. Governo Italiano, Ministero della Salute; Roma.

- Nathan T. (1996), *Principi di etnopsicoanalisi*. Torino: Boringhieri.
- OMS (2001), *Rapporto sulla salute mentale: nuova visione, nuove speranze*; Geneva.
- OMS (2005), *Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa. Affrontare le sfide, creare le soluzioni*; Helsinki.
- Profita G., Ruvolo G., Lo Mauro V. (2007). *Transiti psichici e culturali*. Milano: Edizioni Libreria Cortina.
- Profita G., Venza G. (1995), Il gruppo in psicologia clinica, in Di Maria F., Lo Verso G., *La psicodinamica dei gruppi*. Milano: Cortina.
- Rouchy J.-C. (1998). Il gruppo spazio analitico. Trad. it. (2002) Roma: Borla.

Fondare e rifondare il gruppo in Comunità Terapeutica

Stefano Alba, Luigi D'Elia

Gli autori descrivono l'esperienza di conduzione dei gruppi nelle Comunità Terapeutiche. Il gruppo, a causa delle sue caratteristiche "istituenti", insature, costantemente rifondative, permette a chi lo frequenta di utilizzarlo come una parte della vita della Comunità Terapeutica nella quale potersi scoprire e sperimentare.

Comunità terapeutica; Gruppi slow-open; setting di gruppo

Founding and re-founding the group in the therapeutic community

The authors describe the experience of conducting groups in therapeutic communities. The group, because of its "instituting", unsaturated, and constantly refounding characteristics allows those who attended to use it as a part of the life of the therapeutic community in which exploring and experiencing him/herself.

Therapeutic community; Slow-open groups; Group setting

1. Premessa

Condurre un gruppo in una Comunità Terapeutica¹ (CT) richiede la pazienza di attendere ed osservare un **cantiere sempre aperto**. Appena senti che una gruppalità sta germinando, dopo averla "intenzionata", seguita e coltivata per mesi e mesi, ecco che quel gruppo è destinato a sciogliersi e riconfigurarsi per via di una o più dimissioni o di nuovi ingressi che rimescolando le carte ci obbligano a ricominciare. Ma non si tratta, come qualcuno potrebbe malintendere, della mitologica ed improduttiva fatica di Sisifo: il cantiere è sempre aperto, ma il **cantiere** è la Comunità stessa, la sua

¹ La Comunità Terapeutica da cui è tratta questa testimonianza è la Comunità Passaggi di Oricola (AQ), nata nel 1999, www.comunitapassaggi.it

memoria storica, la sua cultura istituzionale, le sue cicatrici e le sue piccole grandi vittorie che, sedimentandosi, finiscono per creare un humus sul quale si ricomincia daccapo in attesa che una nuova gruppabilità germini ancora sullo stesso terreno.

Chi finisce il percorso in Comunità si porta via proprio questo sentimento del **costruire insieme continuo** come patrimonio da spendere ovunque.

A fronte delle biografie dolenti dei nostri ospiti, spesso alle prese con le vicende della psicosi e di organizzazioni borderline della personalità, questo sentimento costruttivo rappresenta un transito incisivo e de-cronicizzante oltre che un bagaglio strutturante².

2. Alcuni elementi del setting

Il gruppo di cui raccontiamo si svolge settimanalmente all'interno di una comunità terapeutica per pazienti con problematiche psicopatologiche severe ed ospita un massimo di nove persone con un'età compresa tra i 20 e i 38 anni. La composizione al momento della stesura di questo lavoro vede due donne e sei uomini.

Un primo elemento caratteristico del Gruppo Terapeutico (GT) in comunità è che i partecipanti convivono all'interno della struttura (un ex casale agricolo opportunamente adattato).

Rispetto ai contenuti emergenti in gruppo, spesso la convivenza è in primo piano, con una maggiore focalizzazione sulle relazioni attuali rispetto alle relazioni storiche familiari, seppure queste ultime siano pur sempre presenti e ricorrenti nei temi gruppali. Spesso infatti il

² Ci conforta una prima verifica di follow-up svolta nel 2005 su 26 ospiti transitati nei primi 6 anni di vita della struttura dove questa percezione clinica viene confermata (www.comunitapassaggi.it/pdf/studio_follow_up.pdf)

pretesto è la quotidianità e a volte può essere difficile accedere immediatamente a dimensioni più ampie e connettersi alla storia: gli ospiti della comunità sono impegnati costantemente nella vita insieme, in una trama di relazioni significative e impegnative. Il gruppo evidentemente non si conclude alla fine di una seduta, ma continua fino a quella successiva.

La convivenza in CT tesse infatti la trama di una storia (che si affianca alla storia/piattaforma culturale dell'istituzione-CT) che diventa la nuova matrice significativa sulla quale ogni ospite prova a costruirsi e a rapportarsi.

Daniele, ospite della comunità da 8 mesi, osserva uno scollamento nel gruppo: "Così non va! Siamo ognuno per i fatti suoi! Perché chiediamo una consulenza per un intervento di team building? Lo so che voi con gli psicologi del lavoro... ma nelle aziende si fa e si possono avere anche ottimi risultati."

Lamenta che non si fa gruppo, che ognuno sta per conto suo, e passa poi a raccontare dei momenti in cui invece ha sentito il gruppo come presente citando l'organizzazione di una festa aperta all'esterno che ha visto tutti impegnati in vista di un obiettivo comune.

L'invito di Daniele non sembra essere raccolto dagli altri e c'è un clima di frammentazione con i partecipanti che a turno lasciano il gruppo con motivazioni diverse per poi tornarvi.

I conduttori osservano come manchino Carlos, in dimissione entro un mese, Alfonso, ospite successivo in termini di anzianità di permanenza, e Marianna, che dopo poche settimane dal suo problematico ingresso è ora ricoverata in una clinica. Il problema sembra essere che gli anziani del gruppo non ne trasmettono i valori ai nuovi: serve una guida (magari operatori esterni), delle bussole e Daniele, che sembra candidarsi a svolgere questo ruolo, domanda ai terapeuti cosa faccia gruppo, inteso sia come GT che nella

quotidianità.

All'osservazione di uno dei due conduttori rispetto alle assenze degli anziani, rispondono le lacrime di Marta che tra qualche mese concluderà il suo percorso: "Io alla dimissione non ci voglio pensare!" e piange.

Questo pianto apre la possibilità per gli altri di parlare delle loro esperienze e difficoltà e sembra che a "fare gruppo" sia proprio il parlare di sé ed essere coinvolti e partecipi della vita degli altri.

Anche i terapeuti, come gli ospiti, abitano in diversi modi l'organizzazione svolgendo funzioni diverse. Luigi D'Elia, psicoterapeuta gruppoanalista, è tra i fondatori della CT, ed è anche il terapeuta individuale di gran parte degli ospiti. Stefano Alba, psicoterapeuta gruppoanalista, è il responsabile del programma di comunità e coordina i progetti terapeutici degli ospiti seguendo inoltre le famiglie di una parte di loro. Da circa un anno è poi presente Salvatore Costantino, anch'egli psicoterapeuta gruppoanalista, che lavora come operatore nella quotidianità.

E' evidente come già nelle persone dei conduttori entrino in gioco, attraverso le loro funzioni, diverse dimensioni contemporaneamente.

Il GT ripropone quindi costantemente, su altri registri, tematiche emerse in altri spazi gruppali che fondano la vita dell'istituzione, quella che noi definiamo la **matrice terapeutica della convivenza**: la vita quotidiana, le assemblee, gli spazi espressivi, gli spazi formativi interni ed esterni e, non da ultimo, le innumerevoli questioni legate alla vita in famiglia, niente affatto interrotta dalla residenza in CT, ma sempre presente in concomitanza dei periodici ritorni a casa durante i week-end concordati.

3. Il Gruppo Terapeutico dentro la complessità osservativa della CT

E Per poter condurre il gruppo è quindi necessario avere una comprensione più ampia di quanto va accadendo in quel momento all'interno dell'istituzione e nella relazione di ognuno con la comunità nel suo insieme.

Nel gruppo si realizza quindi una **condensazione dinamica** di diversi piani e lo si può comprendere solo entro la dimensione più ampia della comunità nel suo insieme e della vita dei gruppi che la abitano: il gruppo équipe, con le sue dinamiche e vicende istituzionali; all'interno dell'équipe stessa, i sottogruppi operatori/responsabili; il gruppo degli ospiti; il gruppo dei familiari; fino ad arrivare al singolo ospite.

I conduttori, dunque, giungono alla conduzione del GT con questa trama complessa di variabili della vita mentale dei singoli e del gruppo stesso, provando a tenerle assieme senza farsene schiacciare e cercando al contempo di non farsi manipolare dalle questioni calde della quotidianità all'ordine del giorno, ben sapendo che prima o poi emergeranno, ma nella modalità e nella forma che il gruppo autonomamente deciderà.

In altre parole, la vita quotidiana in una CT non consente sempre, specie in alcuni momenti critici, la sospensione dell'azione, del giudizio, l'apertura dello spazio di riflessione ed elaborazione. Sta alla conduzione (anche qui) ricavarlo, talora faticosamente, e spesso utilizzando uno stile di conduzione più direttivo, mirato alla conservazione dello spazio gruppale.

La CT è dunque soprattutto un contesto di vita per gli ospiti residenti e in parte per gli operatori, ma è anche un'irripetibile possibilità per i curanti di istituire **contesti osservativi** che incrocino, proprio a ragione di questo assetto residenziale, tutti i piani della vita mentale

degli individui.

La vita dell'ospite si dipana attraverso la relazione che egli intrattiene con sé stesso, con il tempo, con lo spazio, con il fare, con gli altri ospiti, con gli operatori, con la famiglia, con il mondo sociale attuale e con quello precedente all'ingresso.

Una CT consente, nell'ottica gruppoanalitica, l'intreccio di **estensioni gruppali** esterne ed interne, e questo richiede un addestramento alla complessità del campo osservativo che preveda l'inclusione di numerosissime variabili della vita mentale, che non sono normalmente e immediatamente osservabili in altri contesti clinici, come quelli ambulatoriali, che risultano essere, al confronto del campo della CT, osservazioni molto parziali.

L'ospite della CT viene incontrato e conosciuto profondamente in innumerevoli momenti e attraverso innumerevoli dispositivi osservativi duali, gruppali, familiari, sociali, sia di tipo formale che informale, per cui fase diagnostica e fase terapeutica corrono in parallelo durante tutto il periodo del percorso terapeutico senza soluzioni di continuità. E questo accade fin da prima dell'ingresso in CT, nella fase di avvicinamento, durante la quale un operatore svolge alcune preliminari visite domiciliari; anche l'ospite visita periodicamente la CT, durante la sua permanenza, fino a dopo le dimissioni, momento in cui sono previsti ulteriori incontri familiari di monitoraggio e verifica (oltre che numerosi contatti informali con operatori e ospiti ancora residenti).

- Tale complessità del campo osservativo-terapeutico compendia le osservazioni di ogni altro convivente interno ed esterno alla CT, i cui racconti vengono raccolti nelle innumerevoli occasioni di incontro e confronto ed integrati nelle riunioni gruppali sia dell'équipe che nei diversi momenti gruppali in CT.

- Il momento settimanale della riunione di équipe parte infatti con l'ordine del giorno fisso del racconto dell'ultimo gruppo terapeutico, come a sottolineare che quanto emerge in questo contesto di gruppo sia in qualche modo una chiave di accesso privilegiata di quanto sta accadendo profondamente nella vita mentale della CT, da cui poi si riescono a rileggere molti altri avvenimenti e dinamiche interne ed esterne.
- La riunione di équipe diventa il momento di sintesi dove converge tutto il dispositivo osservativo della CT e dove, attraverso un paziente lavoro di tessitura, si costruisce la trama rappresentazionale con la quale l'équipe stessa interagisce dinamicamente con ogni ospite.

4. Marta lascia la Comunità

Marta tra due mesi lascia la CT. Lei non è stata un'ospite qualsiasi, il suo non è stato un passaggio inosservato. Nei due anni trascorsi con noi molte cose sono accadute e non è facile dirsi che tra poche settimane ci lascerà.

Gli ospiti risiedono all'interno della struttura e il percorso varia da 1,5 a 2,5 anni, con un tempo medio di 1,8. In pratica quasi ogni mese c'è almeno una dimissione o un nuovo ingresso e questa caratteristica informa molto la natura e la struttura del gruppo che si presenta, come detto in apertura, in **continua fase di fondazione/rifondazione.**

È un gruppo che non vede vere e proprie **conclusioni di terapia:** per lo più testimonia di passaggi, (che è poi il nome che la nostra comunità porta) che aprono a futuri percorsi terapeutici (in senso stretto o come dimensione di novità successiva). L'orizzonte in cui ci

si muove non è la conclusione della terapia, quanto la possibilità di realizzare transiti evolutivi che aprano a nuovi percorsi, di vita e di cura.

In questa accezione la "terapia" coincide con il continuo passaggio delle fasi vitali, ed è proprio in questo **movimento transitante** che possiamo riconoscere una inedita mobilità nelle doloranti e faticose biografie degli ospiti, i quali nella maggior parte dei casi riescono ad utilizzare il passaggio in CT come precedente biografico strutturante e progettuale.

Fabrizio dice che non sa se verrà al soggiorno estivo, la sua schiena non glielo consente.

I conduttori pensano che quello non è un semplice "dolore di schiena"....

Daniele va invece al sodo: "Mi vergognerò certamente se Alfonso farà le sue sparate". Il confronto con l'esterno appare impensabile.

Anche Alfonso sta per uscire, ma diversamente da Marta, non sembra aver molta voglia di condividere con gli altri le sue esperienze.

Ancora Fabrizio descrive questo soggiorno come un sentirsi catapultato con tutta la CT in un luogo sconosciuto e pericoloso.

"Sì, vabbé, ma com'è questo soggiorno, chi ce lo può raccontare?" È proprio Marta, insieme ad uno dei conduttori che aveva partecipato al precedente soggiorno, che descrive il soggiorno dell'anno scorso, come un'esperienza divertente e piacevole.

Il costante ricambio di ospiti fa sì che siano i terapeuti, oltre agli ospiti "anziani", i custodi della cultura del gruppo e che in maniera più attiva ne trasmettano i valori e la memoria.

Nell'organizzazione della CT lo spazio denominato e individuato come "gruppo terapeutico" si differenzia dagli altri momenti gruppali per una serie di regole di set/setting che ne definiscono la sua "natura" e che sono, essenzialmente, l'enfasi sulla partecipazione e sulla

condivisione, la non decisionalità, la libertà e la facoltà di espressione, la circolarità della comunicazione e la conduzione in coppia.

Ma al di là della connotazione "terapeutica" di questo spazio, esso altro non è che un deposito psicodinamico istituzionale, un **archivio**, se vogliamo privilegiato, che in quanto tale si rende disponibile a tutti come memoria della CT stessa.

Infatti, su questo spazio non convergono soltanto le dinamiche e le storie attuali della vita della CT ed il loro dipanarsi, ma, ad un livello più "nascosto", converge e si deposita in esso tutta la storia istituzionale della CT, la storia delle sue crisi evolutive, dei suoi ospiti passati, di ciò che essi hanno lasciato in eredità. Questa memoria rimane presente in ogni incontro del gruppo ed ogni tanto viene rievocata e resa disponibile come piattaforma culturale sulla quale fondarsi e rifondarsi.

Francesca, compagna di stanza di Marta, le dice: Mi dispiace che te ne vai, mi sono abituata a te". Eppure non era stato così facile all'inizio tra loro due... Francesca stava male, delirava, e Marta era sul suo "libro nero" delle cattive e perfide.

Stefano, pensando a quanto sia impegnativa l'intimità e l'idea di legarsi in relazioni affettive, osserva scherzando che ci si abitua alle scarpe strette e invita Francesca ad aggiungere qualcosa su cosa provi all'idea di salutare Marta.

Francesca: "Arriverà una nuova persona... non posso stare da sola in camera? ... con Marta ora stiamo bene... parliamo... è come se ci fossimo affezionate"

Marta, che solitamente ha atteggiamenti tutt'altro che pudici, arrossisce e protesta: "No Luigi!! Adesso non mi mettete in mezzo!! Non ci voglio pensare all'idea dei saluti!!"

Il rossore di Marta è motivo di un'osservazione ironica proprio di Luigi: "Eh, certo che tu la vicinanza affettiva non la reggi..."

A questo punto qualcuno si alza per uscire, la sigaretta, il bagno, la colazione fuori orario... Il tema della vicinanza e del contatto è complicato... meglio interrompere il flusso spaventoso, e forse anche per qualcuno doloroso, di un contatto che risulta impensabile, indigeribile.

Cosa accadrà mai durante questo benedetto soggiorno? Quali verità intime, in un territorio straniero, verranno mai fuori di noi? Ma soprattutto, ora che Marta se ne va, lei che è stata costante tessitrice di relazioni, contatti, avventure, cosa rimarrà di noi, orfani di lei? La stessa Marta, in altro contesto, confessa la sua fantasia, incapsulata nella sua stessa biografia personale di lutti ed affetti discontinui, che "la CT non può fare a meno di me; cosa sarà degli ospiti che rimangono qui?".

Il GT si configura come luogo dell'intimità possibile che propone vicinanze significative nonostante le diverse precarietà che minacciano le relazioni. La precarietà legate ai transiti, e quindi al tempo limitato che si passerà insieme, che costringe a fare i conti con separazioni che possono avere dolorose risonanze nella biografia degli ospiti. La possibilità, nonostante la paura e l'angoscia, di fondare nuove appartenenze significative permette di rivedere e ri-significare le appartenenze storiche in nuove trame di senso. Intrecciato al lavoro con l'ospite, la comunità svolge un parallelo lavoro con la famiglia che ancora propone interessanti intrecci.

Concludiamo con due sogni, uno di Marta, a due mesi dalla dimissione, e uno della madre precedente di qualche settimana. Marta, precocemente uscita dalla famiglia ha avuto, prima del suo ingresso in CT, delle esperienze in cui ha abitato contesti devianti esponendosi a situazioni di rischio drammatiche. Per lei, a lungo vissuta con i nonni prima che la morte di entrambi segnasse una dolorosa lacerazione riaperta poi da altri esperienze traumatiche, era

impossibile pensare ai genitori come a delle figure in grado di accudirla, e per questo, si era costruita nel tempo delle maschere allo scopo di proteggersi negando i propri bisogni affettivi.

Anche i genitori vedevano con difficoltà la possibilità di reggere l'intensità degli affetti proposta dalla figlia attraverso manifestazioni caotiche e incongrue. Nel corso della sua esperienza in comunità Marta ha sperimentato nuove possibilità di relazione e può ora pensare a sé e all'altro in termini sostanzialmente diversi. In questo tempo vi sono state intense richieste affettive ai genitori che, aiutati, hanno saputo rispondere nonostante le paure.

Nel corso di un incontro familiare la madre racconta: *"Ero a casa e suonavano alla porta. Erano due signore, con delle strane maschere, tipo quelle del carnevale di Venezia. Forse erano due mie cugine. La cosa è che mi presentavano una bambina bionda che io avrei dovuto accogliere in casa. Ero molto spaventata e mi svegliavo."*

La signora collega l'arrivo di questa bambina al rientro di Marta, anche lei bionda, e al sentimento di paura che anticipa questo ritorno. Per lei è sempre stato difficile conoscere Marta e rincontrarla ora in veste di bambina sembra qualcosa che, seppur spaventoso, è possibile rappresentarsi. Le due persone seppur inquietanti nelle loro maschere celano in fondo familiarità possibili, proprio come i due terapeuti della seduta ormai molto dentro le questioni familiari. Parallelamente Marta è ormai prossima alla dimissione: spesso piange pensando alla sua uscita e commenta queste lacrime osservando come dalla morte dei suoi nonni non le capitasse di piangere così. Racconta un sogno alla sua operatrice referente e poi anche nel gruppo terapeutico:

"Questa notte ho fatto un sogno terribile ed angosciante; ero in mezzo a un gruppo di mafiosi, loro mi avevano dato delle sostanze

stupefacenti che dovevo consegnare a delle persone. Queste affermavano che io non avevo consegnato tutto e che mi ero tenuta una parte della roba. Io dicevo che non era vero ma non mi credevano e insistevano accusandomi di averla rubata; ero terrorizzata e avevo paura che mi facessero qualcosa. Poi è successo non so che, ma la situazione si è chiarità. Questi tipi avevano capito che erano venute altre persone a prenderla.

All'improvviso in mezzo a tutti loro vedo una bambina, non so se facesse parte del loro gruppo, c'è di fatto che lei è lì in mezzo a loro. E' una bambina con dei capelli lunghi, neri, con una carnagione molto chiara, il suo corpo è trasparente e si vedono tutti gli organi interni congelati, sembra fatta di cristallo. All'altezza del cuore c'è una ampolla rossa, è il suo cuore congelato, ghiacciato. Si è avvicinata a noi due e le abbiamo domandato cosa avesse. Ci ha detto che soffriva di una malattia molto rara, gli abbiamo domandato qual fosse il nome di questa malattia e lei ci ha detto che era "La malattia della bambina morta dentro". Io mi sentivo molto angosciata non sapevo cosa fare, ho visto che tu ti avvicinavi a lei, mentre io non sapevo dove mi trovavo; se ero parte della scena o invece solo una spettatrice.

Provavo una grande paura, non sapevo cosa fare, ero come paralizzata. Poi vedo che Norma (NDR, la sua operatrice referente) si avvicina a lei e l'abbraccia teneramente, allora anche io cammino verso di loro e le abbraccio, la bambina è in mezzo a noi due, all'improvviso vedo che dal suo corpo scorre del sangue come se stesse scongelandosi. I nostri vestiti che erano bianchi sono tutti sporchi di sangue. La vista di questo sangue mi angoscia sempre di più. Chiedo a Norma cosa dobbiamo fare, lei è tranquilla e io sempre più angosciata, mi domando se questa bambina sia umana. All'inizio pensavo che fosse un robottino ma la scoperta del sangue mi fa pensare che sia umana, qui mi sono svegliata bagnata di sudore e

spaventata da morire”.

Anche Marta sembra potersi ora rappresentare la possibilità di vicinanza affettive in grado di scongelare il corpo aprendolo alla calore di un abbraccio. Per fare questo è però necessario superare le diffidenze che precedono l'incontro con l'altro, mafioso, per poi incontrare il sangue e il dolore che per tanto tempo si era cercato di congelare. Alla fine del percorso la bambina è sudata e spaventata, ma pienamente umana.

La "roba" si può spartire in quanto fatta di qualcosa di stupefacente come la memoria di incontri significativi in cui sia a Marta che alla CT rimane la disponibilità di un percorso su cui rifondare le esperienze successive. Le nuove persone che succederanno a Marta raccoglieranno quanto da lei lasciato attraverso i racconti di chi ha partecipato alla sua storia di comunità e allo stesso modo Marta potrà fondare le sue relazioni alla luce di quanto preso dalla comunità.

5. Conclusioni

Giungendo alla fine di questo nostro discorso, emergono quali aspetti significativi:

1. le caratteristiche del setting del Gruppo Terapeutico nella CT e le situazioni di convivenza e di continua riconfigurazione
2. il suo esser parte di un campo osservativo/terapeutico piuttosto articolato, appartenente ad una cultura istituzionale psicodinamica
3. le potenzialità che esso esprime attraverso il racconto clinico dei pazienti ed il loro accesso a dimensioni relazionali e personali inedite

Ipotizziamo, sulla base di quanto detto, che il gruppo, proprio in virtù

delle sue caratteristiche "istituenti", insature, costantemente rifondative, mantenute nel tempo e dettate in primis dal turn over degli ospiti, e poi accompagnate dalla conduzione, permetta a chi lo frequenta di abitarlo come una parte della vita della CT nella quale potersi scoprire (nella doppia accezione semantica del termine) e sperimentare. Un'esperienza emotiva, affettiva e cognitiva che lascia un segno positivo ed apre verso il futuro.

Bibliografia

Chiti E., De Crescente M. (2005) *"Follow up sui pazienti di una comunità terapeutica"* Centro Studi Passaggi, Carsoli. Disponibile su www.comunitapassaggi.it/pdf/studio_follow_up.pdf

Dalal F. (1998) *"Prendere il gruppo sul serio"*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 2002.

D'Elia L.: (2000) *"I fattori terapeutici aspecifici nelle strutture residenziali: l'inusuale osservatorio del quotidiano"* In AAVV *"Le Comunità terapeutiche. Ricerca sul funzionamento organizzativo e formazione degli operatori"* Edizioni Kappa, Roma

D'Elia L., De Crescente M., Pontalti C. (2004) *"Rete istituzionale e rete naturale. Clima terapeutico e cura dei confini nelle Comunità terapeutiche"*. Rivista Gruppi 3/2004, Franco Angeli editore, Milano. Disponibile su www.comunitapassaggi.it/pdf/articolo_confini.pdf

Fasolo F. (2002) *"Gruppi che curano e gruppi che guariscono"*. La Garangola, Padova. Lo Verso G. (1994) *"Le relazioni"*

soggettuali". Bollati Boringhieri, Torino.

Pontalti C. (1997) "*Matrice familiare e radici dell'identità: emozioni, sentimenti, affetti*" in Andolfi M., Angelo C. (eds.), *Emozioni e Sistemi*, Raffaello Cortina Editore, Milano

Pontalti C. (2005) "*Prospettiva multipersonale in psicopatologia. Connessione o lacerazione dei contesti di vita*". In corso di stampa.

CLINICA E ISTITUZIONI

Verso una psicoterapia di comunità per il nuovo disagio mentale

Raffaele Barone, Simone Bruschetta

Gli autori sviluppano alcune riflessioni sul rapporto tra l'emergere di nuovi disagi mentali e la società post-industriale. Essi sostengono che il nuovo mandato sociale degli operatori della salute mentale sia di aiutare le comunità di vita e di lavoro a sviluppare pratiche coevolutive che consentano di prevenire e curare la frammentazione della vita psichica che caratterizza oggi contesti di vita contemporanei.

Psicoterapia di comunità; Nuovi disturbi mentali; Società post-industriale

Towards a community psychotherapy for the contemporary mental disorders

The authors develop some reflections on the relationship between the emergence of new mental disorders and post-industrial society. They argue that the new social mandate of mental health professionals is to help the community to develop co-evolutionary practices for preventing and treating the fragmentation of psychic life that characterizes today's contexts of contemporary life.

Community psychotherapy; Contemporary mental disorders; Post-industrial society

1. Gruppoanalisi e nuovi confini della psicopatologia

La gruppoanalisi inglese, nata dall'incontro fecondo tra i paradigmi sociologici ed antropologici della ricerca sulla natura umana con la prassi cliniche, psicologiche e psicoanalitiche, ci spinge a considerare la realtà intrapsichica un riflesso della realtà interpersonale e ad intendere, di conseguenza, il fatto psicologico come empiricamente preceduto dal fatto sociale. Secondo questa ipotesi, i confini tra i nostri territori psicologici e sociali di appartenenza, che fenomenologicamente ci differenziano dalle altre persone, al contempo in realtà ci legano indissolubilmente ad esse (Brown, Zinkin, 1994; Dalal, 1998).

Più recenti teorizzazioni gruppoanalitiche hanno inoltre portato a considerare il disagio mentale che caratterizza la nostra società, come la conseguenza della progressiva irriducibilità culturale che si sta venendo a determinare tra i campi mentali all'interno dei quali si declina la vita dell'individuo: la famiglia, la scuola, il lavoro, il quartiere, la città, ecc. (Lo Piccolo, 2000).

Il campo mentale familiare non è più percepito come isomorfo a quelli sociali che regolano la vita formativa, lavorativa, aggregativa e politica. Ciò determina una grave deficit di base, che le nuove generazioni si trovano a dover colmare nel momento in cui le istanze familiari, di cui sono portatrici, si devono esplicitare sulla scena sociale (come ad esempio nell'istituzione scolastica, cioè ben prima della paradigmatica crisi adolescenziale).

Si determina contemporaneamente anche una difficoltà esistenziale dei genitori nell'integrare le proprie modalità di percepire, rapportarsi e pensare a se stessi in relazione agli ambienti vitali di appartenenza e di partecipazione sociale dei propri figli. Detto ancor più esplicitamente, i modelli relazionali ed i valori culturali appresi e/o trasmessi nel mondo familiare non sono più validi, utilizzabili e riconoscibili nei contesti di vita e di partecipazione sociale; e viceversa.

L'anomia sociale che incide così tragicamente sull'istituzione familiare di oggi e la conseguente difficoltà di investimento nella funzione genitoriale da parte di tutti gli individui che abitano le nostre comunità di vita, portano alla diffusione di una specifica sofferenza mentale e uno specifico disagio sociale che ci parlano in realtà dei disturbi e/o delle difficoltà nella relazione fondante ogni gruppo umano e cioè quella tra le generazioni, la cui qualità per definizione determina le possibilità evolutive specie-specifiche.

All'interno delle nostre famiglie sembra infatti entrare in crisi proprio

l'investimento narcisistico che la generazione dei genitori fa sulla progenie. Investimento narcisistico intrafamiliare oggi disturbato dalle forti sollecitazioni che le strutture narcisistiche personali subiscono sul confine con il mondo sociale extrafamiliare. Da qui le classiche patologie della dipendenza/trasgressione da norme valoriali confusive rispetto ai campi mentali fondanti l'identità. Norme valoriali confusive, perché confusi risultano i confini tra la matrice familiare posta a fondamento narcisistico della personalità e le rete dei legami con gli altri gruppi sociali. La psicopatologia che ne deriva può assumere forme diverse come i nuovi disturbi delle dipendenze patologiche, i nuovi disturbi d'ansia come gli attacchi di panico, ma anche come i diffusissimi disturbi di personalità che ricoprono ormai un *range* sintomatologico che va dal nevrotico al francamente psicotico.

Ci ricollegiamo qui anche alle riflessioni di Stanghellini (2006) e Rossi Monti sul mutato *panorama clinico* nel quale incontriamo oggi la follia. Panorama che consente per esempio di "entrare in contatto con pazienti vulnerabili ben prima che sviluppino sintomi psicotici". "La metamorfosi della follia si palesa anche nel fatto che le psicosi assomigliano sempre più a organizzazioni di personalità e si impastano con gli assetti personologici o con gli effetti di sostanze psicoattive. Se prima il delirio era la vera icona della follia ora il prototipo della follia – sostiene Stanghellini – è una condizione strisciante pseudo-sociopatica, caratterizzata dalla perdita della capacità e della volontà di intenzionarsi in un mondo comune" (Rossi Monti, 2006).

2. Nuovi confini della sofferenza psichica

Naturalmente siamo ben consapevoli della sostanziale artificiosità di una correlazione diretta tra nuove categorie diagnostiche, che lentamente si vanno ridefinendo, e nuove modalità di sofferenza psichica, che la nostra epoca propone. Un atteggiamento epistemologicamente attento ci dovrebbe indurre a riflettere costantemente su come nuove categorie e teoresi psichiatriche inducono l'occhio del clinico a vedere altrettanto nuove realtà patologiche. Ma lo stesso atteggiamento etico ci induce a ricercare le matrici sociali ed antropologiche di questi cambiamenti epocali che oggi attraversano e trasformano tanto velocemente quanto irreversibilmente le persone che abitano questa parte di mondo che usiamo definire *moderna ed occidentale*. Cambiamenti che risultano essere tanto psicologici e culturali quanto al contempo imbricati nella nostro stesso funzionamento biologico (Ceruti, Lo Verso, 1998; Bocchi, Ceruti, 2004).

Quando, un secolo fa, Freud studiava per la prima volta le vicissitudini psicopatologiche dell'ansia e del narcisismo, l'istituzione familiare era sottoposta a dinamiche sociali già molto differenti rispetto a quelle di oggi. La dimensione dell'appartenenza comunitaria era più forte e maggiormente in grado di sostenere gli individui nei loro investimenti familiari. La famiglia patriarcale di tipo contadino rappresentava un'organizzazione della vita comunitaria in cui tutti gli universi sociali venivano a coincidere con quello familiare. Il ruolo genitoriale si sovrapponeva a quello di referente sociale. Le dinamiche evolutive della società, e le necessarie lotte di emancipazione delle classi più deboli, avvenivano tutte dentro la famiglia, con la conseguenza però dell'alienazione sociale, e quindi della possibile follia, per chi perdeva la battaglia e veniva emarginato.

La famiglia borghese della società industriale, rappresentava invece un'organizzazione in cui era la famiglia a conformarsi completamente alle istituzioni della società industrializzata e burocratizzata. I legami familiari si giocavano sulla scena sociale, si rappresentavano nei salotti, ma non sempre avevano un riscontro reale nell'intimità domestica. Le emozioni intense, legate al rapporto genitoriale, per essere elaborate intrapsichicamente dovevano essere rappresentate teatralmente sulla scena sociale attraverso una sintomatologia medica tutta somatica; l'isteria appunto.

Fu proprio Freud (1914, 1923) a scoprire che sia le nevrosi isteriche che la psicosi schizofreniche (queste ultime concettualizzabili a partire dallo studio di quelle particolari psiconevrosi dette appunto narcisistiche) parlavano di un romanzo familiare in cui era l'investimento narcisistico sui legami affettivi a determinare lo sviluppo psicopatologico.

Oggi non esiste più, in conseguenza dell'urbanizzazione totalizzante degli spazi di vita, una comunità familistica come quella patriarcale, ma nelle stesse città non esiste neanche più una istituzione sociale che interconnetta tutte le altre, come faceva un secolo fa l'istituzione burocratica-produttiva delle organizzazioni lavorative. La quale conformava appunto a sé non solo le istituzioni educative e formative, ma anche l'istituzione familiare, quella religiosa, e con esse tutti gli altri spazi della vita sociale. Tutto ciò non ci deve indurre a fare una battaglia di retroguardia, mitizzando i bei tempi andati, ma al contrario dobbiamo riconoscere che è cambiato il mandato sociale delle agenzie e degli operatori deputati alla cura psichica.

Nelle società industriali di inizio secolo scorso, anche le istituzioni di cura mentale erano conformi al modello di ordine burocratico ed efficienza produttiva che letteralmente regnava nell'amministrazione pubblica e nell'impresa privata. Il dissenso sociale venivano allora

combattuto politicamente e culturalmente, mentre, al contempo, veniva denegato anche il semplice disagio affettivo familiare. Dissenso e disagio venivano inoltre spesso *patologizzati*, cioè trattati come manifestazione di disordine mentale se non addirittura di perversione morale.

3. Nuovo disagio sociale e nuova patologia mentale

Oggi forse, le istituzioni professionali cui apparteniamo con ci chiedono più di difendere i confini mentali sempre più sgretolati che la nostra società ormai post-industriale sta così rapidamente svuotando di significato, né tanto meno di difendere i nuovi modelli dominanti, sociali, economici o culturali che siano. Il nuovo mandato sociale, quando eticamente assunto dalle istituzioni e dagli operatori clinici, sembra invece essere paradossalmente quello di aiutare le nostre comunità di vita e di lavoro a sviluppare pratiche coevolutive sia per quei modelli culturali emergenti dalla globalizzazione dei nostri territori urbani, sia per quei modelli culturali retaggio di antropologie che originano da ambienti relazionali sempre più poveri ed emarginati. In altre parole, potremmo dire che il mandato sociale, e forse anche la vera emergenza sociale, sembra essere quello della prevenzione e della cura della frammentazione della vita psichica lungo quei confini che un tempo, nel distinguere ambiti mentali differenti in realtà ne organizzavano gli scambi simbolici, e che oggi invece fungono da vere e proprie linee di frattura semantica difficilmente rimarginabili.

La psicopatologia infatti si manifesta sempre -e si è sempre manifestata- negli spazi e nei tempi critici degli attraversamenti dei confini territoriali, culturali e mentali che organizzano la soggettività

psichica. Solo per citare alcuni dei confini psichicamente fondanti la soggettività della nostra epoca, ricordiamo quelli tra figli e genitori, tra famiglia e società, tra affetti e lavoro, tra educazione e religione, civiltà e naturalità, cittadinanza ed esclusione, tra normalità e diversità, ecc. ecc.

Come dice Dalal (1998), richiamando una tesi quasi marxiana, è il potere che ha la società di definire i confini entro cui possano muoversi ma anche riconoscersi e quindi esistere gli esseri umani, che determina le modalità con cui la psiche, e tutte le dinamiche inconscie che la qualificano, può prendere forma in una data epoca storica.

La sofferenza psichica assume quindi oggi i caratteri di un disturbo nosograficamente determinato solo quando il disagio sociale che si viene a determinare su queste linee di frattura, invece di essere alleviato da interventi di *cura dei legami* (Scabini, Rossi, 2003) e di *presa in carico delle relazioni* (Lo Coco, Lo Verso, 2006), viene cronicizzato con interventi socio-sanitari francamente iatrogeni che accentuano il disadattamento e la sofferenza, irrigidendo le linee di discontinuità tra i campi mentali di appartenenza, e riducendo di conseguenza l'ampiezza degli spazi mentali di partecipazione alla vita civile. Per dirla in termini eriksoniani, precludendo alla radice il superamento evolutivo di una crisi psico-sociale in atto.

La patologia mentale non va quindi intesa solo come una malattia dell'individuo, né tanto meno soltanto del cervello, ma come la manifestazione di un disagio e di una sofferenza di culture, territori, comunità, reti e gruppi umani che disarticola i legami e le relazioni esistenti tra le persone e contemporaneamente ne impedisce la creazione di nuovi se non all'interno di istituzioni culturali (come la nosografia psichiatrica e la statistica psicometrica) interessate alla misurazione quantitativa della distanza tra le proprie categorie di

senso e quelle sviluppate dentro i contesti umani nei quali la sofferenza si manifesta.

Siamo consapevoli quindi che il sistema nosografico adottato non può che avere una rilevanza scientifica relativa, contestuale ed affatto universale, se non esclusivamente come sapere sedimentato delle pratiche di incontro e conoscenza reciproca che nella nostra società si sono nel tempo strutturate tra le istituzioni culturali che organizzano i servizi socio-sanitari ed i contesti umani di sofferenza e disagio.

Riteniamo comunque pur sempre utile il principale strumento nosografico figlio di tale incontro, il Manuale Diagnostico-Statistico dell'American Psychiatric Association, proprio perché ci mostra con un linguaggio chiaro e condivisibile da tutti gli operatori *psy*, le operazioni di costruzione sociale di quelle manifestazioni affettive, cognitive e comportamentali necessarie al posizionamento del confine tra ciò che oggi, nella nostra società, intendiamo come *normale* e ciò che definiamo come *patologico* (Canguilhem, 1966).

4. Narcisismo, lavoro clinico-sociale e prassi terapeutiche

Il rischio psicopatologico specifico che identifichiamo quindi nella nostra società è rappresentato da ciò che è stato definito *disorganizzazione della personalità*; con tutti i possibili conseguenti disordini nelle rappresentazioni della relazione tra il Sé e l'Altro da Sé; intese queste ultime gruppoanaliticamente come *relazioni soggettuali* (Lo Verso, 1994).

Intendiamo, altresì la dimensione narcisistica dei legami tra le generazioni, come dimensione strutturale della mente (Kernberg, 1975), come cioè la matrice mentale di quelle strutture psichiche dotate di stabilità e continuità nel tempo, che abbiamo definito

organizzazioni di personalità (Nucara, Menarini, Pontalti, 1995).

La personalità va dunque intesa come quella organizzazione del confine tra mondo interno e realtà esterna, che si struttura simbolicamente nel bambino che cresce in ambiente narcisisticamente investito e che si esplicita attraverso un insieme di modelli di comportamento, cioè di risposte strutturate sulla base di valori culturali. Il nucleo centrale della personalità è quindi la rappresentazione di Sé e dell'Altro da Sé, intesa come la sensazione cosciente della propria unicità individuale nella molteplicità delle relazioni e dei contesti sociali. Pertanto possiamo definire la *personalità come esplicazione sociale dell'identità* attraverso connessioni tra i confini che organizzano i diversi gruppi umani di appartenenza e partecipazione sociale, primo fra tutti quello familiare.

I temi culturali che la matrice familiare veicola come pensiero familiare prevalentemente inconscio, costituiscono i primi *oggetti-Sé* (Kohut, 1971) strutturanti la personalità dell'individuo, esplicando la funzione trasformativa del transpersonale (l'insieme di eventi inconsci collettivi predeterminati rispetto all'individuo che ne è attraversato) in eventi mentali (operazioni di pensiero autonome che strutturano la matrice dell'identità personale).

Quando le strutture interconnettive tra i vari contesti sociali vengono a mancare, allora diventa difficile assumere su di sé quella molteplicità di ruoli e funzioni sociali, (tutte una irriducibile dall'altra e potenzialmente in conflitto l'una con l'altra), che ogni individuo deve coltivare per potere crescere e realizzarsi come tale nelle nostre comunità di vita e di lavoro. Essere genitore, essere coniuge e contemporaneamente figlio, ma anche svolgere il proprio ruolo al lavoro, a scuola, nella propria vita affettiva, con gli amici, con i colleghi, ed ancora la propria funzione di professionista, cittadino,

formatore-educatore, di essere umano religioso, solidale e creativo.

5. Il nuovo disagio della civiltà iperurbana

Essere se stesso nella molteplicità (caoticità-indeterminatezza) delle relazioni interpersonali, che sono a loro volta strutturate dalla molteplicità dei campi sociali, sembra essere questa l'utopia psicologica della nostra epoca.

Un compito impossibile e paradossale per definizione, che sollecita costantemente e mette a dura prova le strutture narcisistiche della nostra personalità.

La sintomatologia isterica prima descritta non si manifesta più, ad esempio, attraverso la teatralizzazione sociale del disagio familiare, proprio perché non esiste più il teatro sociale, inteso come scena su cui rappresentare il disagio della civiltà di freudiana memoria. La scena sociale si è trasformata in una miriade di piccoli spazi di vita in cui ripetere il sintomo coattivamente, per rappresentare parti importanti di Sé come unica strategia per mantenere la fragile integrità del proprio apparato psichico.

La sintomatologia narcisistica si manifesta invece attraverso un permanere su un registro di funzionamento mentale di tipo immaginario che impedisce di pensare la comunità al di là del confine familiare, intendendo sostanzialmente il sociale come rappresentazione speculare a Sé. Una confusa e confondente società dello spettacolo, direbbe Pezzella (1996) dove l'Altro non è una persona reale, ma un principio fantasmatico privo di volto e quindi di identità incontrato su una scena sociale sostanzialmente di tipo oniroide; con poteri suggestivi, assoggettativi, manipolatori, insegnanti, seduttivi, erotici, e così via.

Il disagio psicologico nelle comunità urbane contemporanee consiste proprio nella sostanziale complessificazione e pluralizzazione dei contesti sociali attraverso i quali si fonda la soggettività e si costruisce l'identità personale, ma soprattutto sulla progressiva distanza valoriale che si determina tra le istituzioni culturali che organizzano tali contesti.

Da qui deriva l'assunto che curare la grave patologia mentale vuol dire curarsi contemporaneamente della salute mentale della comunità locale nella quale si manifesta.

Così come le soggettività che animano i contesti relazionali nei quali si manifesta il disagio devono co-evolvere assieme alla persona designata di volta in volta come paziente; allo stesso modo anche le comunità di vita e di lavoro, in cui avviene l'incontro tra le agenzie socio-sanitarie e gli operatori deputati alla presa in carico della sofferenza mentale, devono co-evolvere assieme alle istituzioni culturali ed economiche che tale incontro mediano.

La salute mentale di una comunità si misura quindi anche sulla competenza che i suoi cittadini dimostrano nel saper partecipare alla costruzioni di reti sociali sufficientemente estese ed integrate rispettando, senza però farsi *irretire* da esse, le peculiarità delle istituzioni sociali che queste attraversano e dei campi mentali che costantemente le modificano.

6. Salute mentale di comunità

La salute mentale di una comunità si misura sulla capacità che hanno le soggettività che la animano, di aumentare quello che le teorie psico-socio-economiche chiamano *beni relazionali* (Brunori, 2003). Tali beni, che nel loro complesso contribuiscono al cosiddetto *capitale*

sociale di comunità consistono essenzialmente in reti di sostegno al sentimento di appartenenza ed in processi collettivi di partecipazione, in grado di promuovere effetti *mentalizzanti* e *socializzanti* sugli individui e di ridurre quindi la *somatizzazione* del disagio psico-sociale (Fasolo, Cappellari, 1999; Barone, Bellia, 2000a).

Lo sviluppo sociale (economico, politico, culturale, ecc.) di una comunità territorialmente definita si fonda quindi sulla competenza che il management e le amministrazioni locali dimostrano nel saper progettare e governare tali reti e tali processi, costruendo su di essi efficienti organizzazioni di servizi socio-sanitari assieme ai competenti gruppi scientifico-professionali ed agli auto-organizzati gruppi sociali portatori di interessi.

Emerge quindi una idea di cura psichica intesa come lavoro di comunità con i gruppi umani all'interno dei quali attivare i fattori terapeutici tipici di tutti i dispositivi di cura multipersonali. Questi fattori possono essere infatti classificati secondo una triplice funzione terapeutica, che come fa notare Fasolo (2002) è molto simile a quella svolta nel suo complesso dall'empowerment descritto dalla psicologia di comunità.

I fattori terapeutici possono così essere distinti - secondo le più classiche ricerche empiriche sul processo delle psicoterapie (Meckensie 1997) - in fattori:

- di *Supporto*, come l'accettazione, l'universalità, l'altruismo e la speranza
- di *Rivelazione di sé*, come l'apertura, la trasparenza e la catarsi
- di *Apprendimento*, come il modellamento, l'apprendimento vicario, la guida e l'educazione.

Il termine empowerment può invece essere tradotto come processo sociale di "*apertura a nuove possibilità pensabili*" (Fasolo, 2002).

In termini gruppoanalitici invece intendiamo il processo di cura come

fondamentalmente un lavoro clinico-sociale, volto a rintracciare i contesti e le relazioni in cui si manifesta la personalità del paziente, ed a prendersi cura di tali contesti e relazioni accettando una doppia sfida. La sfida di confrontarsi con l'inconscio sociale (Dalal, 1998) dei gruppi umani di appartenenza e partecipazione (compresi quindi i gruppi curanti), ma anche quella di ricostruire (non solo in senso archeologico, ma anche nel senso letterale di costruire ex novo) nuove appartenenze sociali, ri-iscrivendo nuovamente il paziente, e chi lo accompagna nella sua esistenza, in processi e dinamiche storico-sociali che gli permettano di fare l'esperienza trasformativa del trascorrere del tempo.

Naturalmente i contesti e le relazioni sociali, dal punto di vista gruppoanalitico non sono intese come semplice dato interazionale, né tanto meno sociologica, ma come processi mentali inter-trans-multi-personali che organizzano appunto quella che possiamo definire la psiche soggettuale (Lo Verso, 1994; Lo Verso, Lo Coco, 2007).

7. Psicoterapia di comunità e grave patologia mentale

La grave patologia mentale si manifesta oggi in maniera diversa dalle vecchie psicosi schizofreniche. Oggi il disturbo psicotico sempre più spesso si ritrovano in comorbidità con gravi disturbi di personalità, disturbi dell'umore e dipendenze patologiche. L'apparato mentale, che garantisce lo sviluppo ed il funzionamento psichico del soggetto, per questi pazienti sembra difatti funzionare in maniera frammentata, sconnessa se non addirittura scissa, su di una rete di relazioni sociali. Tali relazioni sono di solito impostate, o su dei legami simbiotico-fusionali, che per definizione strutturano appunto relazioni di tipo psicosi da transfert, oppure su legami di soggezione-assoggettamento

tipici del transfert oniroide (Napolitani, 1987).

Per ristabilire l'integrità dell'apparato mentale e migliorarne la coesione risulta quindi necessario avviare, prima di qualsiasi pratica di *individuazione* e *soggettivazione*, una profonda azione di *socializzazione* e *mentalizzazione*.

Il miglior fattore terapeutico che un dispositivo di lavoro clinico può aspirare ad attivare per questi pazienti è, quindi, proprio la costruzione di una visione articolata della frammentazione del loro apparato mentale. Diventa così possibile ricostruirne la continuità del funzionamento mentale attraverso l'articolazione dei campi psico-sociali che hanno fondato le appartenenze, strutturandone la matrice identitaria.

La ricerca gruppoanalitico-soggettuale a tal proposito dimostra l'elezione, per la cura di questi pazienti, di due prassi principe (best practices) (Lo Verso, Federico, Lo Coco, 2000; Fasolo, 2002; Barone, Bellia, 2003b; Lo Coco, Lo Verso, 2007):

- la costruzione interdisciplinare di dispositivi di cura gruppali e multipersonali
- la progettazione di interventi mirati allo sviluppo di reti psico-sociali.

È importante ricordare in fine che le psicosi, da sempre, come tutte le patologie gravi, hanno anche un sostrato biologico compromesso di cui tener conto, sia quando si segue un'ottica eziologica sia quando l'ottica seguita è semplicemente quella interessata alla classificazione nosografica della sintomatologia.

Oggi in più, sappiamo che in realtà i fattori biologici, relazionali, antropologici e psichici dai quali origina la grave patologia mentale, non solo sono coesistenti, ma anche assolutamente imbrigliati l'uno nell'altro. Al punto che è letteralmente impossibile individuarne uno come vertice operativo dal quale fare discendere tutti gli altri, anche

soltanto come punto di primo approccio terapeutico.

A tal proposito ricordiamo con Fasolo (1995, pag. 322-323): che "... sembra oggi possibile sostenere che una psichiatria veramente biologica sia oltre che fisiologica appunto etologica e si occupi dell'organismo individuale e della neotenia, ma anche dell'organizzazione del suo gruppo primario, utilizzandolo come approccio e strumento d'elezione per lo studio e la cura biologica anche delle malattie mentali. L'ampia sovrapponibilità, se non la totale equivalenza, con l'approccio sociologico sarà poi argomento urgente di verifica e di rilievo accurato delle implicazioni tecnologiche. ... Un dispositivo teorico-tecnico capace di notevole efficacia specifica, tramite l'estensione delle cure dal figlio unico neotenico alla nidiata dei cuccioli, al gruppo cioè dei pari, che fra loro si aiutano, giocano, litigano, crescono. ... Si tratta di concepire l'idea che la persona non finisce mai di crescere ... La persona continua sempre il suo sviluppo che è dunque, prima di tutto, un fatto mentale; lo sviluppo della mente si può descrivere in vario modo, ma una recente formulazione gruppoanalitica articola almeno due fasi di questo processo: solo lo stabilizzarsi di una crescente coesione mentale consente il graduale passo evolutivo successivo, mai perfettamente completato, verso la coerenza."

Bisogna infine sottolineare che alla luce delle più recenti scoperte sulla natura della mente, cioè sullo sviluppo cerebrale (e delle facoltà mentali), avviato da Edelman (1992) con un innovativo programma di ricerca definito *darwinismo neurale*, sarebbe più corretto parlare, anche nel caso della psicosi, di un coinvolgimento delle prime esperienze relazionali nello sviluppo, anche anatomico, del sistema nervoso centrale e viceversa.

Possiamo a questo punto utilizzare molto piagevolmente la teorizzazione della gruppoanalisi soggettuale (Giannone, Lo Verso;

1996) sul rapporto circolare e ricorsivo tra:

- l'implicazione delle determinanti biologiche nello sviluppo mentale,
- le conseguenze delle esperienze relazionali nello sviluppo cerebrale,
- l'influenza delle modalità di funzionamento mentale nello sviluppo dei legami affettivi.

Se sosteniamo che è soprattutto la relazione interpersonale che cura e non più soltanto l'interpretazione psicoanalitica né un qualche meccanismo suggestivo o di condizionamento, come si dibatteva un tempo, allora finalmente si potranno aprire le porte della psicoterapia analitica a tutti quei pazienti, come nel caso della psicosi, che non possono facilmente accedere direttamente, almeno per le prime fasi del processo terapeutico, a modalità di funzionamento mentale di tipo immaginario e/o simbolico, e che quindi non possono ancora usufruire appieno dell'intersoggettività che caratterizza il processo terapeutico che anima i setting a bassa densità di conduzione (Fasolo 2000; Lo Verso 2002).

La frontiera della ricerca empirica sulla psicoterapia analitica per i disturbi psicotici si sposta di conseguenza su:

- le prassi che permettano agli operatori delle discipline cliniche di instaurare e reggere la relazione terapeutica con questi pazienti,
- le caratteristiche co-transferali che questa relazione deve avere per essere realmente d'aiuto e/o il meno possibile iatrogena,
- i contesti terapeutici dove è possibile che questa specifica relazione clinica si generi e si mantenga all'interno di specifici dispositivi.

Bibliografia

Barone R., Bellia V. (2000a). *Il volo dell'airone*, Franco Angeli, Milano.

Barone R., Bellia V. (2000b). Schizofrenia, Gruppoanalisi e psichiatria di comunità; in Tagliavini, Cardamone G., *Ripensare le schizofrenia*, Dugnano (MI), Edizioni Colibrì.

Bocchi G., Ceruti M. (2004), *Educazione e Globalizzazione*, Milano , Cortina.

Brown D., Zinkin L. (1994), *The Psyche and Social World*, London, Routledge. Trad. it. (1996), *La Psiche ed il Mondo Sociale*, Milano, Cortina.

Brunori L. (2003), *Relational Goods in Society, Mind and Brain: Between Neurons and Happiness*, in *Group Analysis* , Vol.16 n.4.

Ceruti M., Lo Verso G. (1998). *Epistemologia della complessità e psicoterapia*, Milano, Cortina.

Dalal F. (1998), *Taking the Group Seriously*, London, Jessica Kingsley,. Trad. it. (2002). *Prendere il gruppo sul serio*, Milano, Cortina.

Di Maria F. (2000), *Psicologia della convivenza*, Milano, Franco Angeli.

Erikson E.H. (1959), *Identity and the Life Cycle*; New York: International Universities Press.

Erikson E.H. (1968), *Identity: Youth and Crisis*; New York: Norton. Trad. it. (1980), *Gioventù e crisi d'identità*; Roma, Armando.

Fasolo F. (1995). *Verso una psichiatria a vertice gruppale*, in Di Maria F., Lo Verso G., *La psicodinamica dei gruppi*, Milano, Cortina.

- Fasolo F. (1998). *Come può ancora fare senso la psichiatria*, in Ceruti M., Lo Verso G., *Epistemologia della complessità e psicoterapia*, Milano, Cortina..
- Fasolo F. (2000). *L'organizzazione dei gruppi in un dipartimento di salute mentale*, in Costantini A., *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato*, Milano, McGraw-Hill..
- Fasolo F. (2002), *Gruppi che curano & gruppi che guariscono*; Padova, La Garangola. Fasolo F., Cappellari L. (1999), *Psichiatria di territorio. Almanacco 1999*, Padova, La Garangola.
- Ferraro A. M., Lo Verso G. (2007), *Disidentità e dintorni. Reti smagliate e distino della soggettualità oggi*, Milano, FrancoAngeli
- Freud S. (1914), *Introduzione al narcisismo*; in *Opere*, vol. VII, Torino, Boringhieri.
- Freud S. (1923), *Nevrosi e psicosi*; in *Opere*, vol. IX, Torino, Boringhieri.
- Kernberg O. F. (1975). Trad. it. (1978), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Torino, Boringhieri.
- Kohut H. (1978), *The Search for the Self*, New York, International Universities Press. Trad. it. (1982), *La ricerca del Sé*, Torino, Boringhieri.
- Lo Coco G., Lo Verso G. (2006), *La cura relazionale. Disturbo psichico e guarigione nelle terapie di gruppo*. Milano, Cortina.
- Lo Piccolo C. (2000), *Paperino non ha storia. Disturbi di personalità e universi relazionali*; in Di Maria F., *Psicologia della convivenza*, Milano, FrancoAngeli.

Lo Verso G. (1994), *Le relazioni soggettuali*; Torino, Boringhieri.

Lo Verso G. (2002), *Il gruppo nel modello della gruppoanalisi soggettuale*; in Di Maria F., Lo Verso G., *Gruppi. Metodi e strumento*, Milano, Cortina.

Lo Verso G., Federico T., Lo Coco G. (2002), *Il lavoro clinico coi gruppi nel sociale*; Roma: Borla.

Napolitani D. (1987), *Individualità e gruppalità*; Torino, Boringhieri.

Nucara G., Menarini R., Pontati C. (1995), *La famiglia e il gruppo: clinica gruppoanalitica e psicopatologia*; in Di Maria F., Lo Verso G., *La psicodinamica dei gruppi*; Milano, Cortina.

Pezzella M. (1996), *Narcisismo e società dello spettacolo*, Roma, Il Manifesto libri.

Rossi Monti M. (2006). Prefazione a Stanghellini G., *Psicopatologia del senso comune*, Milano, Raffaello Cortina.

Ruvolo G. (2000), *Aziendalizzazione della polis e coscienze comunitarie nell'azienda*; in Di Maria F., *Psicologia della convivenza*, Milano, Franco Angeli.

Scabini E., Rossi G. (2003), *Rigenerare i legami: la mediazione nelle relazioni familiari e comunitarie*, Milano, Vita e Pensiero.

Stanghellini G. (2006), *Psicopatologia del senso comune*, Milano, Raffaello Cortina.

Nascita della clinica istituzionale

Giacomo Di Marco

Il presente lavoro, nel ripercorrere le origini e i primi sviluppi della clinica istituzionale nel contesto italiana, suggerisce come molti dei principi sviluppati da questo movimento siano di estrema attualità ed interesse per gli operatori del sociale e delle istituzioni.

Clinica istituzionale; Istituzioni psichiatriche; Lavoro di cura

The birth of the institutional work from a clinical perspective

The present work, in retracing the origins and early development of the institutional work from a clinical perspective in the Italian context, suggests that many of the principles developed by this movement are of extreme interest and importance to social workers and institutions.

Institutional work; Psychiatric institutions; Care work

“agganciarsi al passato se si vuole capire tutto ciò che fu e tutto ciò che sussiste; sganciarsi dal passato per non ridurre il presente a riesumazione del passato”.
(Luigi Pagliarani)

1. Introduzione

La scelta di inaugurare la collana editoriale *Per una clinica istituzionale* con il testo di Edoardo Balduzzi¹ risponde al desiderio di ritrovare le origini dell'interesse per il ruolo terapeutico delle strutture di cura, ricercando quelle genealogie, ormai dimenticate ma pur sempre fondanti, che ci consentano di leggere la continuità o lo scarto con l'attuale sistema terapeutico. Sistema, che, non di rado, si presenta più interessato alla “ingegneria dei contenitori” che alla

¹ Balduzzi E., *L'albero della cuccagna (1964-1978 gli anni della psichiatria italiana)*, Ed Stella, Rovereto Trento, 2006

sostanza delle pratiche.

I movimenti che negli anni '60 cominciavano a mettere in discussione gli ospedali psichiatrici e a prefigurare una riforma dell'assistenza, non si limitavano solamente a denunciare il carattere emarginante e violento degli ospedali psichiatrici, ma esercitavano una critica altrettanto serrata ai modelli culturali e scientifici della psichiatria, preconizzando, e in parte sperimentando, nuovi metodi e strumenti di cura. L'urgenza di creare un assetto organizzativo nuovo faceva, talora, trascurare l'interesse per i processi; alla facilità con la quale andava diffondendosi la necessità del cambiamento e dei principi che lo guidavano, corrispondeva una altrettanto diffusa fobia verso tutto ciò che poteva assumere una codificazione e una trasmissibilità. Peraltro gli stessi modelli teorici sperimentati, le esperienze maturate non si sono quasi mai tradotte in un saper fare trasmissibile, in un sapere tecnico disponibile e migliorabile. Un pregiudizio, derivato dalla cultura e dalla filosofia di quell'epoca, voleva che alla costruzione scientifica di una via certa (di un *methodos*, cioè di un sentiero) si preferisse la *quête*. Si accoglieva cioè l'assunto che l'unica esperienza possibile per l'uomo fosse l'assenza di via (*l'aporia*), contribuendo così a considerare ogni codificazione tecnica come una sorta di alienazione, e persistendo nella convinzione che l'esperienza sia definitivamente qualcosa che si può solo fare e mai avere.

E' il ruolo da assegnare all'istituzione -negarla o renderla terapeutica- l'elemento che differenziava tra loro il movimento anti-istituzionale e la politica di Settore, imponendo una precisa opzione proprio nei confronti della tecnica.

Il testo di Balduzzi, riportandoci a quegli anni, ci invita a ripensare criticamente alla storia e più in generale al senso della pratica psichiatrica, ai suoi fondamenti, agli ostacoli e alle difficoltà che essa ha incontrato nel suo passato e che incontra oggi nel suo presente.

Il testo, nel suo procedere "rapsodico", ci mostra allo stato nascente interventi e strumenti che non servivano soltanto a trasformare l'istituzione, ma erano modalità nuove di affrontare la psicopatologia del paziente, non più con il solo modello medico, ma con apporti che derivavano dalla psicoanalisi, dall'antropologia e dalla sociologia. Nel libro si coglie una cauta adesione critica alla psicoanalisi, mediata dal riferimento al Lai de *Il momento sociale della psicoanalisi (1970)* che sottolineava come *"si tratta ogni volta di vedere quale contributo della psicoanalisi possa essere autonomo e originale, e non pura sovrapposizione eclettica di strumenti specifici di un campo di sapere ad altri campi in cui fanno incursioni più o meno dilettantesche. Come la teoria e il metodo della psicoanalisi hanno permesso di mettere a punto la tecnica del rapporto a due fra psicoanalista e cliente, si tratta ora di vedere se la stessa teoria e lo stesso metodo permettono di elaborare uno strumento di lavoro per le attività degli operatori sociali nei loro differenti campi di azione"*.

La ricerca di un metodo traspare in tutto il libro di Balduzzi attraverso i riferimenti sparsi all'identificazione operativa, al lavoro di équipe, al concetto di operatore sociale, al rapporto istituzionale (inteso come capacità di non "scollare" tra loro tecniche e istituzione), ma anche nel forte riferimento alla formazione degli operatori. Il libro degli infermieri di Plaisir (Koechlin,1974), tradotto non a caso proprio da Balduzzi, rappresentava in questo senso un'operazione esemplare, in quanto dimostrava come si potesse costruire una metodologia di intervento, coniugando la pratica con modelli teorici ad essa adattati. Nella politica del Settore si andava così configurando una possibile clinica istituzionale, la cui identità risaltava maggiormente al confronto, sotteso in tutto il libro, con il movimento anti-istituzionale, che in quell'epoca bandiva ogni sapere tecnico a favore della valorizzazione del sapere pratico degli operatori, che derivava dalla

loro appartenenza di classe.

Per clinica istituzionale non intendiamo tanto gli interventi e le tecniche che si esercitano all'interno dell'istituzione quanto l'esistenza di un progetto unitario capace di utilizzare gli spazi istituzionali come luoghi di scambio e di mediazione attraverso una metodologia operativa volta a integrare le diverse tecniche, e capace di tenere presente l'esistenza di "organizzatori" psichici inconsci soggiacenti alle pratiche istituzionali.

La scena istituzionale è contemporaneamente un insieme di gruppi e di singoli che si incontrano e interagiscono: è l'insieme di strutture e relazioni, è contenitore e contenuto. Con Francis Jeason possiamo sintetizzare: *una istituzione è indissolubilmente un insieme di strutture e l'insieme di rapporti che si vivono: senza le strutture non si possono organizzare i rapporti, ma senza i rapporti le strutture perdono di interesse* (Jeanson, 1987).

La clinica istituzionale nasce dunque con una fragilità intrinseca per la quale è necessario un forte sostegno politico, che ne garantisca le condizioni di fattibilità. Nel libro di Balduzzi il rapporto psichiatria-politica occupa una posizione centrale: risulta evidente alla lettura quanto l'assenza di uno stretto rapporto psichiatria-politica, garanzia non soltanto dell'assetto organizzativo ma, soprattutto, del suo sviluppo, sia responsabile di mancate, o parziali, realizzazioni.

L'assenza o il disinteresse per la dimensione istituzionale hanno consentito lo sviluppo della situazione attuale, caratterizzata da preoccupanti derive iperspecialistiche, responsabili di quella condizione, che ho definito *psichiatria sine psichiatria* (Di Marco, 2001).

È interessante come a questo stato delle cose abbia contribuito la corrente di Psichiatria Democratica, che dopo aver negato ogni tecnicismo ha finito per dare credito e rilevanza, con la complicità

dell'accademia universitaria, a tecniche riabilitative importate dall'estero, allo scopo di dare "scientificità" alla cosiddetta psichiatria territoriale. Si è perseverato così nel mantenimento di una scissione tra ospedale e territorio, aderendo a una concezione della psichiatria che la vuole costituita da tante psichiatrie quanti sono i campi di esercizio e di interesse, concezione alimentata e sostenuta dalla Società Italiana di Psichiatria.

Nel panorama attuale un discorso sulla clinica istituzionale con il suo insistere sui principi dell'unitarietà e continuità dei servizi offerti, viene considerato obsoleto, destinato a restare sullo sfondo o pericolosamente confuso con la riabilitazione, operando una sostanziale negazione di quanto elaborato dalle esperienze maturate degli anni della psichiatria italiana.

2. Gli anni della psichiatria italiana. Il movimento anti-istituzionale e la politica del Settore

Esiste una sorta di rimozione, o di afasia storica in relazione al movimento della psichiatria di Settore e più in generale al periodo che ha preceduto la promulgazione della legge 180.

Il clamore suscitato dalla legge di riforma in ragione dei notevoli cambiamenti che produceva nell'assistenza psichiatrica, ma anche per l'ampia risonanza ottenuta presso l'opinione pubblica, ha fatto del 1978 una sorta di anno zero della psichiatria. Un anno che rappresenta un crinale per marcare in maniera semplicistica quanto avvenuto prima, come teoria e pratica manicomiale, e quanto avvenuto dopo, come teoria e pratica innovativa e progressista.

"L'albero della cuccagna. Gli anni della psichiatria italiana 1964-1978" intende colmare una lacuna storica e restituire una legittima

collocazione a un movimento, quello del Settore, e al suo promotore, Edoardo Balduzzi, che tanta parte hanno avuto nel processo di cambiamento che in quegli anni ha investito la psichiatria come scienza e come pratica.

L'evoluzione della cultura psichiatrica italiana negli ultimi quarant'anni ruota, infatti, intorno al valore da attribuire al termine "istituzione". Uno sguardo sintetico a tale scena individua due poli importanti di sviluppo: la politica del Settore e il movimento anti-istituzionale; poli che hanno funzionato a volte in maniera complementare, ma più spesso in termini fortemente competitivi. In una prima fase entrambi sono stati accomunati dall'esigenza di differenziarsi e contrapporsi alla cultura psichiatrica manicomiale, avendo come punto di riferimento rispettivamente l'esperienza francese della psicoterapia istituzionale e quella inglese delle comunità terapeutiche. Successivamente proprio il valore da assegnare all'istituzione, nell'alternativa tra renderla terapeutica o negarla, diveniva la principale discriminante tra questi poli, esprimendo una forte contrapposizione ideologica.

Il periodo preso in esame da Balduzzi testimonia l'entusiasmo con cui prendevano forma le nuove posizioni teoriche e come esse cominciassero a guidare le esperienze pratiche, che con fervore si cominciavano a portare avanti, in un clima di forte identificazione personale degli operatori: era il periodo mitico della fondazione.

Il libro può essere letto come il racconto della fondazione della nuova psichiatria, in cui i desideri dell'utopia realizzata si scontrano intorno alla questione delle modalità per affrontare e risolvere la dinamica tra fedeltà e tradimento della tradizione, tra continuità e cambiamento. Il sogno di creare il "nuovo" anima ideologicamente i due gruppi che accentuano le differenze, si "militarizzano" in una competizione che ha come posta l'egemonia culturale del cambiamento, e quindi il

consenso e il sostegno da parte del potere politico progressista. È il movimento anti-istituzionale a ricevere maggior riconoscimento e consenso, per la capacità di utilizzare adeguatamente i mass media e per una facile sintonizzazione con lo spirito libertario del tempo. Il movimento anti-istituzionale finisce per qualificarsi sempre più come un movimento politico, che prenderà il nome di *Psichiatria democratica*, attento a esaltare il valore dei principi della nuova psichiatria, ma molto meno la loro traduzione tecnica, organizzativa e metodologica. Questa dimensione è invece maggiormente valorizzata dalla politica del Settore, che per questo viene tacciata di tecnicismo borghese.

Il contrasto tra movimento anti-istituzionale e politica del Settore emerge chiaramente se accostiamo alla lettura del testo di Balduzzi la lettura del testo di Domenico De Salvia *Per una psichiatria alternativa* (1977).

Il testo di De Salvia è, infatti, la testimonianza di come il discorso del Settore sia stato intenzionalmente travisato e avversato ancora prima che si realizzasse. E' un testo che testimonia bene la forte carica ideologica che animava quegli anni e soprattutto la posizione del movimento anti-istituzionale: una accesa critica politica dei modelli tradizionali di intervento psichiatrico (*"ci riferiamo al manicomialismo organicistico, psicoanalitico e sociologicistico...da una parte al servizio della repressione sociale dei bisogni radicali di libertà e di comunismo, dall'altra costituiscono strumenti specifici - ossia nello specifico psichiatrico- di induzione di falsi bisogni e di adattamento all'alienazione sociale (borghese) dei bisogni stessi*) e la proposizione di una prassi politica definita (*il problema è uno solo: avere coscienza dell'estraneazione necessariamente generata dal capitale, oppure esserne inconsapevoli*).

Il Settore viene considerato da De Salvia *un nuovo abito per la*

psichiatria dominante, un'ideologia di ricambio contro la quale si scaglia con un livore fazioso, che prevale su un'analisi critica della situazione. Rileggere oggi questo testo suscita un malinconico sorriso per l'ingenuità che si nasconde dietro tante affermazioni apodittiche, che seducevano i politici dell'epoca e costavano poco: la critica distruttiva non comporta spesa, anzi la riduce.

Una psichiatria, quella predicata da De Salvia, che diventa esercizio politico nella presunzione che fare psichiatria debba essenzialmente contribuire a creare un nuovo mondo (*ogni battaglia per una nuova psichiatria non può e non deve essere disgiunta dalla più ampia lotta per una società alternativa a quella borghese*).

L'accanimento con cui ci si scaglia contro la psichiatria di Settore, denunciandone il carattere riformista, sembra giustificato più dalla necessità di ribadire il carattere alternativo del movimento anti-istituzionale (tipica demonizzazione dell'avversario), piuttosto che da precisi e concreti rilievi critici ai principi e alle pratiche del Settore.

Il pamphlet di De Salvia rappresenta una voluta distorsione e manipolazione dei principi e degli strumenti della politica del Settore per ragioni di egemonia culturale e politica. Una conferma viene indirettamente fornita dal silenzio che circonda l'unica esperienza che è stata capace di coniugare la politica del Settore e la politica del movimento anti-istituzionale, esperienza che non è stata boicottata dal potere politico locale e di cui sono sempre stati visibili risultati concreti, fatti e non opinioni.

Si tratta dell'esperienza di Perugia, sulla quale, un anno prima del libro di De Salvia, era apparso un resoconto di Brutti e Scotti dal titolo *Psichiatria e democrazia. Metodi e obiettivi di una politica psichiatrica alternativa* (1976).

Un libro che rappresenta la testimonianza indiscutibile di come sia possibile coniugare tecnica e politica, a condizione che esista un

investimento vero da parte di tutta la comunità nei confronti dell'assistenza psichiatrica e che si sganci in modo chiaro e definitivo il concetto di terapia dal concetto di devianza: *"è ...possibile costruire una psichiatria come scienza dei processi terapeutici in quanto la sofferenza psichica corrisponde sia a processi di regressione e di disintegrazione, sia a processi di integrazione e di maturazione. La sofferenza psichica, come esperienza individuale e come modalità di rapporto interpersonale, corrisponde cioè a possibilità di involuzione o di mancato sviluppo, ma anche a possibilità evolutive. Quando non sono valorizzate queste possibilità evolutive, si è andati incontro a un grave rischio: che la lotta alle istituzioni dell'oppressione porti ad una proposta di congelamento della patologia psichiatrica nella comunità in funzione di un' aumentata tolleranza, in alternativa al manicomio"*.

Il confronto tra politica del settore e movimento anti-istituzionale è descritto con accenti di appassionato coinvolgimento da Balduzzi, in special modo nel capitolo dedicato alla esperienza di Torino, dove viene affrontato in modo franco il ruolo dei poteri politici forti (partito comunista, Opera pia, sindacati) la loro egualmente pesante interferenza e indifferenza.

La lettura di queste parole fa rivivere con piacere, e non senza qualche nostalgia, l'atmosfera mitica dell'epoca della fondazione, ricca di grandi fermenti e grandi aspettative, ma l'inevitabile confronto con il presente stimola sentimenti di disincanto e pessimismo.

È veramente incredibile come la storia si ripeta: il contrasto tra settore e psichiatria democratica in realtà non è altro che una delle forme in cui si manifesta la tendenza scissionista e scismatica che caratterizza ancora oggi la sinistra progressista, sempre pronta a lacerazioni, pur di non rinunciare all'egemonia culturale del cambiamento, col risultato che, quasi sempre, la lotta fratricida

finisce per avvantaggiare solo il mantenimento dello *statu quo* (del conservatorismo).

Oggi come allora, nonostante ogni enfasi trionfalistica, la psichiatria continua a non avere alcuna concreta rilevanza politica. Il testo di Balduzzi documenta in maniera chiara ed esemplare il prodursi di una dinamica perversa: quando si tratta di propagandare principi o ideologie si ottiene facilmente consenso e sostegno politico, quando dalla fase declamatoria si deve, invece, passare a quella organizzativa, allora puntualmente l'appoggio politico viene meno. La politica del Settore non si è potuta realizzare o si è arenata dove è venuto meno l'appoggio politico, non certo perché i suoi principi fossero riformistici.

La stessa dinamica, del resto, la si vede in atto all'applicazione della legge di riforma del 1978: quando si è trattato di renderla operativa, si sono avuti ritardi e applicazioni parziali, specialmente per quanto riguardava le strutture alternative al classico ricovero ospedaliero, e questo non certo per volontà dei tecnici ma per precise responsabilità politiche, anche di quelle amministrazioni che avevano elogiato la chiusura dei manicomi. Nella nuova situazione, tuttavia, sotto il nome di dipartimento di salute mentale ritroviamo il modello del settore: in fondo che cosa rappresenta il D.S.M., se non un modello di decentramento e di psichiatria comunitaria, un insieme di strutture che fornisce prestazioni ad una zona del territorio? E non sono, ancora oggi, i principi, gli strumenti e i metodi della psichiatria di settore, a caratterizzarne la pratica? Continuità terapeutica, unitarietà di intervento, valore dell'équipe, valore del contesto familiare e sociale, talora con terminologie nuove, continuano a dimostrarsi attuali.

3. Attualità della clinica istituzionale

Se trascorsi 40 anni alcuni principi si dimostrano ancora validi, e, non di rado, ancora in attesa di essere realizzati, c'è da chiedersi quale sia l'ostacolo che ha reso, e rende, difficile una loro traduzione pratica. Anche Losavio, esponente di psichiatria democratica, osservava criticamente in un recente articolo (Losavio, 2004) che la fine del manicomio è stata un'occasione mancata per la costruzione di precise metodologie d'intervento.

A mio parere due sono gli ostacoli, correlati tra loro, che hanno impedito e impediscono lo sviluppo di una clinica istituzionale. Il primo va ricercato proprio nello scarso interesse che la psichiatria continua a suscitare in politici, amministratori e opinione pubblica, al di là di un generico rimando ai principi guida per il progresso dell'assistenza psichiatrica, non di rado confusi con le esigenze di lotta alla emarginazione e di superamento dell'ospedale psichiatrico o sovrapposti ai principi della solidarietà sociale.

Una mancanza di concreto interesse, che si traduce in un insufficiente impegno e in un carente investimento sul versante organizzativo ed operativo. Anche la progettualità politica e programmatica delle amministrazioni di sinistra, addomesticate le ideologie del cambiamento che pur avevano sostenuto e talora condiviso, si è infine ridotta ad una farraginoso e lunga elaborazione di piani programmatici, più attenti al disegno che ai contenuti. Anche le reiterate richieste di modifica della 180, periodicamente presentate nel corso degli anni da alcune forze politiche segnalano un effettivo disinteresse per una maggiore qualificazione terapeutica dei servizi.

Il discorso istituzionale non solo continua a restare sullo sfondo come una sorta di optional, ma attualmente rischia di sparire per gli interventi di deformazione aziendalistica che rischiano di cancellare

quello che faticosamente dopo la riforma del 1978 andava prendendo forma : il Dipartimento di Psichiatria.

L'operazione di deformazione passa sia attraverso la riproposizione della dicotomia ospedale/territorio, sanitario/sociale il cui superamento caratterizza la psichiatria istituzionale, sia attraverso una riduzione dell'istituzione alla sua struttura organizzativa, con la perdita di ogni caratteristica di istituzione animata.

A questa operazione stiamo assistendo tutti passivamente: ipnotizzati dalle parole d'ordine "bisogna risparmiare", "utilizzare meglio le risorse" come se in psichiatria sinora non si fosse fatto altro che scialacquare risorse.

La recente politica di contrazione della spesa sanitaria, che ha portato alla istituzione delle aziende sanitarie, in ambito psichiatrico ha prodotto una convergenza paradossale tra le posizioni di psichiatria democratica, che ideologicamente ha sempre negato la custodia, demonizzando i posti letto, e quella dell'aziendalismo dominante, che in sostanza stigmatizza la custodia solo perché costa. Come causticamente affermano Foresti e Rossi Monti (2003) alla dicotomia custodia/cura che aveva caratterizzato in passato ogni dibattito sulla psichiatria si sostituisce oggi la dicotomia risparmio/cura.

Il secondo ostacolo va ricercato nella difficoltà di codificare e rendere trasmissibili le metodologie e le strategie di intervento derivate dalle esperienze maturate.

L'idea di un sapere difficilmente codificabile e trasmissibile si è diffusa sia per reali difficoltà legate alla complessità dell'apparato disciplinare della psichiatria sia per l'esigenza di non cristallizzare il sapere in formule chiuse, sia per prevalere di estenuanti routine sulla necessità di ripensamento e di elaborazioni teoriche.

Così alcuni aspetti presenti nelle varie esperienze, sono rimasti in nuce, il loro sviluppo è stato ritardato o inibito, ed è stata ostacolata

la crescita verso la costruzione di una coerente metodologia di intervento, verso una clinica istituzionale. Naturalmente nel corso di questi anni ci sono state diverse eccezioni a questo andamento generale, documentate da esperienze esemplari, e anche da testi significativi (Asioli et al. 1977; Correale, 1991; De Martis et al. 1987), o dalla esistenza di spazi d'incontro in cui esperienze pratiche ed elaborazioni teoriche, provenienti dai diversi ambiti della psichiatria potevano trovare un terreno comune di scambio e di confronto².

Il discorso istituzionale, tuttavia, non è riuscito ad uscire dalla cerchia dei suoi sostenitori, non è divenuto una modalità fondativa dell'assistenza psichiatrica, capace di dare forza, forma e unitarietà alle pratiche dei servizi, che continuano a essere scisse dal contenitore istituzionale.

Una delle principali ragioni va ricercata, a mio parere, nel dilagare della "moda" della riabilitazione a partire dagli anni '80 e al suo affermarsi non più come un aspetto indispensabile dell'intervento psichiatrico, ma come la pratica principale dei servizi, al punto che, in alcune realtà, non si parla più di équipe psichiatrica ma di équipe riabilitativa. Il facile successo della riabilitazione è riconducibile alla semplificazione che essa introduce: da una parte, la cura, compito di professionisti (medico, psicoterapeuta, psicologo) con l'intrinseco rischio di produrre stigma, dall'altra, la riabilitazione, compito dell'équipe riabilitativa, con l'intrinseco vantaggio di implementare la salute e la qualità della vita del paziente. Ignorando uno dei concetti cardine della psichiatria del settore che era proprio la continuità terapeutica, si è così realizzato, sotto gli occhi di tutti, il ritorno ad uno dei principi forti dell'ideologia manicomiale, ovvero la scissione, che comporta le classiche dicotomie tra acuto e cronico, tra curabile e

² Un esempio significativo hanno rappresentato Le giornate psichiatriche di Folgaria e I seminari di Costagrande.

incurabile, tra malati da curare e malati da riabilitare, tra pratiche pubbliche e private. La psichiatria pubblica è andata così via via, in sordina, conformandosi ancora una volta alle esigenze di controllo e di emarginazione, anche se oggi meno visibili che nel passato asilare. La stessa scissione la si coglie nell'organizzazione delle unità operative di psichiatria: da una parte i servizi psichiatrici di diagnosi e cura e gli ambulatori specialistici, deputati alla cura, dall'altra il ventaglio di strutture residenziali e semiresidenziali deputate alla riabilitazione.

L'interesse per la dimensione riabilitativa è stato favorito anche dalla facilità con cui una sua formalizzazione teorico-metodologica, presente nella letteratura straniera, è stata prontamente importata: "Importazione" che ha suscitato compiacimento in tanti operatori desiderosi di fronteggiare con strumenti scientifici l'ansia che il contatto diretto con la malattia mentale suscita, ma anche e soprattutto con l'avallo dell'accademia universitaria che poteva finalmente contare su una base scientifica pronta per leggere quei processi che animavano le esperienze in atto, ma a cui le università erano sempre state estranee e lontane: finalmente una certa scientificità si affermava contro spontaneismo e improvvisazione e autoreferenzialità. In quest'operazione un ruolo favorevole e facilitante ha svolto anche psichiatria democratica, che non ha ostacolato il tecnicismo e i tecnici della riabilitazione provenienti dai paesi anglosassoni in quanto funzionali alla opposizione alle tecniche terapeutiche e alla affermazione di tecniche capaci di liberare le potenzialità sane del soggetto. Auspicare la promozione della salute svincolata dalle azioni per la malattia, favorisce quel pericoloso "transito dalla psichiatria alla salute mentale" privilegiato da Benedetto Saraceno (2000).

Ed è proprio il testo di Saraceno *La fine dell'intrattenimento a*

rappresentare il passaggio decisivo dalla psichiatria alla riabilitazione, sulla base della convinzione che la riabilitazione rappresenti una sorta di evidenziatore capace di dimostrare che la psichiatria clinica e la terapeutica psichiatrica non sono in grado di generare trasformazioni significative per l'evoluzione del paziente, ma sono un semplice "intrattenimento", pertanto è più produttivo investire "su strategie di maneggiamento ambientale ben lontane dalle usuali strategie proposte dal modello psichiatrico biomedico".

Saraceno sembra ignorare il paradigma fondamentale della clinica istituzionale: la necessità per l'intervento psichiatrico di agire sia sulla realtà esterna al paziente che sulla sua realtà psichica. Gli interventi che si limitano a uno solo di questi due, poli sono destinati ad essere inefficaci.

Pur nella consapevolezza che non saranno mai solamente gli psichiatri a definire ciò che debba essere la psichiatria, essendo, la psichiatria "soggetta alle onde della marea, quella determinata dai cambiamenti di civiltà, o semplicemente del costume, che la obbligano ad assumere funzioni che vanno al di là dei limiti imposti dallo sviluppo di una scienza empirica" (Scotti), è indispensabile procedere ad una costante valorizzazione e promozione della dimensione istituzionale.

L'esistenza di una clinica istituzionale, attraverso un'attenzione costante ai servizi offerti, al prendersi costante cura delle procedure di accoglimento, delle separazioni, dei transiti intraistituzionali e interistituzionali, delle usanze e delle ritualità, dei ruoli e delle funzioni professionali e gerarchici, garantisce la possibilità di un progetto unitario, capace di dare, sia agli atti professionali sia alle interazioni della vita quotidiana degli operatori, un valore aggiunto, un di più di senso, che ne arricchisce la terapeuticità; permette inoltre una capacità di interrogazione sulla natura e il senso dei

legami che consentono la trasformazione del personale in un gruppo di lavoro, favorisce la lettura delle dinamiche tra gruppo curanti e gruppo curati.

La clinica istituzionale, utilizzando un paradigma antropologico, rivolge la sua azione al paziente e contemporaneamente al suo contesto familiare e sociale, alla trama dei suoi rapporti, pertanto l'intervento psichiatrico non si limita alla mera applicazione di tecniche, ma rappresenta la modalità di svolgersi dei processi terapeutici all'interno dei dispositivi messi in atto da una comunità per rispondere a *bisogni umani fondamentali non altrimenti soddisfatti*.

In questo scenario *L'albero della cuccagna* assume il significato non di un'improbabile riproposizione del passato o di una sua ingenua e nostalgica idealizzazione, ma al contrario una preziosa occasione per ribadire non solo l'interesse di alcuni concetti chiave, ma per farne l'oggetto di un nuovo sguardo. Questa rivisitazione critica, capace di far scorgere evoluzioni e involuzioni, può contribuire così ad un rilancio della clinica istituzionale.

Il libro di Balduzzi è, in ogni caso anche, un avvincente "romanzo" istituzionale, animato da impressioni dirette, da giudizi personali, non di rado francamente polemici, su cose viste e su persone frequentate: una testimonianza viva di chi è stato presente e si è identificato attivamente con lo spirito di un'epoca e di una generazione, per la quale l'impegno professionale e politico coincideva con la propria vicenda personale.

Nel libro, oltre alla testimonianza politica diretta della storia della organizzazione dell'assistenza psichiatrica recente, incontriamo un persistente invito a fare coesistere l'aspetto politico con l'aspetto tecnico, una necessità che percorre con entusiasmo tutto il testo, in cui si possono cogliere i fermenti, semi e germogli di una clinica

istituzionale, purtroppo ancora da venire.

Dare avvio a una collana di clinica istituzionale con un testo che ne ripercorre le radici è sicuramente di buon auspicio per la rinascita e il rifiorire di un progetto di clinica istituzionale, non solo perché appunto se ne mettono a nudo i rizomi, ma anche, e soprattutto, perché valido aiuto nell'indicare le direzioni, nel segnalare gli ostacoli, nel suggerire il trattamento del terreno per un buon attecchimento.

Bibliografia

Asioli F. *et altri* (1977) *Psichiatria nella comunità. Cultura e pratica*. Boringhieri, Torino.

Brutti C. e Scotti F. (1976) *Psichiatria e democrazia. Metodi e obiettivi di una politica psichiatrica alternativa*. De Donato, Bari.

Correale A. (1991) *Il campo istituzionale* Borla, Roma.

De Salvia D. (1977) *Per una psichiatria alternativa*. Feltrinelli, Milano.

De Martis D. *et altri* (1987) *Fare e pensare in psichiatria*. Cortina, Milano.

Di Marco G. (2001) *Psichiatria sine psichiatria. Rivista sperimentale di Freniatria* vol.CXXV, n°3

Foresti G., Rossi Monti M. (2004) *La "psicoterapia istituzionale" trent'anni dopo*. In *Rivista di psicoanalisi* Volume L n°1

Jeason F. (1987) *La psychiatrie au tournant*. Seuil, Paris.

Koechlin P. (1964) *Psichiatria e relazione umana*. (trad. ital.) Armando, Roma.

Lai G. (1971) *Il momento sociale della psicoanalisi*. Boringhieri, Torino.

Losavio T. (2004) *La fine del manicomio: un'occasione mancata?* In [http://www.istitutoricci.it/curare la follia.htm](http://www.istitutoricci.it/curare_la_follia.htm)

Saraceno B.(1995) *La fine dell'intrattenimento*. Etas Libri, Milano.

ETNOPSICOLOGIA-ETNOPSICHIATRIA

L'autismo visto altrove. Il bambino: antenato dei propri genitori

Gabriele Profita, Pietra Daniela Di Paola

In questo lavoro, gli autori mostrano come le differenze culturali influiscono sulle concezioni di salute e malattia e che ogni ideazione su entrambe sia sempre assoggettata alle visioni generali del mondo e della vita.

Autismo; Concezione culturale della malattia; Cultura

Autism seen elsewhere. The child: ancestor of their parents

In this work, the authors suggest that cultural differences affect the conceptions of health and disease and that any conception of both is always subject to the general views of the world and of life.

Autism; Cultural conception of disease; Culture

L Questa breve nota vuole evidenziare come le differenze culturali intenzionino le concezioni di salute e malattia e come ogni ideazione su di essa sia sempre assoggettata alle visioni generali del mondo e dell'esistenza in esso. Non una pretesa di aggiungere nulla a quanto già esplorato dalla clinica etnopsichiatrica, di cui si trova una breve e specifica bibliografia alla fine del lavoro, ma la necessità di ricordare che il relativismo scientifico, l'attenzione per quanto elaborato da altre culture è la migliore medicina che possa spingere verso il progresso scientifico. La conoscenza e il recupero di quanto millenni di storia ci hanno consegnato e ancora continuano a dirci circa il nostro modo di essere nel mondo non è solo maniera ma, per certi versi la riaffermazione che "non siamo soli al mondo" e soprattutto che non siamo i migliori. Se per alcuni secoli la nostra concezione ha fatto in modo di resecare e impoverire il mondo dello spirito, altri per fortuna ci ricordano (ma non c'impongono) che ampliare il mondo,

non è sempre un male, ma lo arricchisce di linfa e di “esprit de finesse”.

I gruppi umani possiedono un’infinita varietà di rappresentazioni culturali attraverso cui concepiscono ed elaborano il tema della nascita. Tali raffigurazioni condizionano i modi di essere e di agire nei confronti del bambino (Devereux, 1968).

Negli usi e nei costumi delle diverse etnie che popolano i cinque continenti è possibile rintracciare le forme assunte dall’infanzia nell’immaginario collettivo di un determinato gruppo sociale.

In Africa Nera, ad esempio, il neonato non appartiene alla coppia genitoriale, ma è pregnante la rappresentazione del “bambino-straniero”, inteso come essere che proviene da “altrove”, da una dimensione non umana abitata dall’invisibile.

Nelle società tradizionali, il mondo è popolato da una moltitudine di esseri soprannaturali a cui appartengono le divinità delle etnie politeiste, come tra gli yoruba del Benin e gli ewe del Togo, gli spiriti tutelari delle famiglie, gli spiriti dei luoghi e gli antenati (Nathan, 1996).

Il neonato proviene da questo secondo universo parallelo a quello degli uomini, e gli antenati partecipano, in diversi modi, all’atto di procreazione. Il bimbo è provvisto già di una specifica identità collegata agli antenati che i genitori devono imparare a riconoscere e a umanizzare, servendosi di una serie di rituali da compiere scrupolosamente affinché il nuovo-nato rimanga nel mondo degli umani (Nathan e Moro, 1989).

In queste società i processi di aggregazione al mondo degli umani a cui i bambini vengono sottoposti, persino ancor prima di nascere, si articolano in diverse fasi che prevedono già, fin dal momento del concepimento, una partecipazione attiva della comunità.

La futura madre dovrà sottomettersi a numerosi divieti

comportamentali e alimentari al fine di garantire una buona gravidanza, un buon parto e la nascita di un bambino conforme agli ideali di salute vigenti nel proprio sistema di credenze.

La condizione di precarietà che caratterizza tutto il periodo della gestazione è la conseguenza diretta del rapporto privilegiato che la futura madre intrattiene con degli esseri soprannaturali che, se da una parte la proteggono, dall'altra la espongono anche alle influenze negative di spiriti malintenzionati che costantemente cercano di entrare in contatto con il mondo degli umani.

La futura madre è quindi collocata in una posizione di margine rispetto alla società, ma il gruppo intero ricorrerà all'aiuto di specifici rituali di protezione per esorcizzare tali malefici.

In molte regioni dell'Africa, l'utilizzo di amuleti e talismani assolve a questa funzione di protezione, resa ancora più efficace mediante l'incisione su questi oggetti di iscrizioni sacre e formule magiche dal potere evocativo.

Anche nel periodo successivo alla nascita la mamma e il bambino continueranno a vivere in una condizione d'isolamento al termine del quale si assisterà all'ingresso del nuovo-nato in società. Le cerimonie di purificazione e di attribuzione del nome che accompagnano la nascita sociale, consentiranno al bambino di essere riconosciuto e identificato dai membri della sua comunità.

L'attribuzione di un nome al bambino, è un atto che richiede parecchi giorni e rappresenta la prima tappa fondamentale del processo di umanizzazione del nuovo nato, durante il quale la famiglia mostra di aver riconosciuto l'antenato che il bambino rappresenta. Il neonato proviene da un mondo complesso e misterioso in cui gli antenati sono spiriti potenti ed esigenti e il bebè è ancora tutto impregnato dalle influenze del mondo da cui proviene e si suppone che non abbia voglia di lasciarlo.

Gli esseri umani quindi dovranno convincere il neonato a rimanere nel mondo degli umani piuttosto che a far ritorno in quello degli antenati. Data la connessione stretta tra i due mondi e la provenienza dal mondo dei non umani l'individuo appena nato è portatore di un messaggio che gli esseri umani hanno il compito di riconoscere.

La scelta del nome appropriato permette di comprendere la vera natura del bambino, mentre un errore nella fase di nominazione non consentirà di identificare correttamente l'antenato con conseguenze di grave disagio e di malattia del neonato. In questi casi occorrerà ricorrere ad un nuovo rito di nominazione che potrà risolvere la condizione morbosa, con l'obbligo per i genitori e per tutto il gruppo sociale di modificare il modo di relazionarsi con il bambino ormai rappresentante omologo di un altro antenato.

Possono riscontrarsi casi in cui l'identità del neonato corrisponderà completamente con quella dell'antenato e quando ciò si realizza, il bambino non avrà più la possibilità di esprimersi come un essere umano. I sistemi di credenze diffusi nell'Africa a sud del Sahara collocano in questa categoria tutti i bambini portatori di handicap particolarmente gravi e irreversibili, affetti da patologie congenite, da turbe della comunicazione e dell'interazione sociale. La spiegazione che viene prodotta si fonda sulla credenza che il bambino si identifichi proprio con l'antenato in una sorta di reincarnazione. Il bambino allora sarà considerato come il frutto di una filiazione non umana.

Le descrizioni più interessanti sono state proposte da Andras Zempléni e Jacqueline Rebain (1965), nell'analisi di quella che hanno chiamato "sindrome del bambino nit ku bon", presso i Wolof ed i Lebou del Senegal.

Un bambino nit ku bon viene riconosciuto immediatamente subito dopo la nascita dal momento che presenta specifiche caratteristiche e manifesta strani comportamenti considerati come atipici dal suo

sistema culturale. "Nit ku bon" è sinonimo di cattiva persona.

Il pianto è diverso da quello degli altri bambini, rifiuta le cure, il nutrimento materno e nonostante ciò ingrassa e dimagrisce bruscamente.

Lo svezzamento, che avviene intorno all'età di diciotto mesi, è un momento cruciale nella concezione di queste popolazioni, poiché rappresenta la prima tappa del processo di affiliazione del nuovo-nato al mondo degli umani. Le anomalie che insorgono in questa particolare fase dello sviluppo sono indicativi e rappresentano i segni visibili dell'azione di esseri non umani. Così i tratti distintivi del nit ku bon divengono più facilmente riconoscibili:

- fisicamente, il nit ku bon assume le sembianze di un bel bambino che viene immediatamente notato per la sua carnagione, molto più chiara rispetto a quella dei suoi pari. Il colore chiaro e il grande taglio degli occhi conferiscono una certa profondità allo sguardo che però è poco direttivo e sfuggente. Il nit ku bon non guarda mai le persone direttamente negli occhi, piuttosto si nasconde dai loro sguardi indiscreti. Nell'immaginario collettivo si configura come un essere che si presenta nelle vesti di un bambino dalla grande testa e dalla postura prevalentemente china.

Le caratteristiche appena descritte hanno dato origine a diversi appellativi con i quali il nit ku bon viene chiamato, ad esempio "boroom bot", che letteralmente significa "bambino che attira su di sé lo sguardo degli altri", espressione sovrapponibile a quella di bambino "esposto";

- il linguaggio è assente, oppure se presente è poco sviluppato. Questo bambino mostra molte difficoltà nello sviluppo di competenze comunicative e d'interazione sociale;

- I repentini cambi d'umore accompagnati dalla perdita momentanea di coscienza, il carattere riservato e l'estrema sensibilità

rappresentano i sintomi principali. Ad esempio, tutte quelle situazioni che prevedono uno scambio sociale, come l'arrivo di un ospite nella propria casa o il ritrovarsi insieme alla madre in un luogo affollato, sono vissute con grande angoscia dal bambino tanto da scatenare in lui un comportamento grossolanamente disorganizzato con crisi di pianto improvvise, rifiuto dell'altro, grida e irrigidimento della postura corporea.

Tale stato di agitazione può protrarsi per giorni interi, causando in alcuni casi persino la morte in presenza anche di condizioni di salute precarie.

Il circolo continuo tra la vita e la morte diviene uno degli argomenti centrali proposto dalla letteratura in merito al caso dei nit ku bon.

Andras Zempléni (1965), individua tre domini nei quali il bambino nit ku bon può essere compreso:

- il primo riguarda le anomalie fisiche, della comunicazione e del comportamento rintracciabili attraverso un'attenta osservazione del suo agire nell'ambito familiare;
- il secondo fa riferimento ai modelli di interpretazione culturale dei disturbi della condotta e della comunicazione che, presso i Wolof e i Lebou, ("l'individuo è agito piuttosto che agire") spiegano la comparsa del sintomo senza incorrere a problematiche e conflitti interpersonali. In tali sistemi culturali la causa della patologia non può essere riferita al singolo soggetto ma si inserisce all'interno di un universo più ampio che lo ingloba. Ne discende un flebile senso di colpa.
- inoltre la cultura ha fabbricato una serie di rappresentazioni come la stregoneria, la possessione, l'aggressione da parte di spiriti ed il malocchio attraverso le quali interroga ed interpreta i disordini psichici.

Per comprendere in quale di questi tre ambiti la cultura inserisca il nit

ku bon, è fondamentale prendere in considerazione le principali ipotesi riguardo la sua l'origine.

1) La prima ipotizza l'esistenza di un legame tra il nit ku bon e il rab. Una tra le domande più frequenti in assoluto è quella che affronta l'ambiguità dell'origine del nit ku bon, chiedendosi se sia posseduto dallo spirito di un rab o se addirittura sia egli stesso un rab¹;

2) la seconda ipotesi vede nel nit ku bon la reincarnazione di uno spirito antenato;

3) la terza lo definisce "Dom u yaradal" (bambino di yaradal). Il termine "yaradal" viene utilizzato per indicare quelle donne che hanno perso molti bambini durante il corso delle loro gravidanze. Secondo quest'ultima definizione il nit ku bon è considerato come la riapparizione e la materializzazione dello spirito di uno stesso bambino, morto in precedenza, che si dice "non faccia altro che ritornare al mondo dei vivi";

4) la quarta ed ultima ipotesi considera il nit ku bon come un essere già dotato fin dalla nascita di una conoscenza superiore che lo rende capace di poter decidere della propria morte. Si parla, in questi casi, del nit ku bon come di un "bambino suicida".

Le ipotesi fin qui proposte offrono una definizione provvisoria del nit ku bon. Il problema principale rimane però quello di accertare la sua identità che resta impalpabile, simile a quella di un essere non identificabile all'interno della società umana.

Numerose osservazioni etnografiche, condotte presso le società

¹ La parola *rab* letteralmente significa *animale*. Con questo termine viene indicato lo spirito ancestrale che può assumere varie forme umane ed animali. I *rab* sono desiderosi di vivere tra gli umani. Sono così definiti quelli che ancora cercano un luogo di abitazione ed una persona che li nutra con offerte di cibo e sacrifici, oppure quelli identificati da poco tempo ma che godono già di un altare e di un canto-divisa. Il postulato fondamentale dell'universo dei *rab* è che tutti i tratti differenziali presenti nella società umana si trovano o possano ritrovarsi nel mondo dei *rab*. Questi spiriti hanno dunque un nome, un sesso, una razza, una religione, una personalità. Possono appartenere ad una casta, esercitare un'attività ed occupare un rango (Attenasio, Casadei, Inglese, Ugolini, 2005).

yoruba del sud del Benin e della Nigeria, hanno rivelato l'esistenza di fenomeni analoghi a quelli descritti in Senegal. Anche in questa cultura, così come presso le popolazioni wolof e lebou, si ritrovano molteplici credenze legate alla stregoneria e alla nascita di bambini che appaiono come la reincarnazione di esseri non umani. All'interno di questo universo culturale e simbolico, il bambino appartiene ad un doppio lignaggio: quello visibile degli umani e quello invisibile degli antenati referenti del mondo degli spiriti. Nell'immaginario culturale collettivo a rinascere è sempre lo stesso bambino che, in realtà, "non fa altro che ritornare" (Nathan, 2000).

Gli yoruba lo chiamano abiku, da abi "nascere", e ku "la morte", e va interpretato come morto-rinato. Gli abiku amano nascere e crescere prematuramente e, se non ci si affida a protezioni specifiche, spariscono improvvisamente ed in modo inspiegabile, manifestando la loro naturale inclinazione a ripartire verso "l'altro mondo", verso il regno dei morti.

Eric De Rosny (1996), ritiene che questo modello non sia affatto una singolarità yoruba o wolof, ma egli riferisce di aver osservato un comportamento analogo in Camerun in un bambino di circa due anni, che presentava i seguenti sintomi: rifiutava qualsiasi alimento tranne il latte; non faceva nessuno sforzo per imparare a camminare; non mostrava nessun interesse nei confronti dei fratelli e dei cugini; si rifiutava di pronunciare qualsiasi parola; gli occhi guardavano verso l'alto ed il sonno era molto agitato (Nathan, 2001).

È evidente come la malattia, in questo sistema, si trasformi in oracolo, in un vettore, in un segno inviato da una divinità o dagli spiriti di antenati.

La rappresentazione del bambino inteso come essere sospeso tra le dimensioni del visibile/invisibile è rintracciabile non solo presso le popolazioni africane ma anche presso i Lakotas dell'America del nord,

i quali credono che il neonato comunichi con gli spiriti ancestrali tramite la fontanella posta sulla testa (Bartoli, 2007).

In Asia presso gli Yamis di Taiwan e in Malesia, la nascita di un bambino è considerata come un momento di contatto e comunicazione tra due mondi: al di qua e al di là. Il neonato possiede delle qualità eccezionali che lo rendono capace di comunicare con gli spiriti (Bartoli, 2007).

Le diverse descrizioni sopra proposte lasciano presagire non tanto la presenza di ingenua credenze ma il riferimento ad un complesso sistema teorico.

In particolare, questo "bambino" pare mantenga con gli antenati del proprio gruppo una relazione anche dopo la nascita, diversamente dagli altri bambini che invece perdono gradualmente questa forma di contatto. Infatti:

- non si parla tanto della perdita del linguaggio ma di un continuo dialogare con gli antenati, le divinità, gli spiriti;
- il rifiuto della relazione umana nasconde, invece, il desiderio di voler intrattenere un legame profondo con degli esseri invisibili;
- la morte prematura rappresenta un ritorno al gruppo di appartenenza, quello degli antenati. Non a caso, si dice spesso che questi bambini "muoiono volontariamente" per tornare al parto successivo (Nathan, 2001).

Le teorie africane presuppongono che i bambini-antenati parlino una lingua incomprensibile agli umani, che consente loro di comunicare con il mondo dell'invisibile: la lingua degli antenati (Nathan, 2001).

Queste popolazioni iscrivono la malattia ed il disordine psichico all'interno di un sistema di ordine culturale. La patologia diviene la manifestazione di crisi irrisolte dell'esserci nel mondo delle persone, delle loro relazioni con l'ambiente umano e non umano, visibile e invisibile.

Il disordine psichico è innanzi tutto un disturbo nell'ordine delle relazioni ed il suo manifestarsi è connesso alla disfunzione dei meccanismi omeostatici che regolano gli equilibri tra ordine e caos all'interno di un dato universo culturale (Coppo, 2003). Il manifestarsi di un disturbo comporta inevitabilmente la lacerazione delle trame che connettono l'individuo alle sue relazioni, per cui l'obiettivo di ogni cura diviene la riparazione di questo tessuto lacerato che coinvolge non soltanto la persona ma l'intero gruppo (Coppo, op. cit.).

Le figure del nit ku bon e dell'abiku sono delle rappresentazioni culturali di cui si servono questi popoli al fine di dare un senso alla malattia. La ricerca del senso della malattia è una questione abbandonata dalla medicina moderna, concentrata piuttosto sulle cause della malattia, contrariamente alla logica delle "terapie tradizionali" che sottopongono il soggetto ad un processo che gli consente di attribuire un senso al disturbo che lo ha colpito. Secondo queste culture la malattia, la morte o la sfortuna ripetuta, sono associabili ad un universo soprannaturale, ad una sorta di disfunzione esistente tra il mondo degli esseri umani e il mondo dell'invisibile.

I "pensieri selvaggi" tipici delle culture poco influenzate dal pensiero scientifico ricorrono ad un "medesimo grande principio" quello dell'attribuzione di intenzionalità all'invisibile (Lo Coco, Lo Verso 2006).

In questi luoghi la lettura della sofferenza psichica attiene a persone estranee al soggetto, agenti soprannaturali tipici di quel sistema di credenze, consentendo di guardare la malattia all'interno di un percorso più complesso che supera il primato epistemologico greco del vedere, e di ciò che è visibile del corpo del malato, per approdare ad un legame tra la sofferenza e gli agenti invisibili (Lo Coco, Lo Verso 2006).

In conclusione, le descrizioni della sindrome del bambino nit ku bon e del bambino abiku ricordano alcuni quadri psichiatrici della nosografia occidentale, in particolar modo il disturbo autistico. L'osservazione di tali fenomeni comporta l'emergere di numerose domande prima impensabili che cercano di decostruire e ristabilire nuovi significati. Proponiamo alcuni quesiti: a quale identità precisa corrisponde il bambino-antenato? Si può parlare realmente di autismo?

La teoria degli abiku e la sindrome del bambino nit ku bon, in fondo, costituiscono dei generi specifici di bambini. Se in Occidente il silenzio del bambino verrà interpretato come la manifestazione del ritardo della comparsa del linguaggio, in Africa, la mancanza del linguaggio sarà invece legata alla volontà e al desiderio del bambino di voler mantenere una conversazione con esseri invisibili, costituendo la prova tangibile di una conoscenza del mondo quasi innata. Gli stessi giochi stereotipati indicativi di modalità di comportamento rigidamente sottomesse ad inutili abitudini o rituali specifici, accompagnate spesso da manierismi motori (battere o torcere le mani o il capo), vengono interpretate da queste popolazioni come messaggi provenienti dal mondo dell'invisibile, ripetuti continuamente fino a quando non giungono al destinatario che ha il compito di interpretarli.

La fragilità dei bambini-antenato è interpretata come il risultato di un atto volontario di qualcuno che può decidere della propria morte (Zempléni e Rebain, 1965).

E' evidente come ciascuna teoria (occidentale e africana) operi un ritaglio della realtà. Ciò significa che aspetti trattati dall'una non siano identici a quelli rivendicati dall'altra e che non è possibile nessuna sovrapposizione interpretativa. D'altronde sarebbe illusorio cercare una corrispondenza tra i soggetti autistici occidentali da una parte, e

gli abiku e i nit ku bon dall'altra, soprattutto perché ogni teoria fabbrica un tipo diverso di malato.

La breve analisi qui proposta dei sistemi terapeutici non occidentali ha messo in evidenza l'esistenza della varietà delle terapeutiche tradizionali, che si presentano come complessi sistemi concettuali del tutto irriducibili al nostro.

Una posizione di apertura e confronto tra due prospettive culturali del disturbo, quella dell'autismo in Occidente e quella del bambino-antenato in Africa, ha permesso di approfondire la questione dell'omogeneizzazione delle culture umane e della necessità di relativizzare le pratiche della psichiatria occidentale alla luce dell'esistenza di molteplici mondi culturali.

Bibliografia

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statistical manual* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Attenasio L., Casadei F., Inglese S., Ugolini O., (a cura di), (2005), *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Armando Editore.

Bartoli L., (2007), *Venir au monde. Les rites de l'enfentement sur les cinq continents*, Edition Payot et Rivages, Paris.

Coppo P., (2003), *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringheri, Torino.

Devereux G., (1968), L'immagine de l'enfant dans deux tribus: Mohave et sedang, in «*Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant*», 4, pp. 25-35.

Lo Coco G., Lo Verso G., (2006), *La cura relazionale. Disturbo*

psichico e guarigione nelle terapie di gruppo, Cortina Raffaello, Milano.

Moro M. R., Nathan T., (1989), *Le bébé migrateur. Spécificités et psychopathologie des interactions précoces en situations migratoire*, in Lebovici S. e Weil-Halpern F. (ed.) , *Psychopathologie du bébé*, PUF, Paris, pp. 683-722.

Nathan. T., (1996), *Principi di Etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.

Nathan. T., (2000), *L'enfant ancetre, La Pensée sauvage*, Grenoble

Nathan T., (2001), *Nous ne sommes pas seul au monde, Les Empecheurs de penser en rond*, Paris.

Nathan T. e Stengers I., (1995), *Médecins et sorciers, Les Empecheurs de penser en rond*, Paris. (trad. it. *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino 1996).

Rosny E., (1996), *La nuit les yeux ouverts*, Seuil Paris.

Zémpleni A. e Rebain J., (1965), *L'enfant Nit-Ku-Bon. Un tableau psychopathologique traditionnel chez les wolof et les lebou du Sénégal*, in "Psychopathologie africaine", I, 3, pp.329-441; rist. in T. Nathan (a cura di), *L'enfant ancetre, La Pensée sauvage*, Grenoble 2000.

Concetto di legame concetto di dipendenza

Paolo Cianconi, Sabrina Di Mauro

Questo lavoro approfondisce il tema antropologico delle dipendenze umane nei quadri culturali, mettendo in evidenza l'utilità del concetto di legame. Il legame è visto come funzione e strumento utile per la spiegazione trasversale della costruzione, mantenimento e caduta delle alleanze fisiologiche all'interno dei rapporti tra umani e tra umani ed oggetti.

Legame; Dipendenza; Qualità del legame

Concept of human bonding; concept of dependence

This work explores the anthropological theme of dependence in human cultural frameworks, highlighting the usefulness of the concept of human bonding. The human bonding is seen as a function and useful tool for cross-explaining the construction, maintenance and fall of alliances within the physiological relationships between humans and between humans and objects.

Bond; Dependence; Bond quality

1. Introduzione

Questo lavoro è parte di un ciclo di seminari fatti sul tema antropologico delle dipendenze umane nei quadri culturali. In questa prima parte si studia il legame rispetto alle variabili ad esso associate e che lo costituiscono. In una seconda parte si formuleranno i rapporti di dipendenza con le sostanze all'interno dei contenitori culturali e durante le forti fasi di trasformazione societaria.

Il legame è visto, quindi, come funzione e strumento utile per la spiegazione trasversale della costruzione, mantenimento e caduta delle alleanze fisiologiche all'interno dei rapporti tra umani e tra umani ed oggetti. Costruito un concetto, esso si può utilizzare per spiegare le diverse situazioni di rapporto al tempo. E' molto

importante avere chiari i termini di costruzione fisiologica dei legami, per poter poi analizzare le crisi, i momenti di trasformazione, e quindi anche le alterazioni dei contratti.

2. Il concetto di legame

La dipendenza è una parola molto usata nella post-modernità. Il terapeuta si trova tuttavia a dover affrontare tale concetto all'interno di una serie di variabili in mutamento. Può non essere semplice capire la dipendenza se non si ha chiaro quale è la giusta misura della relazione tra due parti. La post-modernità ci ha messo di fronte ad una profonda mutazione di tutti i legami e di molte relazioni tra noi l'ambiente, tra noi e i codici morali, tra noi e i nostri simili, tra noi e gli oggetti.

Per parlare ad esempio di tossico-dipendenza o di dipendenza-affettiva bisogna approfondire la nozione di dipendenza. Per far questo bisogna passare necessariamente attraverso il concetto di legame, in quanto la dipendenza è una patologia del legame. Il **legame** è una struttura che unisce due o più parti separate appartenenti ad insiemi simili (due o più persone, due o più molecole) o diversi (una persona ed una sostanza, uno strumento e la cultura che ne fa uso, eccetera). Questa struttura fa riferimento sempre a delle forme energetiche e alla loro relazione nello spazio e nel tempo. **Le forme energetiche** – La materia si dispone in forme energetiche acquisite. Le caratteristiche delle forme energetiche è che sono loro stesse dei legami già consolidati. Quindi le parti che si incontrano e partecipano ad un nuovo contratto dialogano partendo dalle loro potenzialità esistenti. Il potenziale è potere, energia.

Lo spazio - La categoria spazio è una categoria iniziale. Lo spazio di

un legame è sia lo *sfondo* in cui la relazione si svolge, sia la distanza stessa insita nel legame al termine del processo di interdipendenza, *l'equilibrio*.

Il tempo – Il tempo si pone come il flusso entro cui nasce, si mantiene, si modifica e termina un legame.

2. Caratteristiche del legame

Le caratteristiche di un legame sono: *il processo di costruzione, la legittimità e il confine del legame*.

2.1. La costruzione del legame

Tra gli esseri umani, ma anche tra esseri umani e oggetti in cui è "proiettata" una valenza animistica o feticistica (non in senso analitico ma antropologico) il legame si costituisce come un contratto. Le parti assumono trattative fino a stabilire una corretta interazione. Le trattative prevedono un processo di avvicinamento e sperimentazione reciproca fino alla creazione di una relazione funzionale a *partire dalle condizioni di base* delle parti. Prendiamo ad esempio gli individui, perché il rapporto con i feticci è più complesso e ci porterebbe lontano.

Quali sono le condizioni di base degli esseri umani? La condizione di residenza sociale degli esseri umani è chiamata e nota negli studi con il nome di status; il ruolo, le fasi di transizione, "di passaggio", che terminano con l'acquisizione sono *corollari di movimento* dello status.

1. **lo status:** è una condizione di potere tipica degli esseri viventi che dipende dalla loro posizione nel gruppo sociale. Status =

potere + posizione + riconoscimento

2. **il ruolo:** è l'estrinsecazione del potere contenuto in uno status. Avendo uno status si può fare qualcosa e allo stesso momento non si possono fare più o ancora delle altre cose. L'insieme delle mansioni che derivano e che ci si aspetta da un dato status, le azioni e i comportamenti ammessi, concessi o proibiti sono il ruolo. Ruolo = potenzialità dello status
3. **riti di passaggio:** i riti di passaggio sono campi complessi di trasformazione usati dagli esseri umani per trasformarsi durante le fasi della vita. I riti di passaggio possono essere attivamente creati dalla società o passivamente disposti dallo scorrere tempo. In entrambi i casi è l'acquisizione che per la cultura rappresenta la fase di sensibilizzazione all'avvenuto cambiamento. Il passaggio tra gli status si fa mediante varie fasi di rinnovamento, condizionamento, modellamento, costruzione e decostruzione.
4. **l'acquisizione:** al termine delle fasi di passaggio si ha l'acquisizione di un nuovo status collegato ad un potere di esercitare funzioni (ruolo).

Partendo dalla condizione di residenza sociale (lo status) si stabiliscono legami con altre figure che contratteranno la loro partecipazione con il ruolo, negoziando le potenzialità dello status.

La fase di contrattazione delimita un campo di azione il cui scopo è quello di tentare di connettere due esistenze separate e distinte in base a qualche interesse comune. Notoriamente la fase di negoziazione prevede delle prove di avvicinamento e sperimentazione. Le fasi di negoziazione iniziano partendo dal *sapere condiviso* reciproco, cioè quello che le parti conoscono l'uno dell'altro. Queste conoscenze, spesso inesatte e pregiudiziali sono però le assi

su cui si stabiliscono i primi contatti con il "non noto" in quanto le parti coinvolte devono conoscersi. Questo sembra ovvio se le due parti che si legano sono esseri umani, ma vale anche per una sostanza. Questa, prima di entrare in una cultura, viene studiata nei suoi effetti, come vedremo in seguito. L'uomo studia la sostanza; ma anche la sostanza "studia l'uomo", entrando nel corpo, provocando effetti come: assuefazione, produzione di modificazioni nei neuromediatrici. Nei legami socialmente noti queste fasi sono già pre-costruite e gli individui le attraversano come passerelle da un polo all'altro. Al termine la società dà un benessere anche solo formale. Nelle costituzione di nuovi legami o nel mutamento di legami consolidati l'approvazione è tutt'altra cosa. Questo discorso ci porterebbe lontano; la costruzione di legami è in se stessa un particolare rito di passaggio e presenta molte similitudini con la descrizione classica in fasi fatta da Van Gennep cui si rinvia per approfondimenti.

La fase di studio e sperimentazione conduce nel campo delle possibilità di relazione entro le quali realisticamente un legame è possibile. Segue quindi la legalizzazione. Anche i legami con le sostanze avvengono tramite questi riti. Basti pensare al tossicodipendente che ricorda perfettamente il primo "buco", come è avvenuto, chi gliel'ha fatto fare, come è andata, la stessa disintossicazione e un rito di rimessa in gioco della sua relazione con una *sostanza animizzata*. L'organismo deve modificare il legame con la sostanza, ma sono processi anche di tipo psicologico, oltre che biologico. Cioè anche la psicologia deve modificarsi nel rapporto tra le parti umane e quelle feticizzate.

2.2. La legittimità

La legittimità di un legame si discute sulla distanza energetica, il contratto e l'equilibrio dinamico. Dopo lo studio di cui sopra parlavamo, cioè le prove di relazioni, le parti stabiliscono la *distanza giusta*. Il rapporto tra le due parti è un equilibrio in base alla distanza. Entro un certo spazio le forze attrattive degli status reggono quelle espulsive. I ruoli si modulano, le energie subiscono processi di aggiustamento per non creare oppositività intollerabile all'altro componente del legame. E' evidente che questo processo prevede delle perdite e dei vantaggi. Alla fine gli status associati si trovano in una condizione modificata ma il loro ruolo collettivo è maggiore, così come la loro potenza. La forza è ancora alla base del legame. La consapevolezza del nuovo livello raggiunto è la motivazione al mantenimento della stabilità. La base per cui due parti si legano è il *contratto*, che è sancito e firmato da entrambe le parti che riconoscono, per sé stesse, vantaggioso stare all'interno di questa struttura nuova che le unisce. Questo avviene anche e soprattutto a livello chimico. Se le molecole vengono unite sotto certi codici, il legame funziona e si crea il prodotto, se si uniscono sotto altri codici il prodotto non si crea.

La legittimità dei legami sono infine funzioni di *equilibrio*, L'equilibrio tra le parti, accettato da entrambe, è un *equilibrio dinamico*, cioè in funzione del tempo.

Il tempo agisce come variabile costante di scorrimento sia negli status sia nei legami tra gli status. Anche se una situazione sembra statica e incorruttibile, il tempo agisce su di essa provocandone transizioni; nessuno rimane uguale nel tempo e nessun legame è stabile per antonomasia. Questo comporta il continuo rivisitazione del legame che le società compiono a tempi e condizioni relative o

specifiche. Questo serve al rinnovamento e il rinnovamento degli status e dei legami nel tempo è movimento. Quello che oggi potrebbe essere un'accettazione, tra due anni potrebbe essere dubbio e tra quattro non essere più.

In sintesi i legami sono quindi costruzioni:

1. immerse nello spazio sociale;
2. funzione di equilibrio d'accettazione di parti altrimenti indipendenti;
3. sottostanti al tempo.

Il sistema normativo viene invece a prodursi dopo l'instaurarsi di un legame.

Questo comporta il *rispetto del contratto* alla base del legame che si è accettato. Le due parti coinvolte nel legame devono restare all'interno di ciò che hanno sottoscritto, nel momento dell'accettazione.

2.3. *Il confine del legame*

Il confine di legame è lo spazio creato dal legame stesso entro il quale la forza del legame agisce, rinforza, modifica e aggrega le parti. Parlare del confine del legame è molto importante nella nostra cultura in quanto la post-modernità ha reso estremamente difficili da riconoscere i confini delle energie di legame. Si dice difficili da riconoscere perché, benché invisibili, le energie sempre sussistono e insistono nel territorio caratterizzato dalla vita. La vita è in se stessa un legame complesso, fluido e delicato. Il confine di un legame può essere però anche molto chiaro, quasi da essere visibile ad occhio nudo. Nelle culture tradizionali e semi-tradizionali si ha una chiara concezione dell'essere dentro o fuori da una cosa. Pensiamo per esempio al confine dell'incesto. Nelle culture tradizionali è chiarissimo

dove finiscono le famiglie e dove inizia il modo esterno ai legami di sangue chiamato appunto degli affini. Gli affini sono fuori del raggio del sangue e si possono combattere o sposare, i parenti sono dentro il legame del sangue e non si possono ne combattere ne sposare. Questo discorso è invece molto più caotico nella post-modernità, dove troviamo un'aggressione a qualsiasi tipo di confine, limite e legame familiare. La genetica produce attraversamenti travolgenti dei confini dell'incesto, ma anche la cultura non è divenuta di meno in tema di permissività, basta seguire le telenovele alla tv per capire come le relazioni tra legami di sangue e di parentela si siano relativizzate.

In sintesi, nella nostra cultura non è spesso più possibile capire se si è dentro o fuori del campo di un determinato sistema di valori e quindi dove inizi un'orbita e dove ne inizi una diversa. Questo ci porta verso il successivo punto: esiste un campo libero da forme di legami? No. Nemmeno un eremita è completamente libero da condizionamenti e relazioni; se non altro quelle con le divinità nella solitudine vengono di solito ipertrofizzate. L'eclissi di un legame ci assegna nel campo energetico di un altro. Non si può rimanere fuori da legami se si vive. Se una società propende per diminuire il valore di certi legami, sottraendosi alla loro forza, per non andare incontro al collasso, all'apocalisse, dovrà ipertrofizzare un'altra classe di legami. Per esempio i legami morali e religiosi caratteristici delle culture tradizionali si affievoliscono nelle modernità e sembrano scomparire nelle post-modernità (sembrano solo, in realtà); quando ciò accade assistiamo all'estendersi dei legami con la legge (legami del diritto) ad esempio o con l'igiene (legami medici). Quindi come accade per la nostra società, assumono sempre più potere la legge dello stato ed i codici della salute. Queste strutture si ipertrofizzeranno e diranno all'individuo come si deve comportare. Questi ruoli prima erano svolti dalla famiglia, dalla religione e dagli anziani. Ora invece sono sotto la

tutela della legge, in funzione del comportamento in società, e dell'igiene, in funzione del corpo sano, che si contrappone al pericolo di contaminazione e dello sviluppo di malattie.

Si può pensare che così facendo si creano sempre più leggi e l'individuo sia sempre meno libero di fronte ad esse, in realtà noi siamo stati travasati in un altro campo di valori con diversa modalità di attrazione legalitaria. Quindi dove vengono distrutti i legami antichi se ne costituiranno altri; dove finiscono i poteri di un legame iniziano i poteri di un altro legame; le sfere dei legami si compenetrano in modo che mai, in nessun momento esistenziale la vita si esenta dai contratti con qualcosa.

3. La qualità del legame

I legami risentono tutti del tempo. La resistenza al tempo dipende anche dalla qualità che connota il legame. Abbiamo due diverse qualità di legame in base alla loro solidità: immanente e trascendente.

3.1. I legami di tipo immanente

I legami immanenti sono quei legami che si costituiscono sotto condizioni di base caratterizzate da una certa fluidità. Essi sono caratterizzati da leggi che possono subire con relativa facilità cambiamenti o essere messe in dubbio. A questo tipo di legami appartengono i legami con la cultura, i legami familiari e non-familiari o amicali.

Il legame con la cultura - il nostro legame con la *cultura* è un

esempio di legame interpretativo per eccellenza. Fin dalla nascita siamo iscritti nella nostra cultura, siamo fatti della nostra cultura, eppure la interpretiamo a modo nostro, creandoci le nostre verità, selezionando ciò che ci serve da ciò che meno apprezziamo. Il nostro accordo con la cultura è quindi decisamente fluido. *I legami familiari* - risentono dell'organizzazione disposta del livello superiore, dalla cultura. I rapporti che governano le aree familiari possono quindi essere estremamente rigidi o estremamente dispersi e vaghi. Sono tipi di legame più deboli rispetto a quello culturale, e possono subire variazioni di potere sia per situazioni contingenti la vita delle famiglie, sia per imposizione dall'alto, dalla concezione di famiglia imposta e concessa della consuetudine. specialmente nella modernità ed ancora più nella post-modernità. In passato, proprio perché la cultura aveva pochi strumenti di difesa rispetto all'ambiente, la famiglia era un nucleo regolamentizzato da norme severe quali l'onore familiare, la legge di anzianità, le leggi di divisione maschio/femmina, eccetera. Queste energie di legame erano molto forti, espressive del contrasto che gli esseri umani dovevano opporre all'ambiente difficile. I gruppi familiari erano gli stessi attraverso i secoli, le regole dei contratti si percepivano profondamente e connotavano le esistenze degli individui. Le obiezioni ed i conflitti non erano tollerati e le anomalie eliminate o espulse. Si arrivava a livelli in cui il legame con la famiglia coincideva con quello espresso dalla norma culturale, che in quel caso non esprimeva una tendenza ma un dogma: le famiglie sono così. Ad esempio, il rapporto del figlio primogenito maschio con il pater-familias, in passato, nella civiltà contadina per esempio, era costruito con regole standardizzate incamerate su istruzioni dalla nascita e che si esprimevano nelle fasi specifiche della crescita del figlio, rispetto al padre, in modo praticamente automatico. Nella post-modernità il

rapporto tra padre e figlio è molto meno forte, molto meno chiaro, le regole del contratto sono caotiche perché sottoposte dalla cultura che le mantiene a spinte contrastanti, al relativismo. Un rapporto genitore figlio può ora rovesciarsi ed il figlio assume l'autorità del genitore sul genitore, perdendo quella di subalterno; avviene nelle migrazioni, tra prima e seconda generazione o nel confronto con le tecnologie. Nei casi in cui la famiglia perda di potere di coesione, questo potere, come abbiamo detto, viene assunto da altre sfere, per le famiglie che non contengono forza di legame di coesione sufficiente, emergono al potere nuovi gruppi, ad esempio la scuola, il gruppo dei pari o un *terzo polo*. Questo è ancora più evidente nei bambini di strada, per i quali è nullo il rapporto con le figure genitoriali, mentre il terzo polo rappresenta tutta la forza energetica del legame.

I legami non-familiari - sono quelli amicali, quelli specifici per un certo progetto, per una determinata situazione, nei gruppi, delle associazioni, ed hanno ancora meno potenza, sono classicamente volubili, ma possono assumere una certa forza nelle situazioni specifiche (fratellanze, gemellaggi, patti tra associazioni).

3.2. *I legami di tipo trascendente*

I legami trascendenti sono quei legami che si caratterizzano sotto condizioni di base immateriali quali quelle che si trovano classicamente nei "grandi sistemi". Questi legami devono render conto di argomenti tipo: l'escatologia, la fondazione, lo scopo dell'uomo, il bene ed il male, l'anima, eccetera. Data la qualità delle loro condizioni di base, essi si sottraggono per la maggior parte alla manipolazione umana e quindi assumono l'aspetto di incorruttibilità e di eternità. A questo tipo di legami appartengono i legami con la

parte eletta della cultura: *la mitologia*, con gli *antenati* e con *le divinità*. Essendo "materiale lontano dagli uomini", essendo storia e consuetudine tracciata molto tempo prima dell'attuale generazione che ne vorrebbe discutere, questi tipi di legame non sono generalmente inscindibili o non rimodellabili se non in circostanze speciali (rivoluzioni, cataclismi, profetismo, eccetera). La specificazione della distinzione tra legami immanenti e trascendenti serve per comprendere quale forza anima certe relazioni. Tutto ciò che è immanente presenta una via di accesso possibile, quello che invece è connesso a legami trascendenti di solito non è accessibile. Anche gli oggetti seguono la sorte del legame cui sono associati. Una sostanza psicoattiva legata con legame trascendente, non può essere usata se non al di fuori di quel campo e quindi un abuso, una dipendenza da essa è molto difficile che si sviluppi anche se la sostanza è forte e reattiva biologicamente. Questo spiega perché certe sostanze con questo legame non hanno traciato oltre l'uso che la cultura permetteva. Se è la sostanza di un dio, anche se crea stati alterati di coscienza, non può essere usata al di fuori del rito, è intoccabile. Se invece la sostanza è usata da un gruppo di amici, ha un legame diverso, immanente.

4. Dipendenza

Può essere mentale, fisica, di ponte, ed è la prima forma da esaminare quando si parla di tossico-dipendenza. Le sostanze, all'inizio, hanno una struttura di legame che non è patologica. Il nostro rapporto con le cose ha una base fisiologiche che è proprio il legame, la dipendenza ne ha già corrotto l'entità originale, ha variato l'essenza iniziale per cui le due parti si sono unite. Il rapporto o

contratto che le due parti hanno stabilito viene variato dal sistema della dipendenza.

5. La patologia del legame

La patologia del legame riguarda quei legami in cui l'equilibrio di due o più parti in una relazione è mantenuto da una delle parti a discapito dell'altra, in effetti non c'è più un equilibrio ma uno sforzo. Il legame viene istituito con oggetti, persone o sostanze per ricavarne un sostegno maggiore, una resistenza diversa da quella che si avrebbe se si affrontasse l'esterno da soli. Tuttavia il rapporto tra sostegno e libertà deve essere positivo. Quando si stipula un contratto, si sanciscono tutta una serie di comportamenti che le parti coinvolte non potranno più permettersi, cioè ci sono cose che non saranno più ammesse dal gruppo. Questi comportamenti sono descritti dall'alleanza, dalle regole del group-in e group-out, dalle norme di coesione e sicurezza, eccetera. Se vi è un rapporto equilibrato tra coesione, sicurezza, sostegno e indice di libertà residua individuale ci sarà l'equilibrio, altrimenti ci si trova con nuovi problemi. Un certo grado di autonomia, in un legame, deve essere quindi sempre garantita; la questione della libertà umana negli status è stato un argomento molto dibattuto; ad esso si associa il discorso della libertà dei gruppi rispetto ai vantaggi acquisiti. Ritroviamo le stesse polarità: troppo vicino/troppo lontano.

Nell'ambito dei legami patologici troviamo tre diverse forme.

a) *La patologia della distanza*: riguarda l'incapacità delle parti di riuscire a mantenere la giusta distanza, una volta che questa sia stata stabilita. Parliamo di dipendenza quando le due parti devono stare più vicine della norma per sentire e mantenere il legame. Il disturbo

dipendente di personalità è una patologia del legame in cui esiste una troppa vicinanza. L'intolleranza alle regole è invece l'opposto della dipendenza, quando le parti sono troppo lontane e si presenta il dubbio sulla reale esistenza del legame. Il disturbo antisociale di personalità è un esempio di questa patologia, dove nessun legame è riconosciuto.

b) *La patologia della intensità*: riguarda la forza del legame. Su un legame si può condensare tutta l'energia, ne è un esempio la tossicodipendenza, il feticismo (questa volta in senso Freudiano)

c) *La patologia della percezione ed interpretazione*: le due parti interpretano in modi diversi il legame, se non vi è stato precedentemente un accordo e quindi possono condividere una situazione relazionale pensando di essere per la stessa causa quando non è così.

5. Le società

Concludiamo il nostro discorso affrontando il problema societario del legame. Le società, semplificando, possono essere di tre tipi:

1 società tradizionali

2 moderna

3 post-moderna

I legami in una struttura stabile, come quella tradizionale, sono conosciuti, accettati, riconosciuti dagli altri, così come le patologie. Nelle società moderne viene mantenuto un certo tipo di carattere delle società tradizionali ma gli status sono aumentati di numero mentre la densità dei ruoli (dell'energia degli status) è diminuita di molto. Avere molti status aiuta a gestire l'alterità quando questa, come nella modernità, è significativamente maggiore. Tuttavia

paghiamo questa nostra elasticità con una forte perdita di autorità dei ruoli e con la confusione dei confini tra gli status. Questo porterà sia ad una iper-legalizzazione della società, sia alla formazione di forte insicurezza sociale. I legami, in questa situazione subiscono forti sollecitazioni. Sotto queste spinte alcuni scompaiono, altri secondari salgono di importanza, altri rimangono latenti eccetera; solitamente seguono la sorte degli status cui sono associati.

Esiste tuttavia una ulteriore complicazione: le società in trasformazione.

Quando le società affrontano rapide trasformazioni, molti codici sono messi in dubbio e decadono per alcuni, mentre per altri si rafforzano allo spasimo per difesa contro l'insicurezza. Quando la società cambia, quando cambia il sistema economico, storico o legale, i legami non sono più chiari. In queste transizioni culturali, come accade ora nella post-modernità, il senso di confusione e di precarietà rispetto ai punti di riferimento aumentano fino a produrre talmente tante variabili che la società arriva al bordo del caos. I grandi sistemi di riferimento normativo (legami trascendenti) vengono interessati dalla revisione sociale globale. Siamo infatti in piena crisi di relativismo.

Bibliografia

Beneduce R. (2007). *Etnopsichiatria: sofferenza mentale e alterità, tra storia, dominio e cultura*. Roma: Carocci.

Nathan T. (2003). *Non siamo soli al mondo*. Torino: Bollati Boringhieri.

Van Gennep (1981). *I riti di passaggio*. Torino: Bollati Boringhieri.

ALTRI CONTRIBUTI

Dal mito al soggetto: il processo dinamico e di integrazione culturale nei gruppi di psicodramma in età evolutiva

Angela Sordano

Il presente lavoro descrive come la metodologia di lavoro attraverso la fiaba e lo psicodramma con bambini e adolescenti mira allo sviluppo di costruzioni simboliche figurativamente organizzate che attingono direttamente dal mondo inconscio dei partecipanti e dalle dimensioni mitiche che organizzano la loro storia. Il gruppo a conduzione psicodrammatica nell'infanzia e nell'adolescenza può favorire l'integrazione sociale di persone etnicamente e culturalmente diverse attraverso il recupero di quei nuclei mitici profondi che giocano nell'inconscio dell'individuo.

Psicodramma; Adolescenti; Mito

From myth to the individual: The dynamic process of cultural integration in groups of psychodrama in childhood

This paper describes how the work methodology through the tale and psychodrama with children and adolescents focuses on the development of symbolic constructions figuratively organized which draw directly from the unconscious world of the participants and the mythic dimensions that organize their story. The psychodramatic group in childhood and adolescence may promote the social integration of people ethnically and culturally diverse through the recovery of those mythical and deep aspects that play a role in the unconscious of the individual.

Psychodrama; Adolescents; Mith

1. Introduzione

Cultura e gruppo hanno in comune la capacità attraverso le proprie regole di funzionamento ed i propri sistemi simbolici di organizzare la costruzione dei significati nella relazione interpersonale. Tra cultura e gruppo non sempre vi è una corrispondenza diretta, così come accade tra individuo e gruppo. Lo scarto costituisce la base del dialogo (Beneduce e al., 2005).

All'interno dei vincoli di una specifica cornice culturale e gruppale, il dialogo costituisce l'incontro con l'altro diverso da sé ed il rapporto la

base della comunicazione che predispone la conoscenza reciproca, la possibilità di essere amato, ascoltato, rispecchiato. Tuttavia nel nostro lavoro clinico spesso ci ritroviamo a dover dapprima creare le basi di questo reciproco riconoscimento, utile a sostenere il senso di esistere. L'ipotesi intersoggettiva in psicoanalisi ha portato con sé il vantaggio di poter teorizzare ciò che accade in questo spazio dialogico grazie allo spostamento di attenzione dai meccanismi di funzionamento intrapsichico ad una visione altero-centrica improntata sulla co-determinazione di ciò che accade nel percorso terapeutico (Montefoschi,1989).

La ricerca che si pone in questa nuova prospettiva riguarda attraverso quali atti e funzioni l'analista individuale o il conduttore di un gruppo contribuiscono alla costruzione di un incontro trasformativo, nel quale le diverse visioni del mondo, le diverse culture ed i nuclei mitici sottostanti all'identità personale possano trovare un'integrazione che non annulli la specificità degli interlocutori.

In particolare, la prospettiva interculturale mette profondamente in discussione la funzione dell'interpretazione verbale dell'analista circa quanto accade nella relazione con il paziente spostando l'interesse alle basi comuni dell'immaginario umano. Il gioco di intrecci soggettivi che si realizza nei gruppi con bambini relativizza ulteriormente la funzione interpretativa verbale dell'analista finalizzata alla presa di coscienza del materiale inconscio, collocando la centralità dell'analisi sullo scenario gruppale che comprende l'adulto e sulla scena che dialoga con i vari componenti in gioco (Pichon Riviére,1985).

Il lavoro di gruppo con bambini e adolescenti, che tra breve presenteremo, mira infatti ad evidenziare il ruolo del *pensiero figurativo* e della *funzione onirica* dello psicodramma (Sordano, 2006; Gasca, 2003; Trevi, 1986) nel favorire i processi integrativi del

gruppo, degli aspetti intrapsichici dei partecipanti e della loro diversità culturale.

2. Alcuni concetti teorici a supporto del materiale clinico

La metodologia di lavoro attraverso la fiaba e lo psicodramma con bambini e adolescenti mira allo sviluppo di costruzioni simboliche figurativamente organizzate che attingono direttamente dal mondo inconscio dei partecipanti e dalle dimensioni mitiche che organizzano la loro storia.

Il campo relazionale, centrandosi sulla rappresentazione di una storia comune (fiaba tratta dalla tradizione popolare) o sulla costruzione di una storia fantastica attiva uno scambio di immagini e scene (Hilman, 1984), che conferisce una marcata connotazione onirica e transpersonale al materiale emergente. Organizzatori simbolici di questo campo diventano i modelli operativi di base della mente umana che per Jung (Jung, 1976), e Neumann (Neumann, 1991) sono gli archetipi. Effetto della connotazione archetipica del campo o configurazione simbolica è la strutturazione di una *sincronicità tematica tra i partecipanti* e la loro sintonizzazione emozionale. Tale sincronizzazione porta il gruppo a funzionare come un unico Sé volto alla risoluzione di nodi evolutivi.

Nella nostra prospettiva, il gruppo psicoterapeutico è efficace quando funziona secondo un processo dinamico ricorsivo (Hofstadter, 1984) oscillando tra proiezioni evolutive e ritorni a posizioni non completamente assimilabili ad uno stato precedente. E' quindi riduttivo leggere un assetto dinamico di gruppo solo in termini di meccanismi di difesa, in quanto il processo evolutivo segue un andamento spiraliforme che accanto ad accomodamenti a stati

precedenti prevede nuove fasi trascendenti in cui avviene un'integrazione di nuovi modelli di funzionamento mentale. Ciò che è importante evidenziare, così come già descritto da Pichon Rivière, Bleger e Puget, e che tali modelli hanno un'origine più ampia di quella familiare perché si ancorano alla struttura linguistica e all'appartenenza culturale dei soggetti (vedi ad esempio effetto dei media e di internet).

Il campo archetipico, accomunando i vissuti dei partecipanti intorno ad un unico copione relazionale, sposta di piano i contenuti emotivi, mitici, culturali dei singoli partecipanti, perché li apre al processo intersoggettivo e ad una ridefinizione.

Un secondo aspetto alla base del nostro lavoro riguarda l'elaborazione del transgenerazionale. Il lavoro centrato sulle immagini e sull'uso di tecniche espressive compreso il gioco di ruolo consente un confronto basato su dimensioni non ancorate all'Io. In particolare, la dimensione di performance teatrale che caratterizza i gruppi con bambini (Schechner, 1984) centrato sull'assenza di confini tra pubblico e attore e sull'enactment, favorisce il riemergere di aspetti ancorati alla memoria del corpo (memoria procedurale) e ai contenuti inconsci trasmessi nei copioni familiari. Così come sottolineato da Schechner, la performance si basa sulla ritualizzazione di una sequenza di azioni, ma non entra nel merito del contenuto. Inoltre, il contenuto non emerge mai come aspetto ancorato all'individuo, ma come appartenente alla scena. L'esperienza personale oscilla così tra l'area dell'Io, del *non Io* e del *non non Io* come nel sogno. La possibilità di mettere in scena dei contenuti dolorosi senza un immediato riferimento a sé facilita la possibilità nei bambini di confrontarsi con aspetti dell'esperienza emotivamente complessi senza scivolare nella frammentazione a causa della vulnerabilità psichica del momento.

Un terzo aspetto riguarda invece il processo di gruppo. La questione integrativa nel gruppo si risolve grazie al suo funzionamento sovraperonale.

Nello psicodramma junghiano il processo intersoggettivo si basa sull'ipotesi che la personalità si basa su configurazioni di ruoli di cui solo una parte è conscia. Ne deriva che quando un soggetto sceglie un ruolo psicodrammatico è possibile ipotizzare dei ruoli complementari interni che alimentano le scelte personali e la rappresentazione di sé nel mondo. Ad esempio, se un partecipante sceglie come principale personaggio di identificazione una vittima particolarmente passiva, al suo interno agirà un aggressore molto attivo e dominante. Nella conduzione di un gruppo psicodrammatico con bambini, il conduttore non può quindi occuparsi di un ruolo alla volta, ma deve puntare a sciogliere l'interdipendenza di certe configurazioni che alimentano la rappresentazione di sé nel mondo. E' a questo livello che si colloca il processo correttivo dei fattori transgenerazionali, in genere figurativamente trasmessi (Schützenberger, 2004).

Un quarto aspetto riguarda i processi trasformativi dell'individuo. Per Jung il Sé è concepito come una componente della personalità che va oltre lo spazio dell'individuo. Se l'Io è il centro della coscienza, il sé psicologico è l'aspetto interiorizzato dell'insieme di stratificazioni di identificazioni, rispecchiamenti e cultura, il *Selbst* è un campo dinamico collettivo e transpersonale.

Quando un bambino, o un adolescente, entra in un gruppo, tutti questi livelli di funzionamento della mente individuale e gruppale dialogano tra loro conferendo alla dinamica di gruppo un'apparenza *caotica*. Il *chaos*, il rumore segnalano il senso di minaccia alla stabilità dell'unità dell' Io e l'emergere dell'aggressività costituisce un movimento naturale volto all'affermazione di una propria individualità

e alla differenziazione dalla matrice gruppale. *Enactment* ed *aggressività nei gruppi di bambini* non sono quindi espressioni patologiche, ma movimenti al servizio dell'individuazione. Con l'evolvere del processo di gruppo e una nuova definizione di sé si è strutturata, questi due aspetti vengono meno e si struttura un processo nel quale tutti fanno convergere le proprie azioni verso la soluzione di un unico problema. A questo punto possiamo dire di essere prossimi alla conclusione del trattamento.

L'integrazione culturale trova in questa ultima fase del processo di gruppo la sua sintesi.

3. Due casi non a caso

In Italia è possibile evidenziare oggi due grandi tipi di processi immigratori: uno attraverso l'adozione internazionale, l'altro attraverso il flusso di ingressi clandestini. Nell'uno e nell'altro caso l'integrazione nel nuovo contesto sociale presenta aspetti di protezione e rischio. Tra i fattori di rischio comune collochiamo la perdita del rapporto con la propria cultura di origine, mentre tra i fattori di protezione l'aver un gruppo di appartenenza nel nuovo mondo.

Vediamo ora attraverso due casi come il gruppo terapeutico può costituire un luogo di incontro culturale e di recupero di aspetti legati alle origini.

3.1. Lorenzo ed il viaggio del pirata senza bandiera

Lorenzo viene segnalato all'età di sei anni per il suo comportamento esuberante. Incapace di stare fermo e di trattenersi per più di un minuto in classe. Un giorno fugge da scuola e viene chiamata la vigilanza urbana. Raggiunto da un forzuto vigile, Lorenzo si difende dandogli un calcio nelle parti intime. Il vigile lo denuncia per aggressione a pubblico ufficiale, ma data l'età dell'indiziato, viene chiuso il fascicolo penale con la prescrizione alla famiglia di presa in carico del minore presso un servizio psicologico. Il comportamento di Lorenzo è così irruente da essere espulso per ben tre volte da tre scuole diverse. Quando i suoi genitori si presentano dallo psicologo, il primo dato che lo colpisce è l'origine multietnica del bambino. La madre di Lorenzo è nigeriana, mentre il padre è di nazionalità italiana. La coppia si presenta poco integrata. All'incontro di presentazione al gruppo di psicodramma, Lorenzo si rappresenta come "un pirata senza bandiera". Per molti incontri il suo comportamento in gruppo consiste nello scorrazzare da una parte all'altra della stanza, senza mai fermarsi né nella fase del racconto della storia, né nel corso della drammatizzazione. Ogni tanto apporta dei commenti verbali su quanto avviene in gruppo, rivelando che a distanza ne riconosce la presenza.

Per diverse sedute, un operatore è costretto a contenerlo fisicamente, affinché non faccia male ai compagni, non esca dalla stanza utilizzando ad esempio la finestra o il cornicione. Tutto il suo comportamento sembra portare un messaggio di sfida: "Non mi integrerete mai!". Malgrado l'iperattività, l'ascolto della fiaba sembrava costituire per lui una sollecitazione utile ad esprimere qualcosa di sé. Infatti dopo alcuni mesi, Lorenzo si propone come protagonista di una fiaba nella quale un diavolo inganna un soldato.

Interpreta il ruolo del diavolo con grande intensità, in particolare quando deve ordinare al soldato (aspetto interno complementare) i vincoli che dovrà rispettare. Al termine della drammatizzazione, il gruppo si dirige verso il tavolo per disegnare la parte della fiaba che lo ha colpito di più. Lorenzo rappresenta "un aereo che fa un viaggio nei paesi d'oltremare". Poi lo accartoccia e chiede un altro foglio. Dopo alcuni mesi, si propone nel ruolo di Hansel che si prende cura della sorella Gretel e al termine della drammatizzazione disegna una strega che muore.

Il prendersi cura della sorella, simbolo della strutturazione di un legame affiliativo con il gruppo dei pari, segna un passaggio fondamentale nella rappresentazione di sé non solo rispetto alla possibilità di appartenenza ad un nuovo gruppo, ma anche rispetto alla cultura dei genitori, transferenzialmente rappresentati dai conduttori.

Nell'ultimo incontro, Lorenzo disegna una nave gialla e nera con una bandiera italiana, che viaggia sull'acqua.

Il disegno conclusivo rende più chiaro il percorso realizzato: lo scioglimento di un vincolo con il mito di ritorno alle origini perdute (vincolo con il diavolo) che lo aveva a lungo tenuto legato alla madre. La differenziazione dalla madre (archetipicamente evidenziato dalla morte strega) apre Lorenzo ad un dialogo con l'altro, sia come gruppo dei pari, sia come logos, ovvero di un paterno e della sua cultura. Il disegno finale ovviamente non allude ad un processo già realizzato, quanto piuttosto ad un progetto, all'anticipazione di una possibilità futura. La nave in viaggio sul mare, che sventola la bandiera italiana, è un'ipotesi di identità che Lorenzo metterà in pratica nel tempo, non solo per sé, ma anche per i nuovi fratelli della sua famiglia. Il diavolo-maschera (Von Franz, 1995), portato in gruppo, costituisce in sintesi la base figurativa che organizza e rivela a livello inconscio

un'adesione mitica ad un mito materno, disfunzionale all'integrazione di Lorenzo al nuovo contesto sociale. Grazie allo scenario fiabesco, viene reso pensabile un contenuto molto profondo difficilmente aggredibile a livello inconscio non solo per un bambino, ma forse per il suo intero sistema familiare.

3.2. *Serene ed il ballo woodoo*

Serene, 15, anni è di origine brasiliana. Dopo un lungo periodo di istituzionalizzazione è giunta in Italia con un permesso studio, accompagnata da una famiglia, che l'aveva presa in affidamento senza alcuna procedura formale del Tribunale Minori. Il caso giunge casualmente a conoscenza della Procura, che oltre a rilevare l'irregolarità formale della presenza della minore in Italia, accerta anche una situazione di grave trascuratezza agita dalla famiglia ospitante. Allontanata, dopo un periodo in comunità, viene affidata ad una famiglia con scopo adottivo. L'affidamento fallisce nuovamente a causa della rigidità delle aspettative dei coniugi, che pretendono che incarni tutte le qualità che erano prerogativa della figlia morta per distrofia muscolare.

Nella prima seduta di gruppo in relazione al tema del non avere corpo, Serene associa il silenzio e la difficoltà di comunicare con i genitori affidatari. Lei non comunica con loro perché teme di non essere capita e porta una situazione nella quale è in cucina con la madre. Vorrebbe dirle che le vuole bene, ma non lo fa. La madre nella scena appare poco attenta ai aspetti emotivi della figlia affidata e non attua alcun movimento anticipatorio. Malgrado questa carenza dell'altro, Serene sente che tutte le inadeguatezze sono sue.

In una fase successiva, nella quale si è strutturato un forte processo

di rispecchiamento tra le partecipanti, le ragazze cominciano a raccontare aspetti comuni nella loro vita quotidiana. Alcune dicono che le cose a scuola vanno meglio che a casa. La metafora della scuola-gruppo terapeutico viene a consolidarsi attraverso le scene messe in gioco. Serene, porta un sogno che rievoca il suo periodo comunitario. Lei incontra un educatore, con poca differenza di età dalla sua, che in passato le aveva mostrato dell'affetto. In un primo momento non la riconosce, poi quando lei gli fa vedere una bruciatura sul braccio, si ricorda di lei. Vengono giocate due scene, quella con la madre naturale, che le aveva procurato la bruciatura, e quella con il ragazzo.

Serene commenta dopo i vari scambi di ruolo che come madre era incapace di riconoscere il dolore della figlia, mentre il ragazzo era dispiaciuto per non aver subito riconosciuto Serene. Il riconoscimento tra pari avviene proprio sulla bruciatura, segno di sofferenza ed elemento comune con gli altri esseri umani. Nel riconoscimento di ciò che è comune nell'esperienza comincia così a realizzarsi la correzione dei buchi neri nelle relazioni primarie e nelle origini.

Nell'incontro che segue il corpo rappresenta il luogo di ricostruzione dell'unità originaria. Dopo una scena nella quale I., rappresenta un momento nel quale lei è seduta come pietrificata su un divano tra la madre e la nonna e guarda un tavolo pieno di cibo e dolci a cui non riesce ad accedere, Serene rievoca un momento nel quale da bambina, osservava un gruppo di ragazze più grandi dell'orfanotrofio che stanno realizzando un ballo rituale. Mentre in cerchio un gruppo di ragazze cantano e producono una musica ritmica e ripetitiva, al centro una ragazza balla come in uno stato di trance muovendo tutto il corpo in maniera disorganizzata e libera, come fosse presa da uno spirito. Serene si propone nel ruolo della ragazza che balla e coinvolge il resto del gruppo a costruire i suoni ed i ritmi di quella

rappresentazione rituale.

Dopo la messa in scena afferma di essersi sentita carica di energia e felice di aver recuperato questo ricordo. Successivamente porta un sogno: "Ero in cucina, c'erano mia madre e mio padre. Io ero sul divano, poi arriva un ragazzo che mi invita a ballare. Mentre balliamo si alza un muro che mi separa dai miei genitori". Il simbolo del muro viene ad assumere per le tre ragazze presenti nel gruppo valenze affettive diverse: per una la separazione dai genitori, per un'altra la propria situazione di solitudine, per l'ultima la nascita di uno spazio individuale. Il ballo rituale che ricolloca il corpo in scena sembra aver così introdotto una novità nel sistema di appartenenze precedenti aprendo la prospettiva di ricerca fuori dal sé.

4. Conclusioni

Il gruppo a conduzione psicodrammatica nell'infanzia e nell'adolescenza può favorire l'integrazione sociale di persone etnicamente e culturalmente diverse attraverso il recupero di quei nuclei mitici profondi che giocano nell'inconscio dell'individuo. Il soggetto sradicato dal proprio ambiente, portatore di una cultura transgenerazionale diversa da quella dominante, corre il rischio di sentire ostacolata la strutturazione del sentimento di esistere e di appartenere al nuovo ambiente a causa della difficoltà a percepirsi all'interno di uno spazio ritualizzato che comprende sé e l'altro.

Nello psicodramma, la ritualizzazione attraverso lo spazio scenico, il lavoro sulle immagini e sulla memoria del corpo favorisce l'emergere di ruoli potenziali che orientano una sintesi nuova tra ruoli attuali e ruoli interni avviando nuove ipotesi sul Sé.

Bibliografia

- Beneduce, R., Pulman, B., & Roudinesco, E. (2005). *Etnopsicoanalisi. Temi e protagonisti di un dialogo incompiuto*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Durand, G. (1972). *Le strutture antropologiche dell'immaginario. Introduzione all'antropologia generale*. Dedalo, Bari.
- Gasca, G. (a cura di) (2003). *Punto di incontro di metodologie psicoterapeutiche*. Franco Angeli, Milano.
- Gasseau, M., & Gasca, G.(1991). *Lo psicodramma junghiano*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Hilman, J. (1984). *Le storie che curano. Freud, Jung e Adler*. Raffaello Cortina, Milano
- Hofstadter, D. R. (1984). *Gödel, Escher, Bach: un'eterna ghirlanda brillante*. Adelphi, Milano.
- Jacobi, J. (2004). *Complesso, archetipo, simbolo nella psicologia di C.G. Jung*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Jung, C. G.(1976). *La dinamica dell'inconscio*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Lévi-Strauss, C. (1980). *Mito e significato*. Il Saggiatore, Milano.
- Montefoschi, S. (1989). *L'uno e l'altro: interdipendenza e intersoggettività nel rapporto psicoanalitico*. Laboratorio di ricerche evolutive.
- Neumann, E. (1991). *La personalità nascente del bambino. Struttura e dinamiche*. Red, Como

- Pichon Rivière, E. (1985). *Il processo grupale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*. Lauretana, Loreto (AN).
- Puget, J., Bernard, M., Games Chaves, G., & Romano, E. (1996). *Il gruppo e le sue configurazioni*. Borla, Roma.
- Scategni, W. (1996). *Psicodramma e terapia di gruppo. Tempo e spazio dell'anima*. Red, Como.
- Schechner, R. (1984). *La teoria della performance*. Bulzoni, Roma.
- Schützenberger, A. A. (2004). *La sindrome degli antenati*. Di Renzo editore, Roma.
- Sordano, A. (2006). *Fiaba, sogno ed intersoggettività. Lo psicodramma analitico con bambini e adolescenti*. Bollati Boringhieri, Torino
- Trevi, M. (1986). *Metafore del simbolo-Ricerche sulla funzione simbolica nella psicologia complessa*. Raffaello Cortina, Milano.
- Von Franz, M. L. (1995). *L'ombra ed il male nella fiaba*. Bollati Boringhieri, Torino.

RASSEGNA E RECENSIONI

Kaës, R. (2007). *Un singulier pluriel: La psychanalyse à l'épreuve du group*. Paris: Dunod.

Recensione a cura di Valentina Lo Mauro e Giorgio Falgares

L'intensa attività scientifica e clinica di René Kaës è da sempre rivolta alla descrizione e alla esplorazione delle relazioni complesse che specificano, articolano, distinguono e oppongono tre spazi psichici: quello del soggetto singolare, quello dei legami intersoggettivi e quello degli insiemi complessi, come i gruppi, le famiglie e le istituzioni. In questo suo ultimo lavoro, l'Autore mostra come il soggetto si costruisce nella pluralità dei legami e delle alleanze dentro le quali si forma, negli insiemi organizzati da processi e da formazioni psichiche comuni a più soggetti, insiemi di cui egli è parte costituita e parte costituente.

Kaës impegna molta parte del libro nell'interrogare la clinica psicoanalitica classica sull'oggetto stesso del suo lavoro a partire dagli apporti che l'uso del dispositivo gruppale ha prodotto sul modo di rappresentare e pensare il soggetto e la realtà psichica. Quest'ultima non può solo essere pensata come singolare ma occorre guardare anche alla sua declinazione plurale costantemente intessuta e sollecitata da legami intersoggettivi che la alimentano e sostengono e con la quale, anche, confligge. In che modo il soggetto "singolare" unico e specifico, è anche un soggetto "plurale" il cui inconscio è tenuto e lavorato nei legami intersoggettivi, nelle alleanze inconsce, negli spazi psichici condivisi con altri? È, in effetti, anche con questo soggetto che gli psicoanalisti si confrontano dentro dispositivi clinici individuali. Ma quest'ultimo non permette di cogliere questa dimensione, come è invece possibile fare con il dispositivo di gruppo. Diventa non più rimandabile una rivisitazione teorica sulla natura del soggetto in quanto soggetto del legame da cui deriva, che eredita, di

cui beneficia e che a sua volta nutre e trasforma. Questa sollecitazione è ben espressa dal sottotitolo del volume, che precisa, infatti, " la psicoanalisi alla prova del gruppo". La psicoanalisi, scrive Kaës, ha sempre lavorato intensivamente sullo spazio intrapsichico ed estensivamente sulle sue frontiere. Col gruppo cambia il modello di apparato psichico perché occorre pensare le relazioni tra il soggetto singolare e la realtà dell'insieme che questi forma con gli altri, e da cui prende forma, per una parte che resta tutta ancora da scoprire. Questa prova è anche una messa alla prova, perché quest'ultima risulti feconda è necessario essere esigenti sul metodo e sui concetti, è necessario rendere conto del modo in cui si costruisce la nostra conoscenza dell'inconscio.

Ne deriva un'attenzione particolare ai luoghi dove questa conoscenza si rende operabile e pensabile, e quindi ai dispositivi clinici utilizzati ed ai processi e ai temi specifici che al loro interno vengono prodotti. Obiettivo del libro diventa, allora, quello di tentare una articolazione tra la realtà psichica del gruppo e quella del soggetto singolare, nel tentativo di rendere conto della parte che quest'ultimo gioca nella formazione della prima, e del modo in cui il soggetto si forma nella intersoggettività come soggetto dell'inconscio.

La questione dell'intersoggettività non è più circoscrivibile o ridotta a solo fenomeno del gruppo. Da qui la tensione volta a verificare la consistenza della nozione di una vita psichica inconscia di natura gruppale. Secondo l'Autore l'intersoggettività non è da intendersi come un regime di interazioni comportamentali tra individui che comunicano i loro sentimenti, ma come l'esperienza e lo spazio della realtà psichica che si specifica attraverso i loro rapporti di soggetti, in quanto soggetti dell'inconscio. L'intersoggettività non è solo parte costitutiva del soggetto, tenuta nella soggettività dell'altro o di più di un altro, ma essa si costruisce come struttura dinamica in uno spazio

psichico proprio ad ogni configurazione di legami. La questione dell'intersoggettività consiste nel riconoscimento e nell'articolazione dei due spazi psichici parzialmente eterogenei dotati ognuno di logiche proprie. Descritta in questo modo, la problematica dell'intersoggettività apre l'accesso a sofferenze psichiche e a forme di psicopatologia contemporanea che possono essere comprese e analizzate solo se articolate con i valori e le funzioni che hanno assunto o che continuano ad assumere per un altro, per più altri, e, infine, per il gruppo di cui il soggetto è parte costituita e costituente. Per sostenere questa tesi, ed in continuità con i suoi lavori precedenti (*L'apparato psichico dei gruppi, Il gruppo e il soggetto del gruppo, La parola ed il legame*), Kaës descrive dapprima le caratteristiche del gruppo, poi i processi che in esso si sviluppano, e successivamente studia gli interstizi tra individuo e gruppo. La questione principale diventa, infatti, come e dove avvengono i passaggi dall'uno all'altro, attraverso quali forme e quali processi. L'Autore individua delle formazioni miste che hanno una funzione di innesto e che permettono di far interagire le differenti figure della gruppalità. A partire dai gruppi interni che sono i fantasmi originari, le immagini, le istanze dell'apparato psichico, il sistema delle relazioni oggettuali, l'immagine del corpo, si organizza la vita psichica gruppale. A questi determinanti intrapsichici si aggiungono delle determinanti culturali che Kaës descrive come delle vie che imprimono forma e significato alla gruppalità. Lo studio sulle reciproche connessioni tra singolare e plurale diventano tanto rilevanti per la clinica e per i dispositivi che essa mette in opera, quanto più urgenti e evidenti sono i cambiamenti del sociale. Quest'ultimo è, per Kaës, lo sfondo che sostiene e su cui si costruisce il soggetto e il suo mondo psichico. Risultati dei cambiamenti del sociale sono nuove evenienze critiche, nuove emergenze, mancanze o eccedenze, che riguardano tanto la

strutturazione della realtà psichica del soggetto e l'ordine delle identificazioni, quanto l'organizzazione e la qualità dei legami intersoggettivi, ed i processi di trasformazione e di mediazione dentro spazi relazionali condivisi.

Fava, F. (2007). *Banlieue de Palerme: Une version sicilienne de l'exclusion urbaine*. Paris: L'Harmattan.

Recensione a cura di Valentina Lo Mauro e Giorgio Falgares

Il libro pubblicato recentemente anche in Italia da Franco Angeli (2008) con il titolo *Lo zen di Palermo. Antropologia dell'esclusione* ricostruisce le diverse fasi che hanno caratterizzato la complessa indagine antropologica (durata sette anni) che l'Autore ha realizzato in uno dei quartieri considerati più a rischio di marginalità e devianza dell'intero territorio siciliano: lo Zen di Palermo.

L'Autore è partito da una netta, e certamente condivisibile, critica verso il mondo dei *media*, della politica, delle scienze sociali (anche della psicologia) che, in modi e per ragioni diverse, hanno contribuito (rinforzandosi) a rappresentare gli abitanti dello Zen come separati da una frontiera, un limite sia fisico sia simbolico, che li ha tenuti a distanza dal resto della città di Palermo.

Come afferma Fava nell'introduzione, nel fatto di cronaca si è cercato sempre di rappresentare, attraverso una strategia narrativa seducente, un'identità collettiva nel luogo stesso in cui i membri di questa collettività vivevano. Il quartiere, in questo modo, diventava la scena di sé stesso grazie all'esaltazione di alcuni tratti distintivi (degrado, devianza, malavita). Questo sguardo, che Fava definisce dall'"alto" verso il "basso" e che ha ridotto la rete dei legami sociali alla sola complicità criminale, ha finito per rinchiudere gli abitanti in una condizione di "minoranza al margine", in un universo sociale circoscritto e distinto (le ben note dinamiche di stigmatizzazione o di ghettizzazione).

E' da queste premesse che ha preso le mosse il lavoro di ricerca vero e proprio, il cui obiettivo è stato la conoscenza intima degli abitanti del quartiere, del loro mondo interno, dei loro legami sociali, "senza

restare impigliati nella prospettiva fissata dalla rappresentazione mediatica e rinforzata spesso da discorsi specialistici”.

Da qui il ricorso ad uno strumento certamente elettivo nel processo di avvicinamento ad una realtà multiforme come quella di un quartiere: la parola altrui raccolta sul campo. In questo senso, il dispositivo di Fava si caratterizza per il suo ancoraggio al *qui e ora* dell’incontro antropologico, colto nella sua unità interna d’evento e di senso, attraverso il concetto mediatore dell’implicazione del ricercatore. Ricercatore, è questo l’aspetto più rilevante ed originale, che prima di tutto deve sentirsi inserito dentro le reti di relazioni che vuole esplorare (si parla di etnologia dell’interazione e non solo di osservazione partecipante) e la sua exteriorità deve essere colta fin dall’inizio dai soggetti che le attribuiscono un senso all’interno del campo sociale dove l’incontro avviene.

Come afferma Fava, l’incontro e gli scambi con i soggetti (nelle scale, nei cortili, nelle strade) non sono soltanto il luogo dell’identificazione dell’oggetto, ma anche, attraverso la ricostruzione dell’implicazione del ricercatore, il mezzo euristico per scoprire questo oggetto.

Coerentemente con questa impostazione, Fava mette in scena i residenti del Zen, soprattutto attraverso i loro racconti. Ciò che viene posto in risalto, in particolare, è il modo in cui i residenti del quartiere negoziano (convivono) quotidianamente lo stigma con cui la rappresentazione mediatica bolla tutto il loro universo sociale. In questo modo, il lettore ha la possibilità di cogliere le categorie e le gerarchie interne attraverso cui i residenti costruiscono la loro identità.

Ferraro, A. M., & Lo Verso, G. (2007). *Disidentità e dintorni: Reti smagliate e destino della soggettualità*. Milano: Franco Angeli.

Recensione a cura di Emanuela Coppola

I libri migliori sono quelli che sanno non solo creare personaggi intramontabili ma anche rinvenire, seguendo trame scintillanti, i luoghi in cui dimora l'essere. "*Disidentità e dintorni. Reti smagliate e destino della soggettualità*" è un testo che racconta la storia psichica dell'uomo post-moderno.

Un testo che conservando rigore intellettuale sommuove evocazioni artistiche, letterarie, filosofiche perché si snoda nel percorso topografico del Sé che diventa il fraseggio di incontri con le molte forme e figure dell'umano. Siamo nell'intrapsichico e nell'extrapsichico allo stesso tempo. Per mezzo del simbolo, la teoresi gruppoanalitico soggettuale conduce alla trasfigurazione dell'identità che ora è una rete allentata, sfibrata, smagliata; ora è un fluido che cambia stato, la disidentità è il suo solvente e la dilania fino all'evanescenza dell'inorganico; poi torna stoffa ma è di organza, porosa e aeriforme, pregevolissima e inconsistente, luccicante in superficie ma dentro chiaroscurata dai bui anfratti del non-essere.

L'identità è indagata attraverso la rilettura del transpersonale. La sistematica e incisiva ricapitolazione dei cinque livelli è impreziosita da un'accurata analisi delle "fibre" che ne compongono l'intricata tramatura. Ad ogni stratificazione è presente una rivelazione di sbalzi, scuciture, smagliature che sin dal primo istante dirigono il lettore al cuore della questione.

La versione che gli autori propongono è quella di un mondo interno che sta progressivamente perdendo consistenza, simulando un'atrofia multisistemica dove la degenerazione si dilata orizzontalmente e

verticalmente e l'indigenza relazionale si estende senza posa in tutte le direzioni. La rarefazione della mitografia familiare e transgenerazionale dà il via all'assottigliamento dei campi multipersonali fin anche a corrodere il nucleare asse genitoriale. La coartazione delle possibilità relazionali si registra già sul piano topografico, dunque, provocando un restringimento dei livelli potenziali di articolazione del Sé. Da un punto di vista qualitativo la latitanza del codice etico-normativo, che fa da contro altare all'inflazione di quello affettivo-ancillare, sancisce l'impossibilità di appartenere ad un ordine che strutturi e contenga e che tracci i precisi confini dell'essere e del non essere, del bene e del male.

L'atteggiamento disfattista del genitore dinanzi alla sua missione pedagogica è la spia rilucente di una società "molle", ipotonica che rinuncia a generare "individui", perché per individuarsi, per essere unici si deve prima essere stati molti, assoggettati alle forze superegoiche del familiare. Se questo non è più possibile, se il transpersonale si spopola, il sentiero che porta alla separazione-individuazione si sgretola irrimediabilmente lasciando al suo posto l'angoscia bianca del vuoto esistenziale. Il vuoto non è depressivamente la mancanza di qualcosa, ma è la deficitarietà primordiale di in-scrizioni tranpersonali, fondamento strutturale dell'essere stesso. Si tratta di un testo di pregevolissima fattura che da una specifica postura clinico-riflessiva guarda all'essere sollevando la necessità di stringere i nodi della maglia identitaria per fortuna ancora, se pur sommariamente, intrecciata.

Profita, G., Ruvolo, G., & Lo Mauro, V. (2007). *Transiti psichici e culturali: Una prospettiva culturalista sulle dinamiche psicologiche dei gruppi mediani e allargati*. Milano: Libreria Cortina.

Recensione a cura di Giovanna Amato

Il testo di G. Profita, G. Ruvolo e V. Lo Mauro invita a pensare, a riflettere, ad interrogarsi sulla complessità dei campi mentali, entro dispositivi attraversati da dinamiche del tutto particolari, quali i gruppi di ampio formato nei contesti didattici e formativi. Riflessioni, quelle proposte, che sollecitano l'attuazione di un'operazione epistemologica di "spostamento dello sguardo": pensare cioè l'individuo all'interno del mondo in cui vive, "porre l'accento sul concetto di relazione e sui processi di interiorizzazione delle relazioni" (p. 21), sviluppare un pensiero che "connetta i fenomeni psichici con quelli socio-culturali" (Ruvolo, Di Stefano, 2002). Il sociale non si configura soltanto quale sfondo: piuttosto, attraverso i gruppi di ampio formato diviene visibile "la complessa articolazione tra individuale e sociale", che consente l'esplorazione "della dinamica tra libertà individuale e vincoli socio- istituzionali" (pag. 52). E' il gruppo stesso a costituirsi quale "potente attivatore di forme di socialità, favorendo il transito da forme sociali rigide e ristrette a contesti più ampi e aperti" (*ibidem*). Una prima parte del volume racchiude i principali contributi teorici e di teoria della tecnica per lavorare con i gruppi mediani e allargati: le intuizioni di S. Foulkes, le proposte di J. Rouchy, le riflessioni della Scuola Italiana di Gruppoanalisi ed infine le prospettive di ricerca proposte da J. Le Roy e G. Wilke. Un percorso, quello proposto dagli autori, che si dispiega lungo una duplice dimensione, che consente al lettore di transitare da uno spazio di approfondimento e di riflessione teorico-concettuale sui dispositivi

gruppali ad uno spazio nuovo e originale, in cui ad essere attenzionata è l'esperienza viva e la sua contestuale elaborazione. La concretezza delle esperienze presentate dagli autori consente di rintracciare le potenzialità trasformative e di apprendimento degli strumenti gruppali: *in primis* la possibilità di sperimentare la condizione del "disorientamento per riorientarsi" (La Cecla, 2000), vissuto che inevitabilmente esige la ricerca di un nuovo ordine culturale. La seconda parte del testo è dedicata ad un percorso di esperienza e di ricerca, a partire dalla "sperimentazione" dei gruppi mediani e allargati nel contesto universitario del Corso di Laurea in Psicologia di Palermo. Un progetto innovativo che propone il superamento delle convenzionali tecniche didattiche e il riattraversamento della cultura istituzionale: l'opzione ideologica che sottende tale lavoro risiede nella possibilità di sperimentare un apprendimento di tipo implicativo-esperienziale, finalizzato a coinvolgere attivamente gli studenti in un processo di comprensione delle dinamiche emotive, cognitive e relazionali, che il lavoro psicologico comporta, a partire dalla propria soggettività e dall'implicazione personale. In relazione a tale esperienza, di particolare interesse è il capitolo che descrive il percorso di ricerca intrapreso contestualmente all'avvio dei gruppi: a partire dalla consapevolezza circa l'esiguo numero di strumenti disponibili per la ricerca empirica sui gruppi, peraltro prevalentemente riferibili ai fenomeni precipui dei piccoli gruppi, gli autori propongono l'individuazione ed elaborazione di un'adeguata metodica di rilevazione dei dati empirici adeguata ai gruppi allargati: l'analisi del contenuto. Infine la terza parte: particolarmente ricca, racchiude in sé i principali ambiti di contestualizzazione del lavoro psicomotivo con i gruppi di ampio formato. I percorsi formativo-esperienziali di *large-group* per medici e infermieri delle cure palliative, il gruppo

mediano attivato nel contesto penitenziario, il gruppo mediano attivato nel contesto aziendale, l'intervento di formazione interculturale ed infine l'esperienza di ricerca sul transito culturale: esemplificazioni queste che aprono spazi di riflessione sulla specificità dei fenomeni del dispositivo gruppale e che "consentono di uscire dalla genericità delle descrizioni e delle teorie finora prodotte" (pag. 137). Un testo agevole, originale e scorrevole: un lavoro che pone al centro il complesso intreccio tra luoghi istituzionali e luoghi mentali, tra vissuti di liminarietà e, con le parole di De Martino, di "costituzione di nuovi orizzonti culturali", che divengono condizioni necessarie alla trasformazione, obiettivo dell'intervento formativo.

Campione, G., & Nettuno, A. (Eds.) (2007). *Il gruppo nelle dipendenze patologiche*. Milano: Franco Angeli.

Recensione a cura di Francesca Campostrini

Scrivo questa recensione da un punto di vista un po' particolare, essendo io uno degli autori di un saggio presente in questa cura. Uno degli operatori che, con tanta passione, ha svolto e poi raccontato la sua esperienza di conduzione di gruppi con soggetti tossicodipendenti e che Guglielmo (Campione) ed il dott. Nettuno, che non ho invece il piacere di conoscere, hanno raccolto e deciso di "curare", per consentire ad altri di partecipare di queste esperienze narrate.

Cercherò dunque di mantenermi in bilico tra la piaggeria e la possibilità autentica di dire qualcosa su questo testo, utilizzando anzi la mia posizione per essere critica in modo limpido, rispetto agli aspetti di grande forza impressionistica che questo bel libro possiede, a cui fa da contraltare una debolezza vagamente manualistica, che cercherò di illustrare.

La ricchezza del libro sta nella grande conoscenza diretta del fenomeno della tossicodipendenza e delle gruppalità praticate nel concreto, che gli autori hanno, in quanto descrivono ciò che realmente si pratica rispetto ai gruppi in diverse realtà del pubblico e del privato sociale.

Questo volume esce nella collana "Clinica delle dipendenze" di Franco Angeli, dove l'intento dichiarato è quello di "far comprendere agli "esperti" e poi alla società il senso dell'operare quotidiano, (...) e le pubblicazioni trovano linfa nell'ambito delle attività o comunque sono collegate agli operatori del settore" (p. 1).

E in effetti la parte di grande interesse del libro non mi sembra risieda solo in ciò che si dice, quanto in ciò che si pratica, anche in quanto gli aspetti sociali e curativi delle malattie contribuiscono a

delinearle tanto quanto la loro sintomatologia, come insegna la psichiatria transculturale. I modi in cui i curanti pensano i Servizi e le risposte terapeutiche, contribuiscono grandemente alla costruzione stessa della patologia.

Ci sono pagine di grande bellezza nei racconti delle "vignette cliniche", dove i pazienti con acuta intuizione dei fondamenti della psicoanalisi, riescono a stupirci per la bellezza delle esemplificazioni che forniscono.

In altri passaggi sono gli autori stessi che forniscono con semplicità e rigore esempi concreti del potere euristico delle teorie psicoanalitiche, che realmente aprono percorsi di senso dove è molto difficile orientarsi e comprendere.

C'è una grande varietà di contesti, in cui forse l'unico limite è di riflettere solo l'Italia del nord, sia da un punto di vista della multiformità in cui il fenomeno della dipendenza ormai si articola, (cocaina, poliabuso, gioco d'azzardo, ma anche disturbi alimentari), sia da un punto di vista dei contesti istituzionali che di questo fenomeno si fanno carico: Ser.T., privato sociale, carcere, ma anche gli studi privati, in cui non è escluso di poter effettuare un tratto del percorso terapeutico.

Il libro è poi molto "colto", molto all'interno di una dimensione di senso e di condivisione nella comunità scientifica, con citazioni plurime da *tutta* la letteratura sui gruppi a partire veramente dai primordi con Joseph Pratt, sì, quello che faceva i gruppi con i pazienti tubercolotici al Massachusetts General Hospital nei primi anni del '900, per passare dal misconosciuto Trigant Barrow, e poi Anzieu, Bion, Foulkes, Kaës, e Pines per arrivare a Corrao, Correale, Corbella, Neri, Pontalti, Rouchy, tanto per citarne alcuni, in ordine un po' cronologico e un po' alfabetico. Una lunga carrellata di autori, che alla fine stride un po'.

E che fa assumere al volume, a tratti, un andamento leggermente diverso da quello che si era verosimilmente pattuito con il lettore, che aveva molto a che fare con il "adesso ti racconto che cosa ho fatto e perché" e sfocia in un disorientante: "adesso ti dico come si fa e perché".

Questo tono stona un po', ma non toglie il piacere della lettura e, e non è poco, la dimensione di apprendimento che chi si occupa di gruppi in vari contesti, avidamente ricerca.