

Plexus

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

Vol. 2 N. 1 - Giugno 2009

NUMERO MONOGRAFICO:

*La vita, i setting, la psicopatologia: sfide sui confini della clinica tra epistemologie,
vincoli e trasformazioni*

Editoriale

Corrado Pontalti 4

SEZIONE MONOGRAFICA

La terapia fuori dalla stanza: per un'agorafilia della cura

Antonino Aprea 7

Commento a "La terapia fuori dalla stanza: per una agorafilia della cura" di
Antonino Aprea

Silvana Koen 19

Il "valore" della psicoterapia: vincoli economici tra paziente e terapeuta

Stefano Alba 23

Commento a "Il "valore della psicoterapia: I vincoli economici tra paziente e
terapeuta" di Stefano Alba

Paola Marinelli..... 36

Campo terapeutico in gruppi con adolescenti

Angelo Fiorini, Silvia Morgante 42

Commento a "Campo terapeutico in gruppi con adolescenti" di Angelo Fiorini e
Silvia Morgante

Girolamo Lo Verso 56

Epistemologia gruppoanalitica e articolazione dei setting terapeutici in un DSM

Nicoletta Della Torre 60

Commento a "Epistemologia gruppoanalitica e articolazione dei setting terapeutici
in un DSM" di Nicoletta Della Torre

Luisella Ferraris, Paola Innocente 72

Campo grupppale virtuale: La storia di una migrazione riconnessa nel tessuto onirico

Giuseppe D'Onofrio 78

Commento a "Campo gruppale virtuale: La storia di una migrazione riconnessa nel tessuto onirico" di Giuseppe D'Onofrio

Gabriele Profita91

Decostruzione nosografica in un campo gruppale: Peculiare rammendo di una vita nella tessitura dei sogni

Gerardo Di Carlo, Lorenzo Mosca99

Commento a "Decostruzione nosografica in un campo gruppale: peculiare rammendo di una vita nella tessitura dei sogni" di Gerardo di Carlo e Lorenzo Mosca

Ugo Corino 110

SEZIONE ALLIEVI

Il gruppo di elaborazione tirocinio del Laboratorio di Gruppoanalisi: Da dispositivo didattico a comunità di apprendimento

Manuela Materdomini, Antonio Dragonetto, Simona Ciccarelli, Serena Canetri, Enkelejda Dervishi, Marzia Fabi, Grazia Serantoni, Loris Verdirame 117

ESPERIENZE CLINICHE NEL SOCIALE

Dal corpo all'anima: Un'esperienza di sensibilizzazione affettiva di un gruppo a termine di famiglie adottive

Francesca Cattafi..... 131

RASSEGNA E RECENSIONI

Giorgi, A., Giunta, S., Coppola, E., Lo Verso, G. (2009). *Territori in controluce: Ricerche psicologiche sul fenomeno mafioso*. Milano: Franco Angeli.

Recensione a cura di Paola Cavani 146

Mazucchelli, F. (Ed.) (2008). *Il diritto di essere bambino: Famiglia, società e responsabilità educativa*. Milano: Franco Angeli.

Recensione a cura di Simone Bruschetta..... 150

Rassegna bibliografica internazionale

A cura di Valentina Lo Mauro, Pietra Daniela Di Paola 157

NUMERO MONOGRAFICO:

***La vita, i setting, la psicopatologia: sfide sui
confini della clinica tra epistemologie, vincoli e
trasformazioni***

(Convegno Nazionale Roma 21-23/11/2008)

Editoriale

Corrado Pontalti

Desidero aprire la sezione della Rivista dedicata ai lavori del Convegno del Laboratorio di Gruppoanalisi, tenutosi a Roma nel novembre del 2008, semplicemente riproponendo il testo da me scritto per la presentazione tematica dell'evento. Il lettore potrà dire, leggendo il dispiegarsi delle relazioni e dei commenti dei discussant, se l'obiettivo proposto è stato, almeno in parte, raggiunto.

Le profonde trasformazioni avvenute negli ultimi venti - trent'anni nei codici socio-antropologici della nostra cultura non solo hanno modificato la forma e i luoghi della psicopatologia e della sofferenza ma pongono nuove sfide alla tradizionale impostazione dei progetti terapeutici. In particolare sembra risultare uno sfasamento tra le regole del set-setting e quelle del contratto terapeutico, regole sedimentate e stabilizzate nel corso di lunghi decenni, che hanno prodotto una possibile e drastica diminuzione di efficacia soprattutto rispetto agli interventi in età evolutiva (infanzia e adolescenza) e con le organizzazioni psicopatologiche oggi più problematiche (disturbi di personalità, esordi psicotici, cronicità anticipata).

Molto è stato esplorato in questa direzione ma continua a presentarsi, soprattutto nella rilevazione delle problematiche poste dai giovani professionisti e dagli allievi, la sfida a nuove epistemologie interpretative e a nuove organizzazioni di setting e contratti. Obiettivo di questo Convegno è quindi esplorare le esperienze di giovani psicoterapeuti che si confrontano con situazioni cliniche complesse nella necessità di nuove bussole, di nuove epistemologie e procedure.

Discussant esperti avranno il mandato, a seguito di ogni relazione, di un commento stimolo che apra un tempo significativo di discussione

generale. Gli stessi discutano condurranno dei gruppi in assetto dinamico in cui sviluppare i contributi e le riflessioni delle sessioni plenarie.

Il dibattito è stato ampio, finalmente con un tempo lungo di discussione nelle riunioni plenarie. Il lavoro nei gruppi mediani ha permesso confronti serrati, a volte faticosi, nello sforzo comune di confrontarsi con nuovi bisogni, nuovi vincoli, nuove responsabilità. Drop-out e terapie inefficaci sono stati quasi i invitati di pietra che permettevano di reggere l'inquietudine generata da molte delle relazioni presentate. L'inquietudine nasceva da una trasformazione della prospettiva epistemologica. Cosa significa passare da un vertice che riguarda il territorio clinico come connessione tra situazione e proprio paradigma ad un vertice che vincola le procedure alle caratteristiche della situazione clinica? Ogni lettore cerchi il suo percorso guidato, se possibile, da questo interrogativo.

SEZIONE MONOGRAFICA

La terapia fuori dalla stanza: per un'agorafilia della cura

Antonino Aprea

L'autore, partendo dallo studio di un caso clinico, affronta il tema del lavoro psicoterapeutico al di fuori dei setting ordinari. Egli propone un modello di psicoterapia, nei contesti contemporanei, densa come argilla, in grado di promuovere un pensiero che possa aderire alla realtà in maniera duttile.

Large group; Temi culturali; Setting

Psychotherapy out of the room: Towards an agoraphilic care

The author, starting from the study of a clinical case, deals with the theme of psychotherapeutic work outside of the ordinary setting. He proposes that a model of psychotherapy in contemporary contexts, as thick as clay, can promote a thought that it adhere to the reality in ductile manner.

Large group; Cultural themes; Setting

"Dobbiamo riconoscere come degne di fiducia solo le idee che comportano l'idea che il reale resiste all'idea"

[Edgar Morin]

"Noi ateniesi sappiamo dar prova di estrema audacia e nello stesso tempo sappiamo dar prova di non intraprendere nulla se non dopo matura riflessione. Negli altri, l'ardimento è un effetto dell'ignoranza mentre la riflessione genera l'indecisione"

[Tucidide]

Le riflessioni che seguiranno sono un tentativo di rendere adeguatamente ragione delle complesse scelte che una gestione di un percorso terapeutico, per sua stessa natura dilemmatico, regolarmente comporta. In senso ancora più specifico la ragione che si intende rendere è qui da concepirsi come disponibilità del terapeuta a dare evidenza al processo di pensiero che accompagna e guida, anche in itinere, la costruzione continua di un progetto di cura.

La presenza del dilemma in terapia, nonché la faticosa e operosa sosta di fronte ad esso, ci paiono essere condizioni essenziali per dare

slancio al processo conoscitivo della nostra disciplina. Questo compito è ineludibile se la psicoterapia vuole raccogliere la sfida di una realtà clinica e concettuale in evoluzione e sapersi rinnovare. Lasciare che il paziente possa porci, nella fatica del suo esistere nella vita (e dunque anche con noi), senza essere silenziato o precocemente (e difensivamente) interpretato, questioni scomode per i nostri assetti procedurali interiorizzati, automatizzati e non di rado, sacralizzati, forse è l'unica opportunità che abbiamo per elaborare e affinare strumenti concettuali in grado fondare una comprensione e una cura rigorosa della sofferenza mentale.

La ripetitività stereotipata della configurazione dei progetti di cura, il loro sostanziale scollamento metodologico dalle premesse teoriche sulla natura della psicopatologia e dalle caratteristiche della specifica situazione clinica in esame, rischiano di tradursi in una rigidità di procedure che è un vero e proprio "rigor mortis" per la materia viva della mente. Tutto questo può cooperare in maniera perversa a fare dello spazio di dialogo intimo, critico e dialettico della psicoterapia un luogo sostanzialmente chiuso, angusto, claustrofobico.

Il lavoro psicoterapeutico di connessione che il terapeuta deve saper mettere in campo per rendere comprensibile, quindi pensabile, il suo lavoro, a sé, al paziente, ai familiari e ad ogni persona coinvolta lo porta invece, non occasionalmente, a produrre aperture e, quando occorre, anche ad uscire fuori dalla stanza. Questo movimento se opportunamente pensato e gestito può rivelarsi uno straordinario arricchimento del processo di cura e non di rado essere l'unica via praticabile per renderne possibile l'esistenza o il suo proseguimento in momenti critici. Ma per non essere velleitaria e confusiva l'uscita va sostenuta da un rigoroso sforzo, continuamente rinnovato, di comprensione.

Di questo sforzo, dei suoi esiti e dell'avventura conoscitiva a cui ha

dato slancio, vorremmo ora parlare, lasciando alla conclusione di questo breve scritto le ossigenazioni di senso e le vertigini, che lo spazio aperto della terapia nella vita ha per noi comportato. Per farlo ci affidiamo alla memoria di quello che è accaduto in uno snodo importante, forse decisivo, di un percorso di cura.

Incontro Fabrizio non troppo lontano dallo studio alla fine del mio lavoro. E' lui da lontano a riconoscermi e venirmi incontro. Mi saluta affettuosamente. Gli dico che ho pensato ad una enoteca lì vicino come luogo in cui poterci parlare. Sono tre settimane che non ci vediamo. Le nostre comunicazioni dall'ultimo incontro individuale sono passate sul filo dell'sms.

Non è stato facile per me accettare l'idea di vederlo "fuori dalla stanza" e, soprattutto, non è stato facile costruire intorno a questa possibilità di incontro un pensiero clinico rigoroso, vincolato alla sua situazione personale e alle riflessioni su quanto emergeva negli incontri individuali e di gruppo.

Fabrizio non veniva più in terapia da quando avevamo affrontato insieme la delicata questione della conclusione del suo percorso individuale, per lasciare che lui proseguisse la terapia di gruppo che aveva intanto iniziato, sempre con me, da circa cinque mesi. Eravamo peraltro in un momento estremamente complesso della sua vita. All'età di 37 anni, con una faticosità e un'incertezza figlie dei percorsi tortuosi della sua storia, si stava per la prima volta muovendo con una certa decisione fuori dal recinto del suo mondo "sommerso".

Fabrizio si barcamenava tra un lavoro a nero come meccanico e il subaffitto illegale delle stanze di una casa in cui lui stesso viveva e di cui era diventato da qualche tempo il titolare del contratto. In entrambi i casi l'illegalità era per lui l'unica modalità possibile di rapporto con un mondo sociale inaccessibile, condannato ad esistere

nella sua mente come un ignoto profondo e minaccioso. L'esito di ciò nella sua vita era una marginalità sociale che portava il segno psicopatologico della perdita della capacità e della volontà di intenzionarsi in un mondo comune.

Dopo molte riflessioni, stimolate anche dalla ricchezza degli incontri psicoterapeutici di gruppo, Fabrizio aveva fatto il grande passo di adoperarsi per rilevare una delle due quote di una officina di un suo conoscente. Ma dal buio della cantina del suo lavoro sommerso alla luce dell'officina su una grande e trafficata strada di Roma, il passo era più lungo del previsto e, soprattutto, più insidioso.

La terapia, soprattutto negli incontri individuali, diventava una riflessione centrata esclusivamente sui passaggi concreti, sul fare. Nel gruppo Fabrizio scontava la vergogna per l'impasse in cui si trovava. Ancora una volta gli sembrava di trovarsi nella condizione di aver annunciato a tutti un cambiamento che, alla prova nei fatti, non si realizzava. Per lui questo fallimento si condensava in una immagine: era come se cercasse di scavalcare un recinto in cui si sentiva rinchiuso. Fuori di esso vedeva nuove prospettive di vita. Eppure prendeva la ricorsa e non riusciva a scavalcarlo. La terapia lo spingeva, ma quasi contro il recinto, non oltre esso.

Dal ritorno dalle vacanze estive in poi, per ben quattro incontri consecutivi, Fabrizio mi chiedeva di spostare il nostro incontro individuale, fissato per il martedì. L'incontro era sistematicamente recuperato il giovedì, giorno della seduta di gruppo. Focalizzandomi su questi ultimi particolari e sul fatto che la socialità del gruppo diventava per tutti più intima e meno anonima, iniziavo a pensare che per Fabrizio il gruppo stesso era ora maggiormente abitabile e che poteva allora diventare l'unico spazio della sua terapia.

Proponevo allora queste mie riflessioni a Fabrizio, ma invece di lasciare uno spazio di mentalizzazione dell'importante passaggio,

spingevo il piede sull'acceleratore e individuavo sull'agenda una data conclusiva dei nostri incontri duali: da lì a due settimane (sic!).

Da questo incontro in poi Fabrizio iniziava a disertare la terapia, individuale e gruppo. Il transito era impossibile, il ponte tra due campi mentali era crollato, forse addosso a lui. Lo spazio di riflessione della supervisione lo metteva in evidenza nella sua ruvida plasticità: non il ragionamento clinico sembrava errato ma la traduzione di esso in una operatività che la mente di Fabrizio non poteva assumere con quel ritmo incalzante. Fabrizio mi avvertiva delle sue assenze attraverso gli sms. Le sue parole diventavano sempre più laconiche e dure. Dai suoi brevi scritti trapelava una critica, quando non una franca ostilità.

Accettando l'unico canale di comunicazione ancora transitabile mi rendevo conto che era mio compito mantenere tra noi il filo del dialogo. Gli comunicavo dunque con sincerità che rispettavo la "pausa di riflessione e di riposo" che si era offerto, ribadivo la mia presenza, la mia accessibilità in ogni momento, garantendogli l'attesa e, soprattutto, la tutela di essa.

Era a questo punto che mi arrivava un messaggio di fronte al quale, come terapeuta, vacillavo sull'orlo del mio ignoto professionale. Fabrizio avrebbe voluto incontrarmi in un luogo diverso da quello dello studio per parlarmi di sé e di quello che aveva pensato nelle settimane di assenza della terapia. La prima domanda che si affacciava nella mia mente era di carattere assoluto, ontologico: "Si può fare?". Non "posso farlo in questa situazione specifica, con questi vincoli che da essa derivano, e con questa comprensione di quello che sta accadendo". Niente di tutto questo. L'unica domanda era se potevo sfidare la sacralità di un tabù della prassi: "Si può fare?". Fortunatamente non pensavo da solo in questa situazione. Confrontandomi con il mio supervisore quasi mi sarebbe venuto di

rivolgere a lui quella domanda, appoggiare sulle sue spalle il peso del mio conflitto "etico".

Ma il bene e il male non sono categorie che orientano, nella loro assolutezza, le scelte in psicoterapia e il suo suggerimento mi aiutava a ricordarlo: bisognava intanto capire a cosa pensava Fabrizio, quale tipo di incontro aveva in mente, e comprendere da dove veniva la richiesta.

Al telefono Fabrizio mi spiegava di sentire l'esigenza di poterci parlare in una atmosfera meno formale di quella dello studio, caso mai "davanti ad un bicchiere di vino". Mi riservavo di pensarci su, volendo decidere con calma la cosa più utile da fare per tutelare il nostro lavoro di terapia. Probabilmente già da questa risposta telefonica iniziavo a rendere pensabile a Fabrizio (e a me stesso) che questo nostro incontro era dentro la terapia, nella trama profonda della costruzione di senso che abbiamo tessuto per due anni, non fuori da essa.

Benché la richiesta segnalasse una esigenza di discontinuità iniziavo a pensare ad essa come qualcosa che poteva sposarsi, o quanto meno convivere, con una immutata continuità: quella del pensiero clinico sulla situazione di Fabrizio, pensiero di cui mi facevo garante con la mia stessa esigenza di pensare. Maturavo, non senza travaglio, la consapevolezza di non poter capire quello che stava accadendo a Fabrizio con gli elementi che avevo, e tanto meno impedirmi di conoscere e comprendere ancorandomi alle regole dei libri, che, purtroppo, nulla sapevano della storia di Fabrizio e del suo percorso di terapia. Mi risolvevo dunque ad accettare l'invito.

Con Fabrizio stabilivo l'appuntamento in una breve e cordiale telefonata di qualche ora dopo. Entrando nell'enoteca sapevo che quel luogo era l'unico spazio di terapia disponibile dopo che la mia indebita accelerazione aveva reso impraticabili gli altri due luoghi: la stanza

degli incontri individuali e quella contigua del gruppo. I locali dell'enoteca non sono poi in fondo così lontani dallo studio (siamo sulla stessa strada). La vicinanza fisica sosteneva in me la convinzione di una connessione di pensiero tra ciò che in quei luoghi accadeva.

Chiarite dunque le sue premesse torniamo dunque all'incontro. Fabrizio gradisce il locale e apprezza la mia scelta di aver prenotato. L'intimità è tutelata, il luogo dell'incontro è stato pensato e protetto. Siamo concordi nell'ordinare un bicchiere di vino. Fabrizio sceglie un vino campano, in omaggio alla mia terra. Quella scelta prelude ad una sua riflessione: "Lei è di Napoli, o lì vicino. A volte mi chiedo come mai ha dovuto spostarsi a Roma. Penso che avrà avuto i suoi buoni motivi. Forse quello che voleva realizzare era impossibile lì". Gli rispondo che lui stesso negli ultimi incontri aveva più volte accennato alla possibilità di andare a lavorare fuori Roma, se fosse naufragato il progetto dell'officina. Mi dice che gli fa piacere che lo abbia ricordato perché proprio su questo ha da muovermi una critica. Ritiene che sia trapelato spesso dalle mie parole una sorta di pregiudizio per questa scelta possibile: "mi sembra che l'ha vista sempre come una specie di fuga", osserva.

Fabrizio coglie nel segno. Rifletto sul fatto che vale per lui ciò che è valso anche per me, nella mia vita. Questo pensiero mi sorprende e mi addolora. Perché non ci ho pensato prima? Perché non ho riconosciuto a Fabrizio il diritto di andare via, richiamandolo, con una certa petulanza, alla questione dell'officina?

Condivido con lui alcune riflessioni che ho fatto durante il tempo in cui non ci siamo visti. In particolare gli dico che non credo di averlo sufficientemente tutelato nel passaggio dall'individuale al gruppo, non gli ho consentito di pensarci su adeguatamente. Aggiungo che l'enoteca in cui siamo è forse diventata l'unico spazio possibile per

continuare a pensare insieme perché, in mancanza di questa tutela, le stanze dello studio sono divenute inabitabili: da una era invitato velocemente ad uscire, nell'altra sentiva di essere a contatto con un mondo ancora troppo straniero. Fabrizio mi ascolta con attenzione. Mi dice, che dal suo punto di vista, questo può essere vero, ma in parte. La questione che lo ha indotto ad "autoprottegersi" è anche un'altra. Prende una pausa, sorseggia il buon vino rosso che ha davanti e aggiunge: "sentivo che tutta la mia vita doveva passare da quella officina. Nonostante gli sforzi, non riuscivo ad arrivarci e molte delle cose che mi diceva mi inducevano a tentare ancora, ancora e ancora. Ma mi stavo facendo male, mi schiumava il cervello".

Aveva deciso allora, anche grazie alla vicinanza affettuosa dei suoi amici intimi, che era opportuno prendersi una vacanza, il suo cervello non poteva più continuare a schiumare. Voleva guardare la sua vita da un altro luogo o anche semplicemente fermarsi e "sentirsi". Una settimana sul Mar Rosso lo avrebbe reso possibile. Aveva scelto un villaggio fuori mano. Voleva rimanersene un po' in pace e tornare ad una sua grande passione: l'apnea.

Sono stupefatto. Incontro regolarmente Fabrizio da circa due anni e questa cosa, così importante per lui, proprio non la sapevo. Mi rendo conto che in quel contesto informale mi sto consentendo di ascoltarlo con una maggiore ampiezza e curiosità. Pongo domande nuove e Fabrizio mi guida in altri luoghi della sua vita. Mi sento meno condizionato dall'obbligo di capire e, soprattutto, da quello di dire qualcosa di significativo, di intelligente, di acuto. Sono più ricettivo della realtà di Fabrizio, così come essa è.

L'apnea era la sua disciplina sportiva preferita. La praticava da quando era adolescente. Mi spiega che ci sono due modi per immergersi: uno è quello di Maiorca e Mayol e si basa sulla forza fisica. Si fanno preliminarmente degli esercizi di iperventilazione per

aumentare la capacità polmonare. Sono molto faticosi, a volte addirittura violenti per il corpo. A lui non piace questo metodo, anche se lo conosce. Preferisce la tecnica di Pellizzari in cui gli stessi obiettivi sono ottenuti con una tecnica di concentrazione, "per farle capire", mi dice, "qualcosa di simile allo yoga, estremamente dolce". Mi descrive le sensazioni che ha provato immergendosi. Mi dice che in genere si va in due: uno scende più a fondo ad occhi chiusi, l'altro rimane più in superficie e lo sorveglia con attenzione per prevenire ogni possibile difficoltà. Lì ha trovato un istruttore della sua età con cui condivideva la predilezione della tecnica di immersione dolce e si è trovato molto bene.

"Mentre scendi, lasci i rumori, tutto diventa avvolto dal silenzio. E' come trovarsi in un luogo soffice" mi dice guardando come oltre me. Mentre Fabrizio parla "vedo" quello che mi racconta, non lo immagino semplicemente. Penso a mille cose. Mi stupisce la bellezza che mi comunica e mi rendo ben conto che mi parla anche della terapia, dell'immergersi insieme, della violenza di certe accelerazioni e dell'esigenza di gradualità, dolcezza nei passaggi. Penso alla sua vita sommersa nella cantina che non diventa officina, e mai come in quel momento capisco il valore rassicurante della massa d'acqua e di terreno che protegge Fabrizio da un contatto ancora troppo violento con la superficie. Gli dico, letteralmente emergendo anch'io dai miei pensieri e dalle mie immagini, che sono stato un po' troppo Maiorca. Ridiamo insieme.

Il secondo bicchiere di vino ci fa tornare alla vita di superficie: in quella breve vacanza ha potuto vedere barche bellissime e ripensare ad una sua vecchia passione: fare il meccanico di motori marini. Ormai, dentro di me, mi sono arreso: neanche di questo sapevo! E' stato talmente forte il ritorno di fiamma per quell'attività che, appena tornato a Roma, ha cercato in internet trovando un'offerta di lavoro in

nota zona di diporto, sulle coste della Liguria. Ha chiamato e fissato l'appuntamento con il responsabile dell'officina. Si sono parlati per telefono e la possibilità è concreta e, per lui, allettante.

"E' guarito", penso forse enfaticamente, "si è guarito da solo". Sono molto contento e glielo dico. Mi pare che abbia tutelato lui stesso qualcosa di sé che la terapia non riusciva a proteggere ma che, con lui, aveva contribuito con fatica a generare. Fabrizio è d'accordo, e dal suo sguardo che si intravede nel riflesso del bicchiere che solleva più in alto, quasi volesse brindare, capisco che è vero. L'esperienza della terapia è stata veramente per lui generativa.

Mi assumo la responsabilità con lui di tutelare adesso meglio questa possibilità di accesso al nuovo che abbiamo costruito. Gli propongo di incontrarci nuovamente nella nostra forma consueta, per continuare a dialogare. Gli dico che molti nel gruppo hanno chiesto di lui e che c'è stata una forte discussione sulla liceità di dare il suo numero. Fabrizio è contento, forse la socialità del gruppo è meno anonima di quello che pensava.

Arriva il conto. Propongo di pagare in due. Fabrizio si oppone con cortesia. "Mi lasci questo piacere". Sorrido e acconsento mentre ci salutiamo affettuosamente.

Fabrizio è tornato al gruppo per qualche incontro prima di partire per la Liguria dove, da circa un anno, lavora in un'importante officina nautica. Ci sentiamo regolarmente e quando è possibile ci incontriamo, allo studio. Scherza sul fatto che ha il contratto da metalmeccanico e fa una grande fatica fisica quotidiana a reggere un'organizzazione di vita per lui completamente nuova. Dopo aver firmato il contratto mi ha detto di avere messo nella sua stanza in affitto una foto sbiadita di molto tempo fa che, intanto, gli è diventata sempre più cara: è al lago, appena riemerso dall'acqua.

Questo lo snodo del processo di cura di Fabrizio. Ma questo anche lo

snodo di un processo di decostruzione e lenta riedificazione di un assetto professionale. Su questo vorremmo soffermarci per tentare di cogliere delle implicazioni di carattere generale. Cosa è accaduto dunque nell'incontro con Fabrizio in enoteca? Cosa lo ha reso possibile, utile, generativo di senso e di nuove possibilità evolutive? Quali sono state le condizioni di possibilità di questo evento? Ripensato, rimeditato, rivissuto, il dialogo con Fabrizio, fuori dalla *solita* stanza ci sembra rivelare una struttura portante della *fenomenologia dell'incontro terapeutico* che è possibile tutelare e continuamente alimentare in una pluralità di contesti e situazioni cliniche. E' tale struttura e la sua attiva cura ad essere a nostro avviso la condizione di possibilità di una rigorosa estensione di dominio dei fenomeni rilevanti in psicoterapia. Un'estensione capace di rispondere all'inaridimento di momenti dialogico-comprensivi sempre in agguato nel campo clinico e diagnostico.

L'enoteca, come luogo del de-situarsi rispetto al proprio ovvio professionale, ha sottolineato una precisa realtà dialogica e intersoggettiva dell'incontro terapeutico: l'affidarsi fiducioso allo spettacolo del visibile, con quell'abbandono contemplativo del tutto ignaro di fretta, capace non di rado di ridestare uno sguardo che esprime meraviglia e stupore. Una meraviglia ed uno stupore che sorgono nella tensione dialogica tra due persone entrambe libere di percepirsi come soggetti incarnati e situati, in un corpo e in una storia. Si tratta, a ben vedere, di un modo di essere insieme che, rompendo l'idolatria di un soggetto anonimo e senza situazione, determina, per il suo stesso configurarsi in questa modalità, *il recupero del concreto, della vita nella sua fatticità, nello spazio della terapia*. Questo modo di essere insieme nella terapia, non "di fronte" all'altro ma "con" l'altro, restituisce al nostro lavoro una dimensione, patica, etica ed estetica.

Allora ad una psicoterapia isomorfa alla modernità, ovvero *liquida*, fragilissima, precaria, inafferrabile nella sua esitazione a porsi vincoli etici e sociali, e ad una psicoterapia gassosa, ovvero *eterea* nel suo riferirsi a soggetti senza corpo e situazione e a procedure senza storia e contesto, vorremmo opporre una psicoterapia solida nel senso di concreta, non certamente incrollabile e rocciosa ma *densa* come argilla, forte della possibilità del pensiero di aderire alla realtà in maniera ambigua e duttile.

Ci pare che questo sia possibile mantenendo faticosamente in tensione la strutturale tendenza al reificarsi del probabile, del già fatto, del già pensato, con l'apertura di senso del possibile, del non ancora fatto, del non ancora pensato. Ciò non può che derivare dalla nostra capacità di saper opporre regolarmente, con appassionata ostinazione e metodo, alla claustrofobia di ogni tecnica, l'agorafilia di ogni cura.

Commento a “La terapia fuori dalla stanza: per una agorafilia della cura” di Antonino Aprea

Silvana Koen

L'autore enfatizza come il lavoro dello psicoterapeuta si debba concentrare sull'aver cura del legame con il proprio paziente nei momenti difficili del percorso di cura. Avere cura del legame, nutrirlo e salvaguardarlo è responsabilità dello psicoterapeuta e ciò è arduo e richiede determinazione e coraggio.

Psicoterapia; Drop-out; Setting

Commentary on the paper: "Psychotherapy out of the room: Towards an agoraphilic care" (by A. Aprea)

The author emphasizes how the work of the psychotherapist should focus on having care of the relationship with his patient in the difficult moments of the process care. Taking care of the bonding, nourishing and protecting it are the responsibility of the psychotherapist and requires determination and courage.

Psychotherapy; Drop-out; Setting

Vi racconto quanto segue con l'obiettivo di offrire qualche spunto a quello che spero sia un dibattito /confronto sui molti interrogativi che il lavoro del collega ci apre e sulle “sfide” stimolanti che ci lancia. Da tempo sappiamo che ogni vicenda terapeutica si declina in rapporto alla qualità propria dell'incontro fra quel paziente e quello psicoterapeuta. Il complesso campo relazionale che si attiva durante il percorso psicoterapeutico è difficile da descrivere fra l'altro perché spesso ci si muove col paziente sulla scia di intuizioni, considerazioni, delle quali non è facile dar conto attraverso spiegazioni razionali. E' sottinteso che occorre tentare di farlo.

Fra gli aspetti preziosi che il lavoro del collega ci offre c'è quello che ha a che fare con il coraggio di raccontare attraverso quali movimenti il terapeuta ha cercato di avere cura del legame con il proprio

paziente in un momento difficile del percorso di cura . Avere cura del legame, nutrirlo e salvaguardarlo è responsabilità del terapeuta e tutti sappiamo quanto questo possa risultare arduo e quanta determinazione e coraggio possa richiedere.

Lo scritto di Aprea ci parla appunto di quanto accaduto in un passaggio di quella che è stata una vicenda terapeutica lunga e articolata. Poco sappiamo della storia di vita del paziente se non qualche notizia. Nella prima lettura questo mi ha disorientato perché mi sembrava che tutta la vicenda potesse essere compresa solo se ben collocata nel suo contesto più ampio. Ho poi pensato che anche il resoconto di un transito è cosa che poco si incontra in letteratura e che potevo ben leggere il lavoro dando un credito d'ufficio allo scrivente che cerca di raccontare di sé e del proprio paziente senza dover dar conto nel dettaglio di tutta la lunga storia clinica.

Vi racconto dunque come ho letto questo lavoro cercando di evidenziare ciò che mi ha colpito e la tonalità dei pensieri ed emozioni che la lettura mi ha evocato.

La contrattazione sui possibili luoghi dell'incontro che questo paziente ha proposto al suo terapeuta mi è sembrata quasi una sfida. Una storia di "slittamenti" fra luoghi che sembrano luoghi fisici, lo studio del terapeuta/ l'enoteca, il gruppo di terapia/ il gruppo degli amici, l'officina cantina/ l'officina su strada, fuori dall'acqua /sotto l'acqua, ma che forse è uno slittamento fra luoghi polarizzati nella mente del paziente. Alcuni buoni e altri cattivi. Quelli che determina lui, buoni. Quelli che lo determinano, cattivi.

Quando paziente e terapeuta si trovano all'enoteca il paziente propone un ennesimo spostamento. Nel testo che ho ricevuto prima del convegno, il nome del paziente cambia quando l'autore racconta del passaggio fra il tavolino prenotato da lui e il tavolino con "meno rumore" scelto dal paziente. Mi è parso, leggendo, che quell'ennesimo

spostamento abbia fatto comparire nella mente dello scrivente un altro paziente. Lo stesso paziente naturalmente ma in un suo nuovo aspetto. Cambiando nome il paziente diventa concretamente un'altra persona. Simbolicamente potrebbe avere un suo interesse.

Il terapeuta, nell'intento di non perdere la relazione con il suo paziente ha accettato di traslocare più volte con il suo paziente, e alla fine gli ha "permesso" di scegliere il proprio tavolo contro il tavolo/studio/gruppo designato. Tutto ciò mi ha rimandato a una capacità di mediare sul "potere".

I rapporti di potere e le loro traversie sono nodi centrali nelle storie di vita e non è semplice nè scontato riuscire ad attraversarne le configurazioni in terapia. Mi sembra che in questo caso il terapeuta reso "impotente" dalle peregrinazioni del suo paziente lo rende potente accompagnandolo.

Accettando in questo passaggio le sue regole, autonomia ed eteronomia si incontrano intorno a un bicchiere di vino per fortuna senza tarallucci.

Ancora non so nulla della storia di questa persona. Dei suoi transiti di vita. Mi sembra di intravedere qualcosa di più del terapeuta. Sarà l'elaborazione e quindi la narrazione o le narrazioni possibili di questa vicenda terapeutica che forse consoliderà o svelerà il passaggio compiuto o forse solo agito dal paziente con il suo terapeuta.

Intendo dire che vorrei sapere il seguito . Dal mio punto di vista solo se paziente e terapeuta concorderanno su un senso da dare al loro peregrinare, se ci sarà il riconoscimento del trasloco simbolico, se i cambiamenti di vita del paziente saranno da lui pensati e sperimentati come evolutivi, questa elasticità del terapeuta sarà stata nella loro esperienza una vicenda terapeutica foriera di trasformazioni anche simboliche e non un cedere alla forma ricorsiva dei codici che a

volte ci informano.

Non sto dicendo che l'elaborazione debba necessariamente essere concorde – anche se quando lo è riusciamo a raccontare 'casi clinici' più rassicuranti. Solo che ci deve essere. Perché le vicende si collochino, dotate di senso, in una mente che prova a sapere di sé, che si può percepire come transitabile e aperta al dubbio.

Fuori da quelle polarizzazioni reciprocamente escludenti che tanto dannose si rivelano nelle faccende di noi umani.

Il "valore" della psicoterapia: vincoli economici tra paziente e terapeuta

Stefano Alba

Il tema del pagamento nella psicoterapia è poco trattato in letteratura. L'autore, nel trattare la questione del pagamento delle sedute e delle sue modalità dal punto di vista della teoria della tecnica della psicoterapia, propone che questo tema possa essere utilizzato dentro il rapporto terapeutico per riflettere e imparare a gestire i vincoli della realtà interna ed esterna.

Onorario; Teoria della tecnica; Setting

The "value" of psychotherapy: Economic constraints between patient and therapist

The topic of the payment in psychotherapy has received little attention in the literature. The author, in dealing with the payment from the point of view of the theory of the technique of psychotherapy, suggests that this issue can be used in the therapeutic relationship to reflect and learn how to manage the constraints of internal and external reality.

Professional honorarium; Theory of technique; Setting

Parlare di soldi non sta bene. Questa è la prima scoperta che ho fatto iniziando a pensare questo intervento. Il tema del denaro nella psicoterapia incontra in letteratura una scarsa attenzione e, quando trattato, lo è in maniera superficiale e a volte ambigua. In riferimento alla psicoterapia psicoanalitica già nel Semi (1989), manuale per eccellenza, risulta evidente quanto sia scarso il dibattito sull'argomento: poche righe.

L'unico testo italiano sul tema è di Pani e Boeris (Pani, tra l'altro, è un collega della COIRAG) e presenta una panoramica delle ricerche sulle questioni dell'onorario in psicoterapia. Il dato che emerge con più chiarezza è quanto sia difficile per gli psicoterapeuti parlare di soldi: pur essendo la nostra una pratica professionale del denaro, se ne parla poco e in termini piuttosto ambigui, in alcuni casi ipocriti. Il

denaro sembra essere un tabù e, anche se lo maneggiamo quotidianamente, c'è un generale imbarazzo a parlarne: gli autori suggeriscono che, come per il sesso, per i soldi ci sia un tabù che affianca curiosità, ambiguità e ipocrisie.

Cominciando proprio dall'ipocrisia, due anni fa, durante una supervisione per un gruppo terapeutico appena costituito da me e un altro collega, il supervisore ci chiede: *"Ma voi fate le fatture?"*. Questo intervento nasce da quella domanda che è stata una fortuna perché, subito dopo averlo chiarito ai membri del gruppo, un paziente ci ha posto lo stesso quesito. Invece di essere presi alla sprovvista potevamo sentirci assestati in un paradigma che iniziava a sostanzarsi. Dopo molti anni di formazione e varie supervisioni, con diversi supervisori, per la prima volta mi veniva fatta questa richiesta, una questione con un evidente rimando clinico da noi ipocritamente e convenientemente trascurato.

Fermandoci poi a riflettere sulla questione: tra i pazienti del gruppo vi era Giulia che aveva in corso un processo per esercizio abusivo di professione; Franco che lavorava clandestinamente nella sua cantina come meccanico; e Fabiola che, terminati gli esami, non riusciva a conseguire la laurea. Anche i terapeuti, come i pazienti, rischiavano di ritrovarsi in una condizione di "clandestinità". Il pagamento, infatti, è il vincolo economico, e quindi sociale, del rapporto terapeutico e se la terapia per i pazienti si può pensare come il luogo in cui riflettere e imparare a gestire i vincoli delle realtà (interne, esterne), che succede se il terapeuta truffa?

Ora, la questione "fattura" possiamo pensarla ipocritamente come un problema mio e del mio collega, ma in realtà è piuttosto solito nella nostra professione. Ripensando alle nostre terapie, a partire dalla prima in cui siamo stati pazienti, quante volte la fattura non è stata data?

Altra declinazione della stessa questione è l'idea di un possibile "sconto" saltando qualche ricevuta: magari il paziente è giovane e guadagna poco e questa sembra una soluzione a portata di mano con reciproco vantaggio. Il problema, riflettendoci, è che questo propone una dimensione fondativa del rapporto basata su un codice affettivo mafioso, endogamico, che protegge le finanze del paziente e del terapeuta ponendosi fuori dal codice sociale.

Tornando al gruppo, dopo due anni di lavoro regolarmente fatturato, Franco lavora per la prima volta come dipendente, in regola sotto ogni aspetto, e pensa a sé come a un futuro imprenditore; Giulia, anche lei ora impiegata regolarmente, ha quasi terminato il procedimento giudiziario a suo carico e la sua vita va prendendo nuove configurazioni con la possibilità di confrontarsi con un sociale non più vissuto in termini eversivi; Fabiola è concretamente più vicina ad una tesi di laurea che si sta smontando di significati simbolici all'interno di un codice affettivo, per essere intesa in termini più concreti come un attestato necessario perché lei possa svolgere il lavoro che le piace e per cui ha acquisito competenze. Per la maggioranza dei partecipanti, la terapia e il passaggio al gruppo hanno dato la possibilità di uscire da strategie eversive e clandestinità.

E allora, dopo aver confessato e riparato i miei "peccati di ipocrisia", posso riflettere meglio su quanto incontrato in questa mia ricerca teorica confrontandolo con la mia pratica clinica.

1. Questioni caratteristiche dell'onorario

Capitandomi di lavorare spesso con le famiglie, ricordo, nel corso di una seduta, di un padre, testimone di Geova, che spiegava, in

maniera molto onesta, la sua preoccupazione per il figlio che aveva deciso di non abbracciare la religione dei genitori: *"Sa dottore, il problema non è tanto la delusione quanto il terrore: per qualunque cosa, noi abbiamo la possibilità di rivedere sulla Bibbia cosa è giusto e cosa è sbagliato. Per le nostre scelte e per le nostre azioni noi abbiamo sempre un testo a cui riferirci: come farà Davide senza avere un codice di riferimento? Quello che c'è fuori non è chiaro"*. Aggiungeva poi di sapere che la religione può essere una gabbia ma che, comunque, tutti siamo in una gabbia.

L'iniziale imbarazzo per questo mio intervento, oltre ai peccati già confessati, aveva un'altra ragione: il mio sentirmi eretico perché non corrispondo pienamente a quella che credevo la "giusta regola" in termini di ortodossia. Di fronte alle molte domande e a quel sottile senso di inquietudine che accompagnano la nostra pratica, può emergere il desiderio di un testo sacro cui conformare e appoggiare il nostro lavoro, per rassicurarci attraverso verità assolute, di scuola, intese poi acriticamente come codici comportamentali universalmente validi e capaci di acquietare quei dubbi. Al contrario, abbiamo la possibilità e il dovere di una continua tensione, cercando di proporre al paziente codici di senso chiari e condivisibili, che tengano conto nella clinica della realtà umana delle due persone, paziente e terapeuta, impegnate in quel lavoro e in quella relazione.

Rispetto all'onorario, la scelta più ortodossa, è quella di codificarlo in termini rigidi, attribuendone il senso ad un lavoro sulla motivazione del paziente: anche la letteratura riflette questo atteggiamento, passando da un iniziale ed esclusivo *focus* di interesse sul paziente, ad una più recente apertura sul terapeuta e sui fatti della coppia terapeutica.

L'evidenza empirica degli studi fin qui compiuti, risulta essere che *il vantaggio più ovvio dato dalla presenza dell'onorario è il fatto di*

motivare il terapeuta ad essere diligente e svolgere un buon lavoro (Pani). L'onorario, garantendo una tranquillità economica, permette inoltre al terapeuta di vivere una serie di sentimenti legati al ricevere e possedere denaro quali l'aumento dell'autostima, la conferma della propria produttività e del proprio status. Supportando la soddisfazione del terapeuta, il denaro favorisce una maggiore probabilità per i pazienti di ricevere un buon servizio (la soddisfazione dei fruitori di un servizio è legata a quella di chi lo offre) sia per questioni motivazionali (principalmente del terapeuta) che per la chiarezza che introduce nella relazione, limitando distorsioni legate alla natura dell'incontro. Vediamo alcune domande "salienti".

2. Si paga se non si viene?

Fondare il rapporto su questa regola prevede di mettere in conto anche le sedute saltate, indipendentemente dalla motivazione, e, a conferma di questa posizione sempre si propone la motivazione del sostegno alla continuità della cura a fronte di eventuali resistenze del paziente. Molto meno frequente, è invece la dichiarazione chiara sulla necessità di un reddito mensile fisso per il terapeuta che parla del "tempo comunque riservato" al paziente, come di qualcosa che sfiora il metafisico, ricco di rimandi simbolici. Pur concordando sulla coesistenza di molteplici piani simbolici, colpisce quanto venga trascurata la "concretezza della persona" del terapeuta.

In letteratura si incontrano due posizioni: addebitare sempre e comunque la seduta o prevedere una serie di eccezioni (avvisare per tempo, gravi motivi, ecc.); ciò che più colpisce, non è tanto la differenza tra le due scelte, quanto le motivazioni addotte: tra i sostenitori della posizione più ortodossa (nonostante il rimando

all'ortodossia sia da verificare visto che Freud non era poi molto ortodosso) il sacrificio nel pagamento (che per gli autori dovrebbe essere sufficientemente consistente) favorirebbe una maggiore motivazione alla terapia, che il paziente così intende come una delle cose più importanti della sua vita (Menninger 1958). Langs (1974), pur avendo una posizione più flessibile, invita ad utilizzare le malattie manifestate nel corso della terapia, come mezzi per esprimere fantasie inconsce connesse a conflitti intrapsichici o resistenze. Ancora, la Furlong (Pani 1999) afferma che, senza il pagamento, la seduta saltata si trasforma da "perduta" a "perdibile" e che solo il denaro può sostituire il posto vuoto lasciato dal paziente e permettere una successiva analisi dei conflitti sottostanti.

Di nuovo, colpisce che sia assolutamente trascurabile l'utilità, per il terapeuta, di addebitare le sedute perse, anche, se vogliamo, in termini controtransferali, mentre tutto sembra giocato in funzione di una migliore conoscenza di sé da parte del paziente.

Altri autori, su una diversa posizione, propongono come discriminare l'avvisare per tempo o valide ragioni per l'assenza. Allen (in Pani 1999) suggerisce che il pagamento o il non pagamento rappresentino situazioni diverse per pazienti diversi e, piuttosto che definire una regola fissa (operando così per una riduzione di variabili), suggerisce di ragionare sul diverso significato che il medesimo vincolo può avere per pazienti diversi pur nella stessa situazione.

Nella mia esperienza, tornando al gruppo di cui sopra, ho scelto di esplicitare in maniera molto chiara i termini economici del contratto, senza ricorrere a dimensioni motivazionali: nel gruppo si paga una quota fissa mensile e l'analogia molto concreta è con la palestra o con il nuoto libero dove, avendo un numero fisso di posti disponibili, non posso introdurre che quel numero di persone: si paga mensilmente il proprio posto nel gruppo a meno di sospensioni concordate. La

decisione di stabilire una quota fissa, descrive meglio la natura del contratto ma è una preferenza assolutamente personale.

Nel lavoro individuale, per ragioni, situazioni e tempi di inizio diversi delle terapie, posso invece parlare di due tipi di esperienza: sulla totalità dei miei pazienti per una metà mi sono trovato a definire un contratto meno flessibile (si paga comunque quando non si viene), mentre per l'altra metà, succede che, avvisando per tempo (almeno un giorno), si concorda un eventuale recupero o non si paga. Nel comunicarlo ai pazienti ho sempre parlato in termini più economici che motivazionali: il secondo tipo di accordo prevede che, se avvisato per tempo, ho modo di organizzare diversamente il mio tempo.

Visto che molto si dice sulla motivazione del paziente, sulla continuità e sulla possibilità di lavorare e interpretare le resistenze, ho l'occasione di confrontare questi due campioni che, pur casualmente, sembrano un dispositivo preparato apposta per un esperimento cui questo lavoro mi ha portato. Da un punto di vista generale, dividendo i pazienti nelle due categorie e facendo una valutazione della continuità riscontrata nelle terapie, posso dire di non avere differenze significative: valutando la presenza da 1 a 5 ho praticamente la stessa valutazione (4,2 vs. 4,4) con una presenza leggermente superiore per la seconda categoria: significativo... al di là di ogni ortodossia! Riguardo la possibilità di riflettere sulle ragioni dell'assenza e su eventuali resistenze, non ho mai trovato differenze legate al vincolo nel pagamento: anche con i pazienti che se avvisano non pagano, si può utilmente ragionare su motivazioni e resistenze. Nel tempo, mi sto orientando maggiormente per il secondo tipo di vincolo, per quanto pensi che, in alcuni casi, possa essere utile stabilire il primo tipo di contrattualità: anche qui credo rimanga tuttavia indispensabile poter fare sempre una valutazione clinica che tenga conto del paziente e del tipo di intervento proposto.

Ettore è un ragazzo di 21 anni, viene da un paese del Molise e nel suo trasferimento a Roma per gli studi universitari ha un esordio psicotico. La lacerazione è sul transito da una cultura contadina alla metropoli, da un mondo semplice e piuttosto chiuso ad un altro ricco di infiniti stimoli, possibilità, minacce. Il paziente vive a Roma in una casa con altri studenti ma in altri momenti torna in famiglia per preparare gli esami; il mio obiettivo è di avvicinare i due mondi e rendere possibili le connessioni tra essi. Propongo una terapia con incontri settimanali, la gestione dell'onorario è per me necessariamente flessibile come flessibile è la sua presenza: in alcuni periodi è necessario che torni in famiglia ma, aver incontrato i genitori, e aver avviato con lui un processo di recupero del valore delle sue origini, che prima erano violentemente disprezzate in omaggio al nuovo mondo, fa sì che il suo essere in famiglia si configuri come una parte del progetto terapeutico. Ovviamente dal Molise è impossibile pensare ed una continuità delle sedute e l'accordo sul pagamento prevede che, se condivisa, la sua assenza non comporta il pagamento della seduta. Qui la flessibilità tiene conto delle necessità di vita del paziente e dell'obiettivo dell'intervento terapeutico che è di rendere abitabili i due mondi e permettere al paziente di transitare dall'uno all'altro senza strappi violenti.

3. Debito in terapia

Un'altra questione frequentemente discussa è quella del debito in terapia: se un paziente vive delle difficoltà economiche che rendono impossibile il pagamento dell'onorario, come regolarsi? In letteratura anche qui ci sono due posizioni: una rigida che prevede la sospensione o la conclusione della terapia; una flessibile che prevede

la possibilità di fare credito al paziente nell'attesa che la sua situazione finanziaria migliori. A sostegno della prima vi è l'idea che il credito concesso provochi una dimensione di debito psicologico da parte del paziente o, al contrario, il sentimento di essere speciale; entrambi questi sentimenti andrebbero a muovere dimensioni narcisistiche controproducenti nella dinamica relazionale. Nella mia esperienza questa posizione, e il rischio proposto, mi sembra siano stati disconfermati dal tempo: credo infatti sia possibile adottare una dimensione di flessibilità dato un tempo di conoscenza all'interno del rapporto terapeutico.

Katiuscia ha 30 anni, dalla separazione dei genitori vive con il padre e la sorella, ricopre il ruolo lasciato dalla madre e provvede emotivamente ed economicamente alle necessità del padre, spesso disoccupato, e della sorella più piccola. Dopo circa un anno di lavoro matura una buona consapevolezza di sé e decide di andare a vivere da sola; questo riapre alla possibilità di vivere relazioni sentimentali e di recuperare un rapporto con la madre fino ad allora colpevole di aver lasciato il padre e le figlie. L'autonomia ha quindi un grande valore per Katiuscia ma anche dei "costi" che il suo stipendio a fatica sostiene; la paziente propone allora di sospendere la terapia perché non può garantire una continuità di pagamento e l'idea di un debito con me, per lei che ha invece mantenuto il padre, sembra insostenibile. Propongo invece di poter godere di un credito, rimandando il pagamento quando questo è possibile. La questione del debito nella relazione di accudimento è centrale nella storia di Katiuscia che si è sentita in colpa, in debito verso i suoi genitori, per essere la figlia non voluta, nata per un errore, causa delle successive difficoltà della coppia e anche per questo costretta poi a proporsi in modo riparativo nel ruolo di mamma. Adesso può tornare ad essere figlia e impara a chiedere un po' di più, come può accettare di

chiedere a me, all'interno di un rapporto di cura, la partecipazione ad uno sforzo in ragione di una responsabilità progettuale condivisa. Per diversi mesi questo suo sentirsi in debito è oggetto di un utile lavoro, in una terapia, che dopo altri due anni è arrivata alla conclusione: senza debiti, ma con la condivisione importante di nuove progettualità che vedono all'orizzonte il matrimonio con il compagno con il quale ormai convive da un anno.

Ripenso a Giulia che ha costruito la sua storia di vita in una modalità eversiva, fino all'esercizio abusivo della professione, per evitare il confronto con un sociale vissuto in termini estremamente minacciosi. Ora che faticosamente la dimensione narcisistica si apre all'alterità ha un problema molto concreto: l'azienda per cui lavora chiuderà e ha di fronte la minaccia della disoccupazione. Per questo parla di una sospensione della terapia anche perché non ce la farebbe a continuare senza pagare: il suo "errore" per il quale sarà processata impone che lei debba pagare e che non abbia sconti.

Anche qui, dopo tre anni di lavoro, propongo che il nostro incontro abbia alle spalle una storia sufficiente a garantire la costruzione di una reciprocità per cui posso condividere la sua difficoltà economica, rimandando il pagamento, nella condivisione di una responsabilità sul suo progetto. Rimane il pagamento come vincolo sociale fondativo del rapporto, ma questo sociale si può umanizzare in virtù di una costruzione comune.

La dimensione dell'etica deve intervenire nel nostro lavoro e nel modo in cui pensiamo le relazioni; in tal senso più che di debito si può parlare del dono come scambio che comporta un'eccedenza di senso, fondativa di una dimensione di coesione sociale e di reciprocità. La reciprocità non è data, è piuttosto un raggiungimento; penso ad una terapia interrotta precocemente in cui ho proposto troppo presto una dimensione di reciprocità e la flessibilità nel pagamento non si

poteva ancorare a questa dimensione: in quell'esperienza ho perso la paziente e due mesi di compenso, forse per un eccesso di oblatività.

4. Per tutti la stessa tariffa?

Un'ultima questione potrebbe riguardare il tema della flessibilità dell'onorario. Di nuovo due posizioni, una di coerenza e omogeneità assoluta, l'altra di maggiore flessibilità. A sostegno della seconda, per cui si possono ipotizzare nella tariffa delle scale variabili che tengano conto delle realtà economiche dei pazienti (Erle, 1993 in Pani) vanno garantite delle condizioni.

Per poter portare avanti questa seconda linea, che personalmente preferisco, il terapeuta deve poter essere in grado di tollerare un approccio di questo tipo: la ricerca evidenzia ad esempio come gli psicoterapeuti che non hanno come unica fonte di reddito la psicoterapia nel privato siano più tranquilli su questa dimensione e riescano a gestirla meglio. Il terapeuta deve poter essere onesto con sé stesso e valutare se può sostenere questa variabilità. Questo risulta essere più difficile agli inizi della professione, quando la propria identità professionale e il proprio reddito dipendono molto dal singolo paziente. Nel procedere dei nostri percorsi è necessario però avere come orizzonte la possibilità di imparare sempre meglio a valutare e gestire variabili, anche e soprattutto quando queste riguardano la persona del terapeuta.

Come suggeriscono Lo Verso e Lo Coco (2007): *"Garantire trasparenza ed "oggettività" alle pratiche psicoterapeutiche rappresenta oggi un valore etico sia verso la comunità scientifica e professionale, sia verso i pazienti che necessitano di psicoterapie meno autoreferenziali e più centrate sui bisogni terapeutici della*

persona”.

In questo è necessaria l’esplicitazione e la valutazione clinica delle variabili in atto, con una verifica della coerenza tra il dispositivo di cura e le realtà delle persone impegnate in essa. Ripensare a ciò che è bene e ciò che è male nel nostro lavoro, ci dà la possibilità di ancorarlo ad una dimensione etica, posizione *garantita dalla coerenza tra l’impostazione filosofica e la costruzione e gestione dei dispositivi terapeutici* (Pontalti, 2007).

Rendere ostensibili le pratiche e, dal confronto, cercare di padroneggiare le nostre esperienze, è quanto ha mosso questo lavoro in cui ho tentato di rivedere la questione dell’onorario, come parte del dispositivo terapeutico, evitando di riferirmi a ortodossie o consuetudini di scuola, ma cercando di tenere presenti contemporaneamente i diversi piani in essere e annotare le difficoltà che ne derivano, tenendo sempre conto del significato possibile di ogni atto terapeutico, in ogni relazione terapeutica, per ogni coppia paziente-terapeuta.

Bibliografia

Langs R. (1974). *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica*. Bollati Boringhieri, Torino 1979

Lo Coco G., Lo Verso G., (2007). *Riflessioni etiche sulla valutazione in psicoterapia*. AP Magazine, Maggio.

Menninger K. (1958). *Teoria della tecnica psicoanalitica*. Bollati Boringhieri, Torino, 1973.

Pani R., Boeris E. (1999). *La questione dell’onorario in psicoterapia psicoanalitica. Rassegna di studi e ricerche*. Piccin Nuova

Libreria, Padova.

Pontalti C. (2007). *Etica e Psicoterapia. Paradosso o vincolo? Un percorso per la clinica*. *Terapia Familiare*, N° 83.

Semi A. A. (1989). *Trattato di psicoanalisi*. Cortina, Milano.

Commento a “Il “valore della psicoterapia: I vincoli economici tra paziente e terapeuta” di Stefano Alba

Paola Marinelli

L'autore tratta il tema del pagamento dell'onorario professionale inquadrandolo all'interno del contesto storico-sociale contemporaneo e sviluppando, al contempo, alcune considerazioni in merito all'influenza della condotta dell'analista nella situazione psicoanalitica.

Onorario; Teoria della tecnica; Setting

Commentary on the paper: "The "value" of psychotherapy: Economic constraints between patient and therapist" (by S. Alba)

The author deals with the issue of payment of professional honorarium framing it within the contemporary socio-historical context and developing, at the same time, some considerations about the influence of the behavior of the analyst in the psychoanalytic situation.

Professional honorarium; Theory of technique; Setting

Nell'interessante, quanto stimolante contributo di Stefano Alba, viene esplorato il variegato mondo della psicoterapia psicoanalitica contemporanea, affrontando il tema della cura da un vertice insolito: la dimensione del pagamento dell'onorario e della sua fatturazione.

La legge n°56 del 18 febbraio 1989, sull'Ordinamento della professione (art.23), l'art. 3, che subordina la psicoterapia ad una formazione, nonché il DPR n°633/72, sanciscono in modo inequivocabile, che "lo psicologo pattuisce nella fase iniziale del rapporto quanto attiene al compenso professionale..." ed è obbligato alla fatturazione di tale compenso. Questa la norma, quanto a ciò che poi accade nella realtà quotidiana, la relazione del collega, offre un'ampia possibilità di riflessioni, considerazioni e valutazioni personali sull'applicazione e l'osservanza della norma stessa che

attengono alla persona del terapeuta.

Sappiamo bene come l'idea di attribuire al pagamento, una valenza terapeutica, derivi dalla teoria psicoanalitica classica; all'inizio della mia formazione ero sinceramente convinta della veridicità assoluta di questo postulato; ora mi ritrovo molto più d'accordo con quanto precisato da Menninger (1958), il quale sostiene che il paziente fruisce dei servizi professionali del terapeuta, per un determinato periodo di tempo: in tal senso l'onorario è indispensabile per il corretto funzionamento del setting. In questa ottica ritengo, pertanto, che la psicoterapia non abbia tratto vantaggio da una sorta di aura di "onnipotenza" nella quale il narcisismo di alcuni psicoanalisti l'ha avvolta, contribuendo a farla definire "la pratica del denaro". Trovo irritante e fuorviante tale definizione, in quanto ritengo piuttosto che la nostra professione possa essere considerata "la pratica del denaro", nella misura in cui lo sono tutte le altre. Non ci verrebbe mai in mente di andare da uno specialista, piuttosto che da un avvocato e, perché no, dal parrucchiere e non pagare per la sua prestazione professionale o di negoziare la parcella! Cosa accade allora tra paziente e terapeuta?

Viviamo in un momento storico e politico nel quale le leggi interne alla società capitalista hanno pervaso ogni aspetto dell'esistenza sociale. Scrive Joel Kovel (1986): "qualsiasi cosa accada in una società viene selezionata ed istituzionalmente avallata a seconda della misura in cui essa è coerente con la modalità prevalente di produzione sociale". Ciò non è un mistero; quello che non si comprende è come mai la gente non se ne renda conto. Il mistificare le cose ha come fine quello di rafforzare la modalità prevalente di organizzazione sociale. In questa ottica il costituirsi di un punto di vista esclusivamente psicologico sulle difficoltà che la gente incontra, rappresenta un modo di mistificare la realtà sociale. La conversione

della lira in euro e l'assoluto non controllo di questo passaggio, ha condotto a farci divenire tutti più poveri. La portata del problema è troppo vasta per consentirci di andare al di là di qualche pennellata, ma sappiamo come lo psicoterapeuta si muova sempre al confine tra conosciuto e ignoto in quanto ogni paziente, è parte dell'esistere umano: se lo psicoterapeuta "deve sottomettere la sua scienza e la sua conoscenza al paziente e non il paziente ai suoi paradigmi di pensiero" (Menarini, Pontalti, 1986), se non esistono vincoli a priori da far rientrare in un protocollo, anche il vincolo dell'onorario, non può essere definito a priori. E allora quale decisione prendere? Ma soprattutto come gestirla nel corso della terapia?

In buona sostanza credo che ci si venga a trovare di fronte a due nobili intenti, non sempre facilmente conciliabili:

- 1) da una parte il desiderio di aiutare il paziente, di stabilire con lui una buona relazione attraverso la quale costruire un progetto terapeutico utile a promuovere la trasformazione di quegli aspetti interni della sua narrazione, causa del suo malessere;
- 2) dall'altra il legittimo desiderio di trarre profitto da quello che a tutti gli effetti si connota come un lavoro: un lavoro ad alta responsabilità etica, ma pur sempre un lavoro.

Un problema non da poco, quindi, come considerare tutto il ventaglio di possibilità che si aprono all'interno della relazione e del contratto terapeutico, che oscillano nel tentativo di trovare un equilibrio tra i due intenti su menzionati. Infatti, se prevale il primo, la tendenza è quella di venire incontro alle esigenze del paziente, in termini di orario e di onorario; se prevale il secondo, la posizione è più netta. Questo è l'orario e questo l'onorario: prendere o lasciare.

Ma sappiamo bene come la nostra mente, spesso davanti a situazioni che esigono una scelta decisa e definitiva, spesso tenda a "sottrarsi" cercando mediazioni e soluzioni che si configurino come alternative

possibili, che tengano dentro tutto; Michel Balint nel 1949, metteva la condotta dell'analista nella situazione psicoanalitica, al primo posto nel campo della ricerca per la nostra futura teoria. Dunque, al pari di altri autori, considerava l'influenza del fattore personale nella cura analitica in rapporto sia con le condizioni di setting esterno, concordato tra paziente e analista, sia con l'assetto interno di quest'ultimo, in riferimento al suo carattere e al suo stile personale (Bichi, 2003). Pertanto, se consideriamo le caratteristiche di personalità così come la capacità di modularle durante l'esercizio del lavoro terapeutico come delle variabili importanti nella gestione del contratto terapeutico, ci troviamo di fronte un panorama molto vasto. E veniamo quindi al modo di affrontare il nodo più significativo evidenziato nella relazione di Stefano Alba: lo sconto.

Il concetto di sconto, inutile a dirsi, è strettamente connesso con quello di fattura: ridurre l'onorario, spesso coincide, infatti, con l'eliminazione o la riduzione della fatturazione. "Inevitabile" forca caudina per non sbilanciare i due piatti della bilancia.

Ma ciò comporta il venire meno al rispetto della norma!

La mia mente corre, ed i pensieri si affastellano... Mi chiedo: ma non è quello che accade nei confronti della credenza religiosa?

Personalmente ho avuto una formazione cattolica, sono stata praticante e non, in fasi diverse della vita.

Attualmente il desiderio di soprannaturale, di mistico è molto forte, ma lo è altrettanto il mio pensiero laico, che non ha mai condiviso la posizione della Chiesa nei confronti di temi sociali importanti come la legalizzazione dell'aborto, l'utilizzo delle cellule staminali, l'eutanasia ecc. vivendo i suoi interventi trancianti ed ipocriti, come pesanti ingerenze nella vita di uno Stato laico.

Anche qui due possibilità solo apparentemente conciliabili: seguire il bisogno, l'istinto, cercare, trovare e prendere ciò che mi serve

ignorando le prescrizioni, ignorando tutto ciò che non mi corrisponde, operando in sostanza una scissione;

oppure essere coerenti, rinunciare alle mie necessità spirituali e prendere le distanze in modo netto.

Penso che molti si possano ritrovare in questi pensieri.

In alcuni momenti è più facile scegliere la prima possibilità cercando e trovando mille giustificazioni, le stesse che fanno dire che in questo Paese non è garantita un'uguaglianza di opportunità che questo non è più uno Stato di diritto! Sono sempre gli stessi a pagare le tasse! E che tasse! Quasi il 50% su ogni parcella! Tassa o pizzo? Che si fa? Si decide di prendere in carico solo pazienti che possono pagare un congruo onorario? O prendere in carico anche chi ha un lavoro precario? Chi guadagna mille euro al mese? Chi ne guadagna seicento...

La stessa parcella? La stessa fattura?

Può accadere di giungere ad un compromesso: ribellarsi nei confronti di una norma che appare iniqua, nella convinzione di andare incontro alle necessità dell'utenza, salvaguardando anche le proprie.

Nella relazione si parla di "modalità mafiosa": ho provato un motto di ribellione leggendolo!

"Il pensare mafioso fonda una realtà dogmatica, simbolicamente non trasformabile, celebra la liturgia della non parola... concede un eccesso di forza che si esprime attorno a nuclei di significato che riguardano... il rapporto tra individuo e sociale" (Lo Verso, 1998).

Non sarà che questo momento storico che stiamo vivendo, s'insinua, ci penetra inesorabile come un gas venefico, trasformandoci tutti in portatori sani di codici mafiosi?

Bibliografia

Bichi, E. (2003). La persona dell'analista durante il lavoro analitico, in *Rivista di Psicoanalisi XLIX*, n°4.

Koel, J. (1986). L'industria americana della salute mentale, in *Psicoterapia e Scienze Umane, XX*, n°4.

Lo Verso, G. (a cura di) (1998). *La mafia dentro*, Franco Angeli, Milano.

Menarini, R., & Pontalti, C. (1986). Il set familiare, in *Psicoterapia e Scienze Umane, XX*, n°4.

Pani, R., & Boeris, E. (1999). *La questione dell'onorario in psicoterapia psicoanalitica*, Piccin Nuova Libreria, Padova.

Campo terapeutico in gruppi con adolescenti

Angelo Fiorini, Silvia Morgante

Gli autori discutono un esempio di psicoterapia di gruppo multimodale con adolescenti evidenziando, attraverso il commento di un caso clinico, i percorsi di sviluppo che l'adolescente attraversa sia dal punto di vista dei compiti evolutivi, sia dal punto di vista della evoluzione del trattamento e della storia del gruppo.

Psicoterapia di gruppo; Adolescenti; Ciclo di vita

Therapeutic field in adolescent groups

The authors discuss an example of multimodal group psychotherapy with adolescents in which highlight, through the comment of a clinical case, the paths of development that the adolescents crosses both from the point of view of evolutionary tasks, both from the point of view of the evolution of the treatment and the group's history.

Group psychotherapy; Adolescents; Life cycle

Ma innanzitutto chi è l'adolescente? Chiediamolo a lui.

Ciao, sono un adolescente e sono una persona, ovvero ho una storia, una trama che inizia dal giorno del mio concepimento e arriva ad oggi. Un racconto di chi sono, di chi sono stato, di chi vorrò essere, ma mettiamoci anche il condizionale. Questa storia è un gioco complesso in cui cerco di dare un senso a me stesso, un gioco le cui regole non sono mie, ma vorrei tanto che lo fossero, sono regole della mia famiglia, sono della società e sono strette. La verità è che queste regole "di come stare al mondo", non mi sembrano così efficaci da darmi una strada. Insomma, togliamo pure di mezzo quel tanto di fascistoide che ha la parola Regola, e ammettiamo pure che le regole servano da argini per contenere e dare una direzione a questo fiume in piena che sono io, ma non mi seguono. Cioè io sto sempre oltre quelle regole, quei limiti, io corro, il mio corpo corre, quei limiti li

frantumato. Come dire, quel modo di dare un senso a ciò che vivo è già vecchio quando l'ho vissuto.

Che devo fare a questo corpo che si trasforma, che devo fare con tutta questa energia che sento in me. "Te prendo pe a testa e te a sbatto al mmuro fino a facce fa un murales", a volte ho queste esplosioni, c'è chi di noi non si limita a dirlo ma lo fa pure, ci sono quelli di noi che finiscono su Youtube. E' figo stare su Youtube.

Lo penso che internet sia stato creato per noi adolescenti, è un immenso gioco, puoi permetterti tutto. Penso che lì posso andare ben oltre le regole, lì me le scordo proprio. D'altronde se è vero che è un mondo virtuale, virtuale sarà ciò che faccio e dico lì sopra. Voglio dire, le foto, i messaggi, me stesso, nulla di questo è vero, è solo il frutto del mio avatar, dell'altro me. Ma i grandi come fanno a non capirlo, e lì che sento in TV che noi non distinguiamo la realtà dal virtuale, e come cresceremo e che generazione priva di valori siamo. Sì è vero c'è la sensazione che il virtuale entri nel reale e viceversa, ma perché tanto clamore su di noi, è forse solo l'adolescente a farlo, ci sono molti grandi che sono su Second Life, e mio padre non è che disdegna molto qualche ora davanti alla Play. Si dice che per stare davanti alla Play io non frequento più i miei coetanei. Io i miei amici li vedo, li sento e li vivo molto più che in passato, noi ci vediamo a scuola, oppure fuori, perché magari c'è la piscina, poi ci sentiamo per telefono e magari continuiamo a vederci e sentirci su Messenger, quindi noi stiamo sempre, sempre insieme. Di certo non posso mica stare con i miei, figurati, tanti Hitler messi insieme.

Mi si dice che è più un rapporto virtuale che concreto. Qualcuno dice che la tecnologia sia stata creata per noi, e di certo non è stato un adolescente a crearla.

E poi c'è questo sesso, ora voi magari avete in mente quel film di Melissa P., e giù a rompere sul fatto che il sesso va pensato, bisogna

dargli un senso, parole alle emozioni, ma ben poche volte sento qualcuno chiedere di raccontare come è stato fare sesso a 13 anni, magari con un ragazzo conosciuto in un villaggio turistico, un ragazzo bellissimo come Tyler, quello di Step-up, quanto mi ha fatto male, quanto mi sento grande rispetto alle mie coetanee, quanto mi sono sentita insicura, quanta confusione...

Già, diventare grandi, diventare adulti, diventare come voi. No noi siamo diversi, abbiamo i nostri ideali e crediamo veramente che Marilyn Manson ci capisca più di te o di uno "psic" che ha la sola mania di "sparaflesharci" il cervello. Che ci vadano i miei genitori dallo psicologo, se non sanno dove mettere le mani con me. Credo che sia vero che i grandi hanno paura di noi. Ma è un problema loro, io sono già fin troppo impegnato ad aver paura di me¹.

Un adolescente è dunque una Persona ha una sua storia, ed ha una sua competenza di stare al mondo. E' una Persona con l'insieme di codici di significato con cui si rapporta alla vita, con la sua esperienza di irrigidimento o di creatività di fronte alle situazioni di vita border, al limite del conosciuto e dell'ignoto. Persona che mette in scena il proprio transgenerazionale e transpersonale (Lo Verso 1994) nelle diverse appartenenze e dialoga al confine tra le stesse, oppure si rintana e rinchiude in poche di esse.

Il percorso di cura (o guarigione)² per un adolescente è spesso associato ad una psicoterapia gruppale (Corbella 2002; Marcelli, Braconier 1996; Del Lungo et al. 2005), riconoscendo nello strumento gruppo, nella sua valenza transculturale del romanzo transgenerazionale del ragazzo, una via privilegiata, che poggia sulla naturale disposizione dell'adolescente, nel suo percorso di vita, a

¹ Si è tentato di raccogliere in un ipotetico racconto di sé, concetti e frasi espresse dai ragazzi del gruppo psicoterapeutico di adolescenti da noi condotto. Concetti e frasi emerse soprattutto durante la presentazione al gruppo.

² Si fa riferimento a quanto elaborato circa il concetto di cura e guarigione in Lo Coco e Lo Verso (2006).

sperimentare se stesso in altri contesti che siano diversi da quello familiare: il gruppo di coetanei.

Spesso poi si assiste all'utilizzo dello strumento gruppo come parte di un più articolato progetto terapeutico per il ragazzo, che prevede una terapia individuale e della coppia genitoriale. Un progetto che in nome di una non-contaminazione del setting rischia di spezzettare la storia del ragazzo. Appare invece necessario riappropriarsi di una *mentalità grupppale*, quale organizzatore antropologico e sociale, che permetta di osservare la Persona nella sua complessità (Pontalti, 2002). E ancora più necessario sembra riappropriarsene nel progetto di cura per il paziente. Vuol dire considerare la Persona nella sua interezza e complessa modalità di stare al mondo, lì dove sperimenta modi di appartenere diversi: la famiglia, gli amici di scuola, quelli del calcetto o della community su internet. Appartenenze che l'adolescente è impegnato a connettere in un unico possibile filo conduttore che gli permetta di tramare una propria storia personale. È la Persona nella sua interezza di connessioni più o meno interrotte, di irrigidimenti di appartenenze, che è presa in cura dallo psicoterapeuta.

1. Mario e il suo "magico" ingresso al Gruppo

Mario è un ragazzo di 15 anni, la cui storia clinica appare esemplare nell'illustrare i limiti e gli errori e allo stesso tempo la potenzialità trasformativa di un progetto di cura. Mario vive a Roma, frequenta un Liceo Privato. La sua famiglia è composta dal padre M., dalla madre F. e una sorella più piccola di cinque anni, M. Nel dicembre 2007, ci viene chiesta, da alcuni colleghi, una consulenza ai fini dell'inserimento di Mario nel gruppo di adolescenti da noi tenuto. Mario aveva già una storia di percorsi terapeutici individuali effettuati

presso un Servizio pubblico, dove arriva per la prima volta quando era un bambino. Per diversi anni è stato poi seguito da tre diversi professionisti. Da circa un anno aveva interrotto la psicoterapia individuale.

Nel novembre 2007 i genitori ricontattano il Servizio pubblico a seguito di un episodio delirante della madre, secondo quest'ultima scatenato dal figlio. Da ciò nasce la nuova richiesta di aiuto per Mario. Durante il periodo di interruzione della psicoterapia, Mario verrà sottoposto ad ulteriori visite psicologiche in altro Istituto e riceverà la diagnosi di disturbo di Personalità Borderline, confermataci successivamente dalla nostra inviante. La stessa ci riferisce di minacce di suicidio, di difficoltà di gestione all'interno della famiglia, di pensieri ossessivi legati all'esoterismo e alla magia.

Veniamo interrogati su una possibile proposta gruppale quale chance risolutiva a fronte dei diversi fallimenti terapeutici individuali, e motivata principalmente con "il bisogno di Mario di sviluppare una relazionalità".

Nella nostra prospettiva i colloqui di ingresso al gruppo sono spazi di conoscenza ad ampio spettro del mondo del ragazzo, a cominciare dal gruppo famiglia e, come nel caso specifico, dagli attori della storia clinica. Per il ragazzo l'incontro con l'altro straniero (Nucara et al., 1995) (in questo caso il terapeuta) induce a dubitare della necessità di barriere protettive su cui egli ha costruito il suo equilibrio di Personalità e le sue competenze di stare al mondo, seppure non funzionale; lo spinge inoltre a considerare la possibilità di affacciarsi sul confine tra le possibili altre appartenenze. Dunque la fase di conoscenza e di contatto, prodromi di una co-costruzione del progetto psicoterapeutico, può rappresentare il risveglio di una mentalità gruppale dormiente, irrigidita dai vincoli di impossibilità che hanno costruito una psicopatologia, per il ragazzo e forse, come nel caso

specifico, anche per l'insieme degli attori della sua storia medica. Iniziamo quindi a contattare i colleghi che hanno conosciuto la storia clinica di Mario e della sua famiglia. In quel momento nessuno segue i genitori, eccetto la madre di Mario che viene seguita con una terapia farmacologica proprio a causa dell'episodio delirante. Riallacciare i rapporti con i colleghi risulterà cosa difficilissima e solo dopo circa quattro mesi dall'inizio della consultazione riusciamo ad avere un quadro sufficientemente esauriente. Riscontriamo l'assenza di una storia documentata con continuità, così come mancava di continuità la stessa storia terapeutica di Mario.

La possibilità di ri-tessere la storia, percorrerla attraverso la sua trama, ci consente di ridare a Mario il suo ruolo di Persona che abita il mondo, prima ancora ed oltre il suo essere "malato". Questa è la fase della scoperta della Persona, liberata da pensieri e interpretazioni che saturano l'essere della Persona stessa entro i confini di definizioni nette: scoprire la Persona oltre la diagnosi. Per noi terapeuti è il momento di confrontarci con i nostri confini e limiti, comprendere se essi sono sufficientemente flessibili da permettere di stare "tra" le definizioni, lontani dal "bisogno" di rinchiudersi in esse. Ci chiediamo quanto siamo in grado di recuperare la natura simbolica del nostro operare, del pensiero che si nasconde dietro i modelli a cui ci si affida. Riflettiamo sull'importanza di stare nella relazione psicoterapeutica e co-costruire con il paziente e i suoi mondi di appartenenze un progetto di cura.

Scegliamo di organizzare gli incontri con l'intera famiglia, con i genitori, con Mario, e con i colleghi che hanno pezzi di storia di Mario; incontri affrontati insieme, ovvero entrambi i conduttori di gruppo. Il fatto stesso di aver conosciuto e incontrato Mario in coppia pensiamo abbia costituito uno scenario nuovo in cui egli ha sperimentato la possibilità di integrare parti diverse di sé. La co-presenza di un

terapeuta uomo e uno donna, sin dai primi incontri, ha creato uno spazio insaturo dove Mario, con stupore e curiosità, ha potuto alternare modi diversi di stare con l'altro. Un arricchimento dialettico che lo spinge a mettere costantemente in crisi il tentativo di un restringimento dei suoi territori di vita, a cominciare da quelli che hanno costellato la sua storia medica.

Il primo compito dunque in cui ci imbattiamo è quello di rammendare un tessuto spezzettato (la storia di Mario), entrambi noi terapeuti presenti nei mondi di appartenenza attuali (genitori, scuola, ecc...), passati (colloqui con terapeuti di passati percorsi individuali) e futuri (gli stessi co-terapeuti conducono il gruppo).

Gli incontri tenuti con la famiglia appaiono sin dall'inizio complessi, soprattutto per la dinamica presente nella coppia dei genitori, tanto che risulterà difficile incontrare contemporaneamente entrambi. Sin dai primi incontri emergerà come preminente la loro percezione di un errato modo di educare i figli e una difficoltà nel riconoscere i reciproci ruoli, cercando in modo evidente una conferma esterna in un modello educativo ideale. I coniugi sembrano svalutarsi vicendevolmente, anche in presenza dei figli, ed hanno la chiara percezione che gli stessi figli sappiano manipolare la situazione a loro vantaggio. Si ha la sensazione, più evidente nella signora, di un vero e proprio senso di impotenza e frustrazione nel suo ruolo genitoriale. Arriverà infatti a definirsi "fallita come madre" e a comunicare al marito e ai figli: "mi avete detto sempre che sono matta, alla fine ci sono diventata". Gli incontri con i familiari, le loro voci, il loro partecipare, si costituiscono sempre più come eventi fondamentali nel percorso terapeutico per aprire nuovi scenari che arricchiscono di significati i sintomi e le "stranezze" di Mario. Quei genitori, in passato mai ascoltati come narratori di storie ma solo come descrittivi i disturbi di un figlio non più gestibile.

La storia degli incontri con Mario può essere descritta come un viaggio tra mondi fantastici: Mario parlava del potere della "magia", dissertava sulle varie tipologie di "magia", filosofie orientali, manga e cartoni animati. Mario ha pochi contatti e difficili rapporti con i compagni di scuola, ma sostiene che tutto il suo sapere serva a rapportarsi con le altre persone. La relazione crea angoscia a Mario, un'angoscia violenta. Per difendersi da qualcosa di così impalpabile ma pervasivo, Mario trasforma l'angoscia in aggressività. Egli non sopporta il giudizio degli altri, giudizio sul suo corpo, sui suoi aspetti fisici: il naso troppo grande e le gambe troppo corte. Qui si concentra la violenza di queste persone, è qui che Mario trova giustificazione per la sua solitudine. Mario manifesta però anche la chiara volontà di uscire dal giogo dell'angoscia e prima ancora dal falso problema del giudizio dell'altro. Le soluzioni che ipotizza e che cerca di attuare sono: l'operazione chirurgica al naso e alle gambe per risolvere il problema del giudizio altrui; l'uso della "magia", di cui cerca di acquisire tutte le conoscenze (libri, internet, frequentazioni di persone che orbitano nell'ambiente della "magia"), per risolvere l'angoscia relazionale. Una soluzione "fantasticata" che sembra far parte integrante della matrice familiare, come diverrà più chiaro in seguito ai colloqui con i genitori. Nell'evolversi dei colloqui Mario sembra abbandonare progressivamente l'interesse per la "magia" e nega l'esistenza di un problema relazionale, rifugiandosi nel mondo dell'ascetismo: "a che serve stare con gli altri...non ne ho bisogno". Contemporaneamente, di tanto in tanto, emergono domande relative al gruppo che inizialmente gli si è prospettato: da chi è composto, cosa hanno, perché lo frequentano, cosa si fa...emerge dunque la curiosità. Negli ultimi incontri gli interessi di Mario ancora una volta si trasformano, ora ci sono i manga, nello specifico "I cavalieri dello zodiaco". Ci invita a vederne la versione animata in tv, per

commentarla nelle sedute successive. Mario lascia la "magia", l'ascetismo e approda alla fantasia, una "fantasia di gruppo" (i cavalieri) e si identifica in uno dei Cavalieri dello Zodiaco (Virgo, dal suo segno zodiacale). Sembra emergere una mentalità di gruppo. Due eventi imprevisti nel procedere degli incontri (non venivano più trasmessi in tv i Cavalieri dello Zodiaco e il cambiamento della stanza di terapia) sembrano favorire il riemergere di un collegamento possibile tra ciò che sta avvenendo nella vita di Mario e ciò che è il suo passato. L'impossibilità di condividere la visione dei Cavalieri dello Zodiaco, convince Mario a farcene un disegno, un ponte concreto che connette il mondo degli psicoterapeuti al suo. Mario fiducioso sente di potersi spingere a recuperare parti di sé e giocare con le proprie capacità reali e non fantastiche di connessioni: Mario parla e racconta della sua precedente esperienza psicoterapeutica, ricorda l'arredo della vecchia stanza, l'esistenza di una scatola "contenente tante cose", lavori, disegni, foto, che avevano arricchito e caratterizzato la sua terapia. Con lui ci impegniamo a recuperarla. Si crea una connessione tra un passato e un presente, tra la precedente psicoterapia e gli attuali psicoterapeuti, così da riparare la frammentazione storica.

Con Mario viene ri-aperta la scatola, esplorata nei suoi contenuti e nei suoi ricordi. Mario crea racconti che legano l'oggi a ieri e al termine della seduta riconsegna la scatola della memoria ai suoi nuovi "custodi".

La scoperta della "scatola magica", il materiale che essa contiene, oggetti transizionali, depositari di una memoria storica, segnala il momento in cui Mario ricontatta una matrice culturale unica che gli permette di arricchire di senso quella stessa storia, di poterla mettere in gioco in una situazione grupale; il timore relazionale precedentemente espresso cede alla curiosità di incontrare l'altro.

Conclusi questi incontri Mario fa il suo ingresso nel gruppo. Egli si presenta agli altri ragazzi, questi fanno lo stesso con lui. La modalità con cui si presenta al gruppo lascia sorpresi i conduttori e crea un nuovo scenario che arricchisce una storia da troppo tempo saturata di significati: Mario parla di sé come un ragazzo pieno di interessi, in gruppo è curioso del fare degli altri, cerca una posizione di privilegio per farsi ascoltare dai presenti. Suscita interesse e ne rimane entusiasta. Può scorgere nello sguardo dell'altro rappresentazioni di sé nuove, non più deformanti. Finalmente Mario sembra poter godere della presenza dell'altro in carne ed ossa, può dare voce alla gruppaltà interna e personificare nuovi ruoli (Del Lungo, 2002).

Nel gruppo adolescenti, la presentazione si configura come racconto di sé, seguendo una trama che diviene un prendere coscienza di sé nel proprio percorso di vita. Un dialogo con sé e con gli altri attori del gruppo che facilita una riconnessione con parti trasformative della propria Personalità e che segna ogni volta un passo in avanti nella conquista del "nuovo", per tutti i ragazzi del gruppo (Del Lungo, 2003).

In conclusione il percorso di preparazione al gruppo così impostato, ha permesso a Mario, dal nostro punto di vista chiuso dentro i confini di una territorialità schizoide (Pontalti et al., 2006), la possibilità di scoprire e vedere "aree" della sua Personalità "non totalmente saturate", maggiormente disponibili dunque a tollerare "lo stare" in nuove appartenenze.

È stato impostato un progetto terapeutico che prevede per Mario la frequenza al gruppo una volta a settimana e due incontri mensili individuali; per i genitori un incontro al mese. Inizialmente abbiamo ritenuto necessario impostare in questa maniera gli incontri individuali al fine di monitorare le modalità del ragazzo di integrare la nuova esperienza grupale con il suo assetto di Personalità;

attualmente, con la progressiva e per certi versi sorprendente "naturalità" di Mario nello stare nel gruppo, stiamo ragionando sulla possibilità di riorganizzare il setting individuale.

I genitori di Mario continuano ad essere seguiti da noi terapeuti del gruppo, dopo aver riflettuto, anche con loro, sulla necessità di non aprire altri spazi di consultazione con altri "stranieri". In questi incontri progressivamente la famiglia sta raccontando la sua storia. Attualmente i genitori di Mario si stanno confrontando con la consapevolezza che il loro figlio è un sintomo, e non il solo, di un "sistema famiglia disfunzionale" (così come descritto dal padre di Mario), alimentato attivamente da ogni componente della famiglia. Per cui appare necessario che ognuno di essi, e nell'insieme il gruppo-famiglia, si prodighi al fine di rendere tale "sistema funzionante"; in tal senso Mario con il suo percorso terapeutico sta facendo la sua parte, ma ognuno degli altri componenti deve assumersi la responsabilità di fare la propria.

L'esperienza del gruppo sta funzionando per Mario come potente attivatore di nuovi modi di stare con l'altro. Egli, sin da subito, ha sperimentato lo stupore e l'entusiasmo nel suscitare curiosità e interesse in altri, fisicamente e concretamente presenti. Ha potuto ascoltare e osservare l'effetto emotivo del suo manifestarsi agli altri, accogliendone gli aspetti positivi e negativi. Definito dagli altri "faro che illumina le ombre altrui", Mario si è potuto finalmente rispecchiare negli occhi reali di altri coetanei e in tal modo ha condiviso per la prima volta i suoi interessi (filosofia, magia, teosofia, ecc...) come "roba" (così come definiti da Antonio, un altro ragazzo del gruppo) concreta della propria esperienza e non come "stranezze" per evadere da una realtà troppo complicata.

Mario nel mese di settembre fa l'operazione al naso. Con il contributo prezioso della supervisione, che fino ad oggi ci ha supportato, ci

rendiamo conto che tale evento può rappresentare per Mario il passaggio di sé da personaggio fantastico e virtuale a Persona dotata di corpo, quindi un ulteriore passo verso il concreto stare nel mondo. L'esperienza grupitale sembra aver dato quindi a Mario la possibilità di intravedere una nuova forma di appartenenza, un nuovo modo di "essere ed esistere".

Bibliografia

Corbella S. (2002), *Il lavoro di gruppo con gli adolescenti*, Gruppi, IV, 1

Lo Coco G., Lo Verso G. (2006), *La cura relazionale – disturbo psichico e guarigione in gruppoanalisi*, Raffaello Cortina Editore, Milano

Lo Verso G. (1994), *Le Relazioni Soggettuali*, Bollati Boringhieri, Torino

Lo Verso G., Papa M. (2006), *Il Gruppo come oggetto di conoscenza e la conoscenza del gruppo*, in Di Maria F., Lo Verso G., *La psicodinamica dei Gruppi-Teorie e Tecniche*, Raffaello Cortina Editore, Milano

Marcelli D., Braconier A. (1996), *Adolescenza e Psicopatologia*. Masson, Milano

Marcelli D. (2004), *Il bambino sovrano. Un nuovo capo in famiglia?* Raffaello Cortina Editore, Milano

Nucara G., Menarini R., Pontalti C. (1995), *La famiglia e il gruppo:*

clinica gruppoanalitica e psicopatologia, in Di Maria F., Lo Verso G., *La psicodinamica dei Gruppi-Teorie e Tecniche*, Raffaello Cortina Editore, Milano

Pontalti C. (2002), *Persone e Gruppi: il lavoro ambulatoriale nella psichiatria pubblica*, *Gruppi*, IV,3

Pontalti C. (2006), *Prospettiva multipersonale in Psicopatologia. Connessione o lacerazione dei contesti di vita*, in Lo Coco G., Lo Verso G., *La cura relazionale -disturbo psichico e guarigione in gruppoanalisi*, Raffaello Cortina Editore, Milano

Pontalti C., De Vecchis L. (2006), *Concepire il campo gruppale. Ovvero del sentirsi esistere in una psicoterapia analitica di gruppo*, *Gruppi*, VIII, 2

Del Lungo A. (2003) *Una di zona di confine tra campo analitico e campo formativo*, Atti del V Seminario residenziale dell'Aipa, Sabaudia ottobre Edit. Vivarium.

Del Lungo A., Azzara C., Foti M.G. (2002), *Body image, Self-recognition and Self-esteem in group psychotherapy with teenagers*, *Psychodynamic Group Therapies for Eating Disorders*, giugno La Biblioteca Editrice, www.labiblioteca.it

Del Lungo A., Cricenti O., Bartolozzi F., Foti M.G. (2003), *Valutazione dell'autostima in giovani adolescenti in Psicoterapia di Gruppo*, *Rivista della Società Italiana di Ricerca in Psicoterapia*, Edizioni Carlo Amore, Roma n.6/03

Del Lungo A., Di Iullo M.G., Costantini B., Foti M.G. (2005), *Valutazione dell'autostima in adolescenti in trattamento di psicoterapia di gruppo. aggiornamento di una ricerca*, *Rivista*

della Società Italiana di Ricerca in Psicoterapia, Edizioni Carlo Amore, Roma, n.2/05.

**Commento a “Campo terapeutico in gruppi con adolescenti” di
Angelo Fiorini e Silvia Morgante**

Girolamo Lo Verso

L'autore discute la specifica utilità della psicoterapia di gruppo nel trattamento degli adolescenti, utilizzo del setting multimodale e il ruolo della supervisione nel migliorare il processo di lavoro.

Psicoterapia di gruppo; Adolescenti; Ciclo di vita

Commentary on the paper: "Therapeutic field in adolescent groups" (by A. Fiorini & S. Morgante)

The author discusses the specific usefulness of group psychotherapy in the treatment of adolescents, the use of multimodal setting and the role of supervision in improving the work process.

Group psychotherapy; Adolescents; Life cycle

a) Il gruppo è uno strumento terapeutico privilegiato nel lavoro con adolescenti? Personalmente, ho UNA PARZIALE esperienza diretta di questo lavoro. Salvo in gruppi a tempo limitato che ho seguito direttamente, o come supervisore, ed in cui questa tesi viene confermata, e nel lavoro delle colleghe Ustica e Raia. Si può affermare, più in generale, però, che l'esperienza collettiva, la letteratura e la logica clinico-teorica confermano questa affermazione. L'adolescenza è età di passaggio dall'infanzia alla vita adulta, dal mondo familiare al sociale, alle nuove familiarità. È l'età della scoperta della sessualità fisica e della differenza. È chiaro che molto dipende dal campo psichico familiare (Pontalti) e dalle sue capacità di preparare l'adolescente ad un percorso per molti aspetti differenziato dal familiare ed adeguatamente soggettuale (Lo Verso). Il gruppo di terapia analitica appare quindi un set(ting) (Giannone) ottimale per

consentire l'attraversamento di un campo psichico interno (esterno) sintomatico. Questo strumento è stato infatti costruito per essere uno spazio di comunicazione ottimale che consenta di esperire l'ignoto e la con-divisione relazionale nel gruppo, per poterlo poi fare nella vita. E tuttavia, emerge in maniera chiara anche dall'interessante lavoro che qui commento, che il piccolo gruppo come unico set terapeutico può essere insufficiente nel lavoro con adolescenti gravi e "gravosi" (Fasolo). Il sempre maggior approfondimento di modalità di trattamento complesse o "grupicali" (Pontalti, Liotti, Lo Verso) sembra aprire, finalmente, buone possibilità anche per questi pazienti.

Nell'articolo qui discusso, troviamo un' esemplificazione. In generale, comunque, ci riferiamo a trattamenti nei quali, ad esempio, un periodo di lavoro con il paziente viene seguito da incontri familiari ed inserimento in gruppo, e successivamente, in un affiancamento ad esso di ulteriori colloqui. Se si tiene conto che quantomeno sono coinvolti i due terapeuti del gruppo, uno psichiatra per i farmaci, la famiglia e gli altri membri del gruppo, ci si rende conto del perché trovo utile parlare di trattamenti "grupicali" (o complessi, o molteplici o multipersonali). Una competenza gruppoanalitica può essere qui preziosa, poiché come nei gruppi o nelle comunità di cura (Barone, Corino, Di Marco, Sassolas), è necessario che ci sia qualcuno che tenga in mente le connessioni tra le persone, le metta in rapporto tra di loro e le restituisca facendole circolare. Progettare di partecipare ad un gruppo, e successivamente entrarci con un progetto di cura è invece, già di per sé, una apertura, un nuovo spazio psichico. Può voler dire sentirsi riconosciuti, non come un caso statistico, ma come una persona portatrice di una soggettività, di una sofferenza. Se poi nel gruppo si riesce a "tramare una storia personale" secondo la bella espressione usata dagli autori dell'articolo, la cosa è ancora più utile. L'espressione tramare fa pensare, non solo a leggere e ricostruire una

trama, un senso, ma anche a una specie di lavoro carbonaro, clandestino per sfidare le leggi interne, i miti, i personaggi soffocanti (rispetto ai quali con il computer ci si può distrarre, ma non si può sfuggire) della propria storia familiare e non. Ciò fa parte della ricchezza data dalla complessità del gruppo in cui può, inoltre, esserci una coppia di terapeuti di sesso diverso ed in ogni caso c'è una molteplicità di persone, di problemi ed esperienze di vita.

Nel testo viene richiamato il prezioso contributo di supervisione esperta al lavoro effettuato. Questo corrisponde alla mia esperienza di allievo e poi supervisore. In psicoterapia, ed ancora di più nei trattamenti complessi e/o di gruppo, la supervisione è il più significativo strumento che abbiamo a disposizione per il nostro lavoro. Nel campo della clinica gruppale, un'esperienza ormai ventennale, mi insegna che la supervisione non è necessaria spesso solo per lavorare bene e con efficacia, evitare i drop-out, approfondire il lavoro. Ma che essa sia utile anche per il benessere e la crescita del giovane terapeuta e spesso sia la condizione per autorizzarsi a fare gruppi, a costruirli con un collega, se è il caso, ad affrontare il loro collassamento o l'improduttività.

Ed a proposito del gruppo, vanno segnalate altre cose che dall'articolo emergono. Una è il suo essere il luogo dell'uscita dall'isolamento, sia che esso sia sociale (e legato alla vita interpersonale), sia che esso sia ansioso/depressivo, oppure narcisistico/istrionico (ad esempio, l'isolamento interiore del seduttore ad ogni costo). Ed in questo senso, il lavoro con il gruppo appare convincente sia in questo articolo, che nell'esperienza clinica in generale. La seconda è la preparazione all'ingresso dei pazienti nel gruppo ed ai tempi di questo lavoro. Man mano che, nel corso degli anni, l'attenzione dei terapeuti si è spostata dalla purezza teorica astratta all'attenzione ai pazienti, ed al problema dei drop-out, frequenti in gruppo, con i pazienti più

gravi, questo aspetto ha assunto sempre maggiore importanza ed i tempi di preparazione si sono prolungati. Nell'esperienza mia e di altri colleghi con cui mi sono confrontato, la fase di lavoro individuale (che assume un valore terapeutico di per sé, che va oltre la preparazione al gruppo) dura oggi da un mese, per situazioni culturalmente e clinicamente chiare, ad un anno in caso di disturbi di personalità e simili. Inoltre, può utilmente esserci, come in questo caso, un incontro con il familiare. Nella fase preliminare al gruppo va, inoltre, esplorata e possibilmente elaborata l'esperienza, purtroppo frequente, nella quale il paziente ha pellegrinato tra psichiatri e psicoterapeuti senza ricevere una adeguata e pensata proposta di progetto terapeutico, o ha effettuato trattamenti non incisivi. Va ricordato a questo proposito, che nel nostro campo un trattamento non efficace non lascia la situazione così com'è, ma aggiunge una cronicizzazione data dallo scoraggiamento, dalla depressione, dall'ulteriore strutturarsi della sfiducia e dei sintomi.

Epistemologia gruppoanalitica e articolazione dei setting terapeutici in un DSM

Nicoletta Della Torre

Il presente lavoro affronta il tema dei progetti complessi di cura rivolti ai pazienti gravi nel contesto del Centro di Salute Mentale, proponendo un punto di vista epistemologico sui gruppi ispirato all'epistemologia della complessità.

Progetti di cura complessi; Centro di Salute Mentale; Epistemologia della complessità

Group-analytic epistemology and the articulation of group-treatment setting in a Department of Mental Health

This paper addresses the issue of multi-level projects of care to mental disorders patients in the context of the Mental Health Centre, proposing an epistemological point of view on groups inspired to the epistemology of complexity.

Multi-level projects of care; Mental Health Centre; Epistemology of Complexity

Ringrazio il prof. Pontalti per l'invito a portare un mio contributo in questo interessante convegno, pensato come confronto e "scambio tra generazioni", occasione per tutti di fare un'esperienza volta a tutelare ed alimentare "speranza e giustizia" (V. Cigoli), in tempi come questi che soprattutto noi, "giovane generazione", viviamo con sempre maggior affanno e disillusione rispetto alle prospettive future di poter realmente svolgere il nostro lavoro, tutelandone anche la qualità.

Condividerò con voi il lavoro che mi ha accompagnato nel cimentarmi attorno a questo tema impegnativo, che mi ha portato a ripercorrere e ricostruire le strade esplorate fino ad ora, maturando una serie di riflessioni sul percorso personale, formativo e professionale che mi ha condotto fino alla Gruppoanalisi e al processo formativo in psicoterapia nella scuola COIRAG, che mi ha offerto la preziosa

occasione di fare esperienza per quattro anni a fianco della dott.ssa Luisella Ferraris in un CSM di Roma.

1. Il cammino percorso. I "primi passi" nella relazione d'aiuto: "scontro" con la complessità del lavoro sociale e clinico

Sono arrivata alla formazione in Gruppoanalisi dopo molti anni di lavoro "in prima linea" nel sociale, attraversando la formazione in DanzaMovimentoTerapia Espressivo-Relazionale con il dr. V. Bellia e un'esperienza personale di psicoterapia gruppoanalitica. Ho cominciato durante gli anni universitari a "mettermi in gioco", riuscendo spesso a sperimentare il positivo innescarsi di un circolo virtuoso tra motivazione allo studio e all'approfondimento teorico ed entusiasmo e curiosità nelle prime esperienze lavorative nel variegato mondo delle cooperative sociali. Nei tredici anni ormai trascorsi di lavoro in ambito sociale, educativo, psicologico, clinico e riabilitativo, ho accumulato esperienze "sul campo" come **operatrice**, come **psicologa** e come **danzamovimentoterapeuta-psicologa**, vivendo la possibilità di confrontarmi con vari contesti, sia ambulatoriali che residenziali, e con molteplici tipologie di utenti, per lo più con progetti a tempo limitato, fino a quello che da quattro anni è la mia principale attività presso un Istituto Clinico Riabilitativo per il trattamento multidisciplinare dei disturbi del comportamento alimentare e dell'obesità.

Ho incontrato molte forme di sofferenza tra gli utenti in questi numerosi contesti, ma anche tanto malessere tra gli operatori con esperienze lavorative difficili da sostenere per il carico di frustrazione e gli scarsi spazi elaborativi all'interno dell'équipe.

Gli operatori a cui sto facendo riferimento, sia nel privato sociale che

nella sanità privata convenzionata, sono nella maggior parte dei casi (così come è stato nel mio) giovani psicologi animati da passione, da un grande desiderio di imparare a lavorare, con riferimenti epistemologici spesso frammentati e confusi, con scarse o nulle esperienze professionali e di lavoro in équipe, con un'inconsistenza rispetto al metodo per affrontare le situazioni cliniche che si incontrano nella propria pratica professionale, ma anche e soprattutto persone giovani nella "competenza"- esperienza di vita..

Ho imparato "sul campo" come incontrare un essere umano, nell'ambito del lavoro "psi", ci obblighi a certe consapevolezze sul senso di sé e dell'altro che vanno ben acquisite e tutelate, alla luce delle responsabilità che ne derivano.

Nelle varie declinazioni della mia esperienza di lavoro "psi" più volte ho avuto la sensazione di "lanciarmi senza paracadute".. si trattava di mettermi in gioco da subito, assumendo un ruolo, una funzione ed una responsabilità nei confronti dell'utenza, con le risorse e le competenze umane e professionali "in dotazione", attraversando molto spesso la scomoda e faticosa sensazione di "dovercela fare da sola" o, a volte, quella ancor più fastidiosa e paradossale del desiderare di poter riuscire a fare da sola, sottraendomi a continue incomprensioni, all'impossibilità di collaborare e di creare un linguaggio condiviso, a dinamiche viziose in contesti autoreferenziali.

2. La formazione in psicoterapia. Osservazione in un CSM. "Incontro" con la complessità

Poi, con la decisione della formazione in Psicoterapia nella scuola COIRAG, arrivo all'osservazione di gruppo prevista dal training

professionalizzante del Laboratorio di Gruppoanalisi, anche fin troppo sollecitata e confusa dalle tante esperienze lavorative "in prima linea", pensando di poter "riposare un po'..." immaginandomi finalmente di accedere in uno di quei setting "puliti e rigorosi", un gruppo terapeutico gruppoanalitico classico, preferenzialmente in uno studio privato.. un piccolo pezzettino del lavoro possibile ma di qualità... un'occasione in cui sostare in un ruolo di osservazione che a tratti, forse, mi sarebbe stato anche un po' stretto. Mi ritrovo invece assegnata all'osservazione di un gruppo in un Centro di Salute Mentale, ancora una volta "in prima linea", sul luogo primo di confine tra la comunità e le persone sofferenti e le loro famiglie.

Fin dal primo incontro con la dott.ssa Luisella Ferraris ho sentito forte la complessità dell'intervento "nella sua mente" e capito che l'intervento e le decisioni rispetto a cosa è più opportuno per ciascun paziente non erano precostituite e uguali per tutti, e neanche prese in modo autoreferenziale o rispetto ad un modello, ma sempre inseriti in un progetto co-costruito con le persone e condiviso nel confronto e nella pratica clinica dell'équipe.

3. Il Centro di Salute Mentale

Il CSM, come "*centralina della cura del paziente grave*", si fa carico di formulare e mantenere il coordinamento e la responsabilità del progetto terapeutico complessivo per ciascun paziente. L'équipe è impegnata in modo costante e continuativo sul territorio in un lavoro che la Responsabile dott.ssa Paola Innocente definisce "artigianale", prendendo in carico soprattutto i pazienti più gravi e "facendo una scommessa su ciascuno".

Una valutazione complessa riguardo il soggetto (del quadro

psicopatologico, della capacità di funzionamento generale, della fase del ciclo vitale, delle risorse personali, familiari e della rete circostante) e una valutazione delle risorse del CSM guidano e accompagnano la programmazione di un Progetto Terapeutico personalizzato per ciascun paziente.

All'interno di questo quadro complesso le molte attività cliniche proposte come *"potenziale terapeutico relazionale trasformativo"*.

4. Progetti complessi

"Progetti complessi" in cui per ciascun paziente viene costruito **un progetto multimodale** che può prevedere in fasi diverse: Psicoterapia individuale, Psicoterapia di gruppo, Farmacoterapia, Gruppo terapeutico per i familiari, Psicoterapia familiare, Riabilitazione (Centri diurni, attività sportiva), Comunità Terapeutiche, Case famiglia, Inserimento Lavorativo (cooperative). Il progetto è costruito "a misura" di ciascun paziente: il più isomorfo possibile alla struttura mentale del soggetto, al livello evolutivo e alla possibilità del paziente di muoversi nel progetto di cura. La modalità di trattamento sarà la più adatta alle caratteristiche del paziente, e l'eventuale moltiplicarsi dei campi terapeutici sarà coordinato da un pensiero condiviso, guidato dalla lettura della situazione. Si tratta di un lavoro articolato che coinvolge Individuo, Famiglia, Gruppo, in cui il terapeuta è "testimone" nelle interfacce, nei vincoli e negli svincoli. Il paziente viene aiutato a ricostruire le connessioni nella propria rete interna, i collegamenti tra INDIVIDUO-FAMIGLIA-SOCIALE, per riorganizzare una funzionalità integrata.

5. Il gruppo terapeutico con i familiari dei pazienti gravi

Il gruppo terapeutico per i familiari dei pazienti gravi è stato il vertice osservativo privilegiato da cui ho imparato a conoscere il complesso lavoro svolto nel CSM, gruppo pensato come risposta ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie e in linea con una cultura del servizio che pensa la *famiglia come parte del processo terapeutico nell'approccio di lavoro multiplo integrato*. Si tratta di un gruppo semi-aperto e non a termine, con sedute quindicinali della durata di un'ora e mezza. Vengono richieste regolarità, puntualità e discrezione. Il tipo di comunicazione verbale che viene favorito è una discussione libera. Il gruppo ha una composizione media tra gli 8 e i 12 **partecipanti**: coppie di genitori, mamme, fratelli, mogli di pazienti "difficili" prevalentemente seguiti con progetti terapeutici articolati.

Le due conduttrici sono la dott.ssa Paola Innocente, psicoterapeuta con formazione sistemico-relazionale e Responsabile del Servizio, e la dott.ssa Luisella Ferraris, psicoterapeuta sistemico-relazionale e gruppoanalista.

Gli obiettivi sono relativi a: favorire la possibilità di *condivisione dell'esperienza di sofferenza*; costruire uno spazio di confronto e crescita attraverso il *rispecchiamento* in situazioni analoghe; facilitare la *coesione di gruppo*, evitare l'isolamento e lo stigma; *ridurre* il carico familiare ed il livello di *colpevolizzazione* attraverso l'elaborazione in gruppo; sostenere lo sviluppo di *funzioni genitoriali più mature*; aiutare *la coppia* ad essere "filtro" per i figli, *come nuovo codice trasformativo* che passi il portato trigenerazionale in modo che abbia un senso; facilitare *la condivisione e lo scambio nella coppia* e la capacità di affrontare *insieme* le difficoltà; migliorare la capacità di ciascuno di confrontarsi con gli *aspetti emotivi personali* nel qui ed ora; favorire *la consapevolezza e la capacità di lettura della propria*

storia personale e familiare.

Diversi livelli sono coinvolti **nel funzionamento del gruppo dei familiari**: la genitorialità; la coppia; la persona; le relazioni, i nessi, la storia.

Nell' **evoluzione del gruppo** dal "problema della malattia dei figli" si transita gradualmente alla possibilità di parlare della coppia, aprendosi poi alla possibilità di occupare uno spazio ed un tempo di attenzione a sé in quanto "individuo", con le proprie emozioni e la propria sofferenza personale, con la propria storia, spesso non elaborata, di "figli dei propri genitori", con la propria modalità caratteristica di rapportarsi e di esprimere le emozioni. Lo sviluppo del gruppo permette un cambiamento di vertice osservativo, da un'iniziale ottica centrata sul figlio ad una sui vissuti dei genitori. Quello che inizialmente sembra essere un problema dei figli comincia, con l'aumentare della consapevolezza, a connettersi ai nodi centrali del funzionamento mentale dei genitori e delle loro generazioni precedenti.

La partecipazione al gruppo di persone con esperienza differente di lavoro terapeutico all'interno del gruppo stesso e con figli in diverse fasi del proprio progetto terapeutico introduce elementi di ulteriore complessità e favorisce, attraverso l'opportunità di riconoscere nell'altro il cambiamento e l'esperienza di condivisione nel gruppo, la possibilità di rapportarsi in modo più consapevole al processo terapeutico - procedere a piccoli passi mantenendo chiara la direzione - e la possibilità di *ricominciare a sperare* nel cambiamento e nell'evoluzione positiva per ciascuno rispetto alla propria situazione di vita attuale.

6. Comprensione e metodo

"L'**epistemologia**, come metodo di osservazione e di comprensione dei fenomeni riguardanti la salute mentale, che guida l'intervento come il faro guida i naviganti, è quella **della complessità** e, in quanto tale il metodo di lavoro ricerca e ri-stabilisce connessioni, mette in relazione, o per utilizzare le parole di Bateson (1976), la domanda che guida l'intervento è: "qual è la struttura che connette?" (Ferraris, 2000; Ferraris, Lo Verso, in corso di stampa).

E' fondamentale che lo psicoterapeuta conduca **un lavoro di connessione** orientato a rendere pensabile, comprensibile e sostenibile il lavoro terapeutico al paziente e alla sua famiglia. Nel lavoro gruppoanalitico multimodale, all'interno del CSM, un importante snodo sembra essere la relazione famiglia-comunità, attorno al quale è importante imparare a muoversi con bussole non con mappe.

Nell'esperienza che ho fatto attraversando i vari setting (individuale, di coppia, familiare, di gruppo) mi ha colpito l'efficacia di un'attenzione prevalentemente focalizzata su due aspetti: lo **spazio**, sempre e comunque, **per le persone** e la **cura dei confini**.

Parlare con le famiglie dei pazienti significa incontrare le singole persone di una famiglia, non i ruoli o le funzioni.. questo consente di creare relazioni!

Ciascuna persona ci parla della propria storia, delle esperienze di vita, della storia delle generazioni, delle caratteristiche delle proprie gruppaltà d'appartenenza e delle tante gruppaltà attraversate, ma anche della propria fatica nell'affrontare i compiti della vita, i problemi, i momenti difficili nei passaggi e le crisi. Ed è con queste persone che noi come operatori per la salute mentale dobbiamo imparare a stabilire alleanze e vincoli. Attraverso questo tipo di lavoro

insieme alle persone della famiglia sarà possibile ricostruire e condividere il senso condiviso nel campo familiare rispetto alla storia e ai temi della famiglia, agli scambi tra generazioni, alle relazioni di coppia e tra fratelli, alle relazioni della famiglia con la comunità...

La competenza che ci viene richiesta è relativa alla gestione e alla cura del confine: è importante saper impostare il campo terapeutico in modo che noi operatori "psi" possiamo lentamente essere percepiti come persone garanti dei confini e dei transiti, al fine di generare una nuova matrice mentale di interconnessione che ci renda familiari al Familiare e renda familiare al Familiare il campo mentale terapeutico, per cui nella mente di tutti operatori, familiari, paziente si costruisca la competenza psichica di una nuova organizzazione neotetica.

Il percorso terapeutico non sarà mai preordinato, ma co-costruito in base all'evoluzione possibile del percorso di cura, con un'articolazione che varia in relazione alle condizioni raggiunte e alle variabili che riteniamo in grado di supportare e potenziare la capacità di elaborazione favorendo un'evoluzione trasformativa della persona e della sua famiglia. I "modi" di un trattamento saranno quindi articolati in base alla situazione, la costruzione del set avrà a che fare con la possibilità di scegliere quel luogo mentale in grado di attivare e mobilitare le possibilità di esplorazione e di elaborazione del paziente. Attraversando anch'io insieme alla terapeuta e ai pazienti i vari setting ho imparato come le persone non siano mai le stesse al variare del contesto. Ed è in questa co-presenza nell'esperienza condivisa, fondando matrici di senso gruppale, che ci si apre alla dialettica trasformativa tra individuo e gruppo e alle possibili evoluzioni nella mentalizzazione delle seclusioni psicopatologiche. A fondamento della nostra posizione etica sono la reciprocità e il riconoscimento della somiglianza essenziale nella nostra stessa

umanità di fronte alla disparità di situazioni di sofferenza che incontriamo e, contemporaneamente, il riconoscimento dell'unicità delle vicissitudini dolorose dell'esistere di ciascuna persona, non riducibili a categorie nosografiche; posizione etica che viene garantita dalla coerenza tra l'impostazione epistemologica e la costruzione e gestione dei dispositivi terapeutici.

La competenza dello psicoterapeuta è di volta in volta riuscire a sviluppare un pensiero, in un appropriato tempo per la comprensione, sul senso di ciò che accade alla *persona* e al suo *contesto interpersonale*, con l'obiettivo di garantire un progetto terapeutico adeguato a quel particolare modo *di essere nel mondo* al fine di favorire ogni evoluzione mentale possibile nei tempi più brevi possibili, che consenta di riappropriarsi della propria storia e di essere protagonista della propria progettualità, "per tornare ad imparare dalla vita..." e a coevolvere nel "corpo familiare".

Nell'ottica di "*assumere la complessità senza lacerarla*" (Pontalti) il rapporto con le famiglie nel lavoro della Salute Mentale diventa un indispensabile strumento terapeutico. Per i "pazienti gravi" il contesto familiare o il familiare di riferimento può costituire l'assetto mentale più favorevole, alcune volte l'unico possibile, all'elaborazione del senso di quanto è accaduto e che ha portato alla consultazione. E la sinergia con la famiglia del paziente rimane nel corso del tempo un elemento discriminante circa il buon andamento di un progetto terapeutico. La famiglia deve poter accompagnare il paziente nelle forme che possono maggiormente aiutare la sua capacità trasformativa.

Nel gruppo per i familiari dei pazienti ho sperimentato come diventi possibile "un lavoro formativo alla complessità" che favorisce la possibilità di condividere una riflessione sulla propria storia personale e sul proprio modo di essere, sulla relazione di coppia, sullo scambio

tra le generazioni, avviando un dialogo sull'“essere famiglia” nella nostra cultura e nella nostra epoca e, contemporaneamente, sul moltiplicarsi dei livelli di lettura e di comprensione delle altrettante variabili sempre compresenti nelle situazioni di vita “difficili”, che aiuta a sostenere l'estrema faticosità dell'**essere insieme** in modo continuativo e costante **nei progetti terapeutici** per un paziente grave.

Competenza dello psicoterapeuta è anche saper condividere la co-costruzione del set insieme ai colleghi che variamente partecipano al lavoro clinico, alimentando reciprocamente la fiducia attraverso la condivisione nel tempo del lavoro clinico.

“C'è un gruppo di curanti, ci sono i familiari dei pazienti, c'è la rete psichica “grupuale” in cui il paziente è immerso. A questa molteplicità e complessità della realtà psichica e della psicopatologia deve corrispondere altrettanta, se necessaria, complessità nella costruzione del set(ting) di cura. Ed altrettanta complessità nella mente del terapeuta gruppoanalitico che cerca di contenere e di connettere il campo psichico complessivo della cura, che comprende il mondo dei pazienti attuale (famiglia) e storico (interno a loro), i vari set di lavoro, il mondo dei curanti e le loro interconnessioni”.
(Ferraris, Lo Verso, in corso di stampa)

Concludo così, sperando di essere riuscita a comunicare non solo la fatica, ma anche il senso professionalmente strutturante che ha avuto per me questa impegnativa esperienza di training nel LdG da poco conclusa. Questa esperienza di articolazione dei setting terapeutici nel CSM condivisa con la dott.ssa Ferraris mi accompagna come sapere assimilato nello sforzo che, giorno dopo giorno, continuo a fare quando, nei miei luoghi di lavoro e nella mia attuale équipe, propongo questa complessa modalità per affrontare le situazioni cliniche e la sofferenza delle persone e delle famiglie che a noi si rivolgono.

Bibliografia

Cigoli V. (2006), *L'albero della discendenza*, Franco Angeli, Milano

Ferraris L. (2000), *Famiglia e gruppo come fasi di un processo in Gruppi*, n° 2 del 2000, Franco Angeli, Milano

Ferraris L. (2003), *Famiglie, tossicodipendenza e terapeuti. Il lavoro clinico nei servizi pubblici* in Andolfi M., Cigoli V. (a cura di) "La famiglia d'origine", Franco Angeli, Milano

Ferraris L., Lo Verso G. (in corso di stampa), *Famiglia e relazioni soggettuali* (in Lo Verso G.)

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

Commento a "Epistemologia gruppoanalitica e articolazione dei setting terapeutici in un DSM" di Nicoletta Della Torre

Luisella Ferraris, Paola Innocente

Questo lavoro si focalizza su come il gruppo multifamigliare consenta di utilizzare la coesione del gruppo come fattore terapeutico per la solitudine e lo stigma, generando speranza nel presente e nel futuro.

Progetti di cura complessi; Centro di Salute Mentale; Epistemologia della complessità

Commentary on the paper: "Group-analytic epistemology and the articulation of group-treatment setting in a Department of Mental Health" (by N. Della Torre)

This work focuses on how the multifamily group allows the use of group cohesion as a therapeutic factor for the loneliness and stigma, generating hope in the present and in the future.

Multi-level projects of care; Mental Health Centre; Epistemology of Complexity

In primo luogo un grazie agli organizzatori del convegno che sottolineano, nell'assetto organizzativo dello stesso, un tema centrale che ci sta a cuore sia per quanto riguarda la formazione dei terapeuti sia per quanto riguarda il lavoro nei Servizi e forse è anche attinente a quanto accade nei gruppi con i genitori ai quali la relazione fa riferimento.

Il tema è quello dello scambio generazionale, nel senso di ciò che realmente ci si scambia tra generazioni di genitori e figli, di ciò che ci si scambia tra "allievi" e "maestri", tra operatori e operatori, ossia di come avviene questo scambio. E' circolare e non unidirezionale questa possibilità di insegnare come più anziani e anche di imparare dai nostri allievi sia per le loro competenze professionali (vedi nuove professionalità, nuovi contesti per nuove professionalità), sia per l'entusiasmo e la carica motivazionale che contraddistingue la loro fase di età, sia ancora per l'attitudine trasformativa oltre che

imitativa di cui le nuove generazioni sono portatrici, come una ventata di novità che entra nell'Istituzione, sia essa Scuola, sia essa Centro di Salute Mentale.

In questo senso ringraziamo il prof. Pontalti per aver sollecitato e sostenuto l'organizzazione del convegno del Laboratorio di Gruppoanalisi a partire da relazioni tenute dai nostri allievi, o da giovani terapeuti specializzati presso la Scuola e appartenenti al Laboratorio.

Facciamo inoltre riferimento al fatto che per noi operatori della Salute Mentale lo scambio con allievi di specializzazione è nel momento attuale l'unico possibile scambio generazionale, per lo meno per quanto attiene gli psicologi.

C'è nelle Istituzioni, fra gli operatori intorno a noi, la sensazione diffusa che quanto abbiamo contribuito a costruire in anni di prima linea istituzionale, sia destinato a finire con noi, per le scelte politico-amministrative che caratterizzano la sanità nel momento attuale: si veda, ad esempio, come nella regione Lazio le assunzioni più frequenti ultimamente riguardino gli psichiatri a convenzione, che quindi hanno con l'istituzione un rapporto diverso, più "esterno", nel quale spesso non si rintracciano elementi di continuità di una storia e di prassi condivise. A questo si aggiunge la drastica riduzione del turnover del personale in generale e degli psicologi in particolare, che sembrano così destinati a scomparire dalla Sanità, vista la mancanza di qualunque intenzione ad assumere attraverso concorso o anche attraverso rapporti a convenzione, come accade invece per i medici. Pur essendo consapevoli che della cultura del prendersi cura che in questi ultimi 30 anni abbiamo coltivato forse molto poco resterà nei luoghi nei quali tale cultura è nata e si è sviluppata, pensiamo però che i contesti di cura nei quali oggi si impegnano i nostri allievi e i giovani terapeuti, sia che si tratti di spazi istituzionali del privato

sociale, sia che si tratti delle nuove forme della cura (équipe di strada, lavoro con l'emarginazione sociale, nuove frontiere culturali, ecc.) possano contenere questa "eredità" culturale.

Prendersi cura nel senso di farsi carico del disagio dell'altro, condividendolo, rappresenta secondo noi un elemento forte di questa eredità culturale dei Servizi. Citando il nostro collega Fabio Candidi, responsabile di un Centro Diurno, pensiamo che sia importante riconoscere un aspetto fortemente trasformativo di questa cultura rispetto al passato. Condividere e portare avanti insieme un progetto, ha a che fare con il "sollevio" e non con lo "scarico". I luoghi della cura sono luoghi dove il disagio, il dolore, la sofferenza possono trovare un sollievo nell'essere assunti in comune con un altro, operatore, collega terapeuta, paziente, in una relazione di reciprocità dove ciascuno dà quello che può dare sulla base delle diverse competenze (maestri, allievi, varie figure professionali, pazienti, genitori, mogli, figli ecc.,) ma anche dei diversi ruoli, esperienze, curricula professionali, storie di vita.

Per noi la presenza degli allievi ha a che fare con un tipo di sollievo, quello di poter tramandare un punto di vista, un modo di pensare alla cura. Condividere un progetto di cura complesso con il resto dell'équipe significa condividere un'assunzione di responsabilità di qualche cosa di molto oneroso come la cura del disagio mentale. Lavorare nei servizi ha a che fare con il prendersi questa responsabilità, con l'indiscutibile ed unico vantaggio di poter contare su una varietà di figure professionali, di teste pensanti dotate di vertici teorici differenti e di differenti esperienze nel progettare una cura.

I motivi che hanno portato a costruire questo gruppo sono stati molteplici. In primo luogo la doppia esperienza di gruppoanalista e terapeuta della famiglia che ha portato l'una a convincere l'altra a

provare un'esperienza già per molti consolidata (Pezzoli, 2006, Badarracco, 2004), in secondo luogo le necessità del Servizio di lavorare con le famiglie, la nostra esperienza in questo lavoro con le famiglie e la nostra necessità di ripensarlo, perlomeno in alcuni casi. Il nostro Servizio ha una tradizione di lavoro sia con i gruppi, che con le famiglie, che con i gruppi di famigliari, che però non si traduce automaticamente in una possibilità di tutta l'equipe di funzionare come un gruppo di lavoro che condivide obiettivi e si sostiene a vicenda: questo è un obiettivo ambito, ma ben distante dall'essere raggiunto. Possiamo dire che vi è attualmente un buon rapporto di lavoro e scambio con molti operatori (in parte anche nuovi) e altri operatori più "solisti" con cui è difficile collaborare.

Fondare un gruppo di genitori condiviso (come peraltro altri gruppi terapeutici allo stesso modo co-condotti) ci è sembrata una procedura sia per poter raggiungere una collaborazione fattiva sia anche per proporre un modello di lavoro. E' interessante notare come degli invii iniziali, solo i familiari di situazioni cliniche seguite da entrambe sono rimasti nel gruppo, mentre non hanno funzionato bene gli invii (o le modalità di accoglienza) di situazioni inviate da altri operatori. Ciò ha indotto una certa cautela nell'ipotizzare una pur necessaria apertura di un nuovo gruppo: vorremmo favorire un'integrazione e contenere il rischio di scissioni.

Sulla base di queste riflessioni pensiamo di avviare a breve un gruppo con famiglie, non solo con genitori quindi, ma con gli stessi pazienti, e di aprirlo alla partecipazione-conduzione anche di altri operatori, infermieri e psichiatri. La preparazione di questa seconda esperienza, sta richiedendo un tempo più lungo allo scopo di rendere il gruppo più integrato nel Servizio anche attraverso la proposta di partecipazione ad altre figure professionali che gestiscono parti altrettanto importanti del progetto terapeutico.

Il tempo della fondazione di questo secondo gruppo è stato voluto per far sì che il gruppo diventasse il sollievo di cui parla Candidi piuttosto che lo "scarico" del paziente pesante di cui nessuno sa che fare o che nessuno sopporta più.

Il sollievo ha a che fare con il condividere il peso e la fatica insieme, con il provarci insieme senza che questo abbia come effetto secondario la proiezione sull'altro della colpa (incompetenza, assenza, ecc.,) e del fallimento clinico (processo ormai noto nelle famiglie, ma meno pensato fra operatori).

La consapevolezza profonda della difficoltà del nostro lavoro diventa un motivo in più per ricercare l'altro come alleato, come sostegno, come possibilità di pensiero nuovo diverso dal nostro, come visuale alternativa portatrice di altro, quella visione "altra" che a noi non era venuta in mente, ma pertinente, fondata e portatrice di senso.

Uno dei motivi forti di difficoltà nella fase attuale del nostro lavoro rimane il bacino di utenza molto ampio (il IV distretto conta una popolazione pari alla città di Bologna, ma ha solo due Centri di Salute Mentale e 4 psicologi effettivi fra i due CSM) e la pressione costante delle richieste alle quali è molto difficile rispondere.

Diventa comprensibile allora come da un lato molti operatori operino strategie difensive contro "l'invasione" cercando di sottrarsi il più possibile, tenendo inoltre presente che la maggior parte di noi opera nel campo da 30 anni e più e che se questo rappresenta una fonte di grande esperienza contemporaneamente è anche fonte di profonda "usura", sia per il lavoro in sé (non è facile per nessuno avere a che fare con psicosi e disturbi gravi), sia per le condizioni nelle quali lo svolgiamo, si veda appunto il già accennato e spinoso problema del mancato turn-over.

Per concludere possiamo dire che se i gruppi multifamigliari consentono di utilizzare bene la coesione del gruppo come cura per la

solitudine e lo stigma, se un gruppo di lavoro che sostiene e dà sollievo riattiva una capacità di generare speranza nel presente e nel futuro, così per noi spesso i giovani allievi ai quali “passare il testimone”, affidare l’esperienza e il saper operare, consente una possibilità di scambio che ha a che fare con la nostra speranza in un futuro in cui non vada perduta la nostra cultura della cura.

E’ quindi per noi vitale pensare che ciò che di buono è stato fatto non solo non vada perduto ma anche possa essere conosciuto e criticato per essere trasformato e migliorato.

Il lavoro con la Dottoressa Della Torre e la sua elaborazione finale ci fanno supporre che sia andata così.

Campo gruppale virtuale: La storia di una migrazione riconnessa nel tessuto onirico

Giuseppe D'Onofrio

Il presente contributo mostra come sia possibile utilizzare il lavoro interpretativo dei sogni in psicoterapia per promuovere connessioni simboliche tra la propria matrice familiare originaria e la quotidianità esperienziale.

Sogno; Matrice familiare; Identità

Virtual group field: The history of migration in the reconnected tissue dream meaning

This work focuses on how the multifamily group allows the use of group cohesion as a therapeutic factor for the loneliness and stigma, generating hope in the present and in the future.

Dream; Family matrix; Identity

La storia che narreremo in questo articolo è quella di Janet, ragazza di venti anni, appartenente ad una famiglia composta da mamma mauriziana, papà italiano e due sorelle più grandi. Nel momento che vengo a conoscenza di questo caso, avevo già in terapia le due sorelle più grandi, Mary e Sofi. Il primo contatto con la storia di Janet l'ho avuto tramite una delle due sorelle, Mary: mi viene descritta come una ragazza isolata, con una storia evolutiva complessa ed articolata. Mary mi sottolinea che, da ciò che ricorda lei, i problemi di Janet iniziano dalla scuola elementare, da lì in poi prosegue un transitare tra servizi di neuropsichiatria infantile, ospedali per esami cerebrali di tutti i generi, ed insegnanti di sostegno, per un non mai specificato problema di ritardo mentale, senza alcuna traccia di danni cerebrali. Ad oggi, spiega Mary, questa situazione si è trasformata in una chiusura al mondo esterno, ma anche a quello familiare, aggravato dal parlare da sola a voce alta con amici immaginari. Mary si è resa conto della gravità della situazione, quando il giorno del

compleanno di Janet, la sorella le se è avvicinata chiedendole se per regalo di compleanno le dava la possibilità di andare dal suo psicologo, perché diventata schiava di quel parlare con amici immaginari.

Janet arriva nel mio studio nell'aprile 2007, è una ragazza di 19 anni dalla pelle olivastra, con una ciocca di capelli bianchi naturali che le cade sulla fronte, è in forte sovrappeso ed ha un aspetto parecchio trasandato. Nei nostri incontri Janet ha sempre lo sguardo basso ed assente, cerca di raccontarmi parte dei passaggi dolorosi della sua vita, l'aver visto pochissimo la mamma, perché impegnata nel lavoro di domestica e tata di altri bambini, la separazione da lei alla scuola elementare, lo scherno dei suoi compagni di scuola per il suo sovrappeso e la ciocca bianca, il razzismo della maestra di prima elementare che la bocciò in prima, perché strana ed isolata e di lì il pellegrinare per i vari servizi materni infantili. Nel corso delle prime sedute ci accorgiamo con Janet che la memoria storica del suo disagio non era tutta nei suoi ricordi e che la mamma ci poteva dare una mano nella ricostruzione della storia.

Chiesto alla mamma se avesse voluto aiutarci in questa ricostruzione, ben volentieri accetta. Nel nostro primo incontro la mamma si presenta come una donna di colore di nome Brigitte, di origine mauriziana, da trentadue anni residente in Italia; le sue origini mauriziane sono di ceppo africano, di qui il colore della sua pelle molto scura ed i suoi tratti somatici marcatamente africani. Parla ancora un italiano molto approssimativo, ma si presenta molto ben curata. Mi spiega che si è trasferita in Italia per pesanti conflitti con la mamma, che preferiva a lei le sorelle con pelle più chiara. Mi racconta che la prima volta che si accorta che Janet aveva problemi di apprendimento è stata quando la maestra delle elementari l'ha convocata per dirle che avrebbe bocciato Janet, per una sua presunta

patologia legata all'apprendimento. Anche lei mi racconta di un'odissea tra servizi di tutti i generi, l'unico risultato è che a Janet è stato assegnato un insegnante di sostegno, ma di quale patologia fosse affetta, niente. Mi racconta che nell'ultimo incontro con la neuropsichiatria, prima che Janet smettesse di avere un supporto nel pubblico, le è stato detto che il problema di Janet è che è molto dipendente da lei e che con la crescita tutto questo sarebbe scomparso. Ci lasciamo con l'impegno che mi avrebbe mandato tutte le certificazioni di cui era in possesso, ma anche da queste non emergeva null'altro che un gran confusione, ma niente diagnosi. Con Janet ci diciamo che ha vissuto per molti anni una dimensione di handicappata, senza conoscere quale handicap abbia. Per scrupolo, dopo queste non rilevazioni anamnestiche, ne discuto con dei colleghi neuropsicologi e concludiamo che all'epoca, problematiche psicologiche determinarono la lentezza cognitiva che a sua volta innescò un circuito non efficace nell'assistenza.

Ma come pensare la storia di Janet e come pensare oggi Janet e, soprattutto, come aiutarla a trovare se stessa nella vita? A questo punto decido di parlarne nel gruppo di supervisione degli allievi del Laboratorio della Scuola C.O.I.R.A.G. E da un anno e mezzo continuiamo a confrontarci a fondo ogni quindici giorni.

L'incipit non può che essere "cosa si fa con una ragazza ritardata mentale, bloccata in un mondo fantastico, e che forse però ha buone risorse?" Lunghe riflessioni fino ad un'ipotesi diagnostica: "reclusione parziale autistica di materiale mentale". Ciò significa che Janet è ed è stata in parte in una territorialità altra senza connessioni simboliche con la sua quotidianità esperienziale. La traccia fenomenica è quel suo mondo fantastico che tuttavia sembra non rimandare a nulla di significativo.

Valutiamo quindi di non fermarci a quello che hanno osservato altri,

ma di seguire passo passo quello che emergeva dai sogni e dagli incontri terapeutici, alla ricerca di altre scenografie e codici di senso che al momento forse non apparivano. Se la seclusione di materiale mentale non simboleggiabile è nella storia di Janet fin da bambina occorre pensare il territorio terapeutico articolato negli incontri con le due sorelle, nelle sedute con Janet stimolando il più possibile materiale onirico ed incontri con i genitori. Questo particolare tipo di set/setting permette di fondare un territorio gruppale, apparentemente virtuale, a matrice comunitaria familiare, con continui rimandi da un campo all'altro che possa ritessere la parziale lacerazione familiare.

Continuo l'esposizione del nostro lavoro, riportando cinque sogni di Janet ed un sogno di Sofi e la trama di senso condivisa con Janet, a rappresentazione del percorso di ricongiungimento nel tessuto onirico di scenografie e territori appartenenti alla storia di questa famiglia. Janet, ma anche le sorelle, sono state custodi immobili per moltissimo tempo, bloccate in una linea di confine, senza avere alcuna possibilità di transito, per mancanza di codici di senso che permettessero loro di ricucire l'antica lacerazione in atto nella famiglia dalla prima emigrazione materna tra i due emisferi del mondo.

1. 1° sogno

Ero in una stanza e giocavo con la play station, il gioco che stavo facendo era Resident Devil; è un gioco di mostri e zombi. Ad un certo punto del gioco mi accorgo che io, oltre a essere quella che gestisce il gioco dall'esterno, sono la protagonista principale all'interno del gioco. In un quadro scendo delle scale e mi trovo in una sorta di cunicolo, dopo vari tentativi mi accorgo che non riesco a tornare

indietro; mentre cercavo una strada per il ritorno mi appare un mostro che si impadronisce di me, sconvolta inizio un nuovo quadro e mi accorgo che non riesco più ad uscire da questo gioco, si avvicinano sempre di più mostri e zombi e io non riesco ad uscire e separarmi dal gioco.

Connessioni:

le associazioni che lei fa del sogno ci portano a comprendere quanto lei si senta chiusa in un mondo fantastico, da cui inizialmente era sedotta e che usava per rifugiarsi, ma che nel corso del tempo le è diventato un carcere, entro il quale oggi è spaventata e vessata da morti viventi e mostri. Sottolineiamo che la sua angoscia è non trovare più il modo di uscirne.

2. 2° sogno

Mi trovavo su un ponte in una città sconosciuta ma sotto a me c'era il mare che mi faceva compagnia. Alzo lo sguardo e mi accorgo che in lontananza c'erano degli squali; distratta scivolo dal ponte e cado in mare, sento di non riuscire a nuotare ma lottavo per tornare in superficie; riesco a tornare in superficie e vedo che in mare vicino il ponte alle mie spalle ci sono degli squali, riesco a salire sul ponte, ma due di questi squali salgono anche loro sul ponte, mi volto e mi accorgo che sul ponte c'era anche la mia mamma che difendendomi inizia a combattere contro di loro, ma dopo un po' che lottava contro di loro mi accorgo che i due squali si erano trasformati in mia madre.

Connessioni:

dalle associazioni di Janet appare come il mare torni spessissimo nei suoi sogni e che la paura di affogare è sempre molto presente, come anche la paura degli squali, non riesce a capire perché la mamma si

trasformi in squalo, quando doveva combatterli, ma riflettendoci in seduta, spiega che è vero che la mamma ha una parte che la difende, ma ne ha un'altra che la paralizza dalla paura. Ma da dove arrivano gli squali? E quale vicenda di mamma arriva da lontano e si trasforma in squalo divorante per la sognatrice?

3. 3° sogno

Mi ritrovavo in una spiaggia con un mare in tempesta; il vento e le onde che si alzavano scatenavano dei rumori spaventosi, il mare era terrorizzante. Nel sogno c'ero io e guardandomi in intorno non vedevo soltanto il mare in tempesta, ma anche le mie sorelle accanto a me. Al largo nel mare si vede una barca vuota con un velo da sposa abbandonato all'interno, che stava dirigendosi verso di noi, mi volto ancora e mi accorgo che accanto a me oltre le mie sorelle c'erano i personaggi di C.S.I. Miami e C.S.I. New York. Non faccio in tempo ad accorgermi di questi arrivi che il mare ci travolge tutti, sott'acqua io tenevo la mano ai miei personaggi e alle mie sorelle, ma non riesco a tornare in superficie, mi accorgo di essere rimasta sott'acqua.

Connessioni:

Dalle associazioni emerge che quando Janet si sente in pericolo o in difficoltà nella realtà come nei sogni, le sorelle le sono sempre di sostegno, lo stesso ruolo lo hanno i personaggi di C.S.I.; lei spiega che questi però le fanno compagnia, racconta che sono diventati anche loro membri della sua famiglia. Ha la fantasia che quella barca al largo, con un velo da sposa all'interno, indichi che lei non si sposerà mai. Ci chiediamo come mai, secondo lei, nonostante le persone e i personaggi a lei più cari, non sia riuscita a ritornare in superficie rischiando di affogare. Si apre una lunga riflessione ed

insieme osserviamo che le sorelle ed i personaggi di C.S.I. per lei per molto tempo sono stati un rifugio fantasioso, anche se a volte anche reale, ma comunque non la soluzione per poter vivere le sue paure nella realtà. Il velo, dopo una più approfondita riflessione, la rimanda a qualcosa di celato che riguarda un matrimonio, ma che è presto da poter scoprire.

4. 4° sogno

Sono in una spiaggia, all'interno una baia, in un'insenatura, con grandi rocce, che delimitavano i confini laterali; a riva ci sono due uomini e davanti a me un mare splendido, che mi faceva molta paura, i due uomini resisi conto della mia paura, rassicurandomi mi invitano a fare il bagno, ma io mi sento molto spaventata ed insicura, loro si offrono di accompagnarmi nell'acqua e mi indicano una piccola imbarcazione a largo, dove avrei trovato approdo. Pian piano mi avvicino alla riva ed inizio a bagnarmi, vivevo uno stato d'animo molto conflittuale, non riuscivo a prendere una decisione, mi sentivo spaventata, insicura, ma anche affascinata da quel mare così profondamente blu. Mentre vivevo questi stati conflittuali, senza accorgermi, avevo iniziato a bagnarmi i piedi. Man mano che mi bagnavo sentivo crescere in me sempre più la voglia di provare a nuotare e raggiungere quella barca oltre l'insenatura, mi immergo con tutto il corpo e inizio una flebile nuotata ma mentre nuotavo mi sentivo sempre meglio e scomparivano le mie incertezze e cresceva la mia voglia di raggiungere quella barca; dopo una lunga nuotata verso l'uscita di questa baia, ormai stanchissima, raggiungo la barca che ora mi appariva come un piccolo gozzo, dove all'interno con mia immensa sorpresa trovo mia madre ed un uomo. Mi siedo all'interno

del gozzo, non ci diciamo niente, non riesco a riconoscere quel uomo, è abbastanza giovane, capelli corti, robusto. Dal momento che siamo tutti e tre a bordo della barca il mare inizia a muoversi, diventa sempre più grosso, mi affaccio dalla barca e vedo un mare scurissimo melmoso pieno di alghe, il mare aumentava sempre di più il suo moto ondoso e l'uomo che era in barca con me e mia madre, stranamente, mi diceva di non aver paura che non sarebbe successo nulla, mi spiega che oltre la baia il mare creava continuamente moto ondoso ma si poteva nuotare tranquillamente, a quel punto io guardo mia madre stupita di questa affermazione e lei conferma quello che dice l'uomo accanto a noi; quando mi volto di nuovo verso l'uomo, lui tendendomi la mano, mi invita a sperimentarlo di persona facendo il bagno insieme a lui; inizialmente penso sia pazzo, ma poi nonostante questa mia iniziale titubanza il volto di quel uomo mi ispirava fiducia, stringo la sua mano ed insieme ci lanciamo nel mare mosso e scuro, sempre stretti, mano nella mano, iniziamo ad andare sott'acqua sempre più in profondità. Il mare era sempre molto scuro e non riuscivamo a vedere nulla ma, più scendevamo in profondità e più il mare schiariva; arrivati a toccare la massima profondità mi accorgo che davanti a me era scomparso il buio e si nuotava in un acqua chiara con fondali di meravigliosi colori, si vedevano magnifici coralli e splendidi pesci, tutti molto colorati, era meraviglioso.

Connessioni:

Osserviamo assieme che l'inizio del sogno era intriso di insicurezza e paura; da una sua associazione suppone che quei due uomini potevano essere i suoi cugini mauriziani e crede che sia questo che l'ha fatta sentire più sicura, perché dice: "loro il mare lo conoscono bene". Sottolineiamo quanto, per la prima volta in un sogno, potesse un poco fidarsi di se stessa e degli altri e che ciò l'abbia aiutata a scoprire che sotto tutte queste paure e difficoltà rappresentate dal

mare scuro, ci possa essere un'acqua trasparente con meravigliosi coralli e splendida vita marina di variegati colori. La madre è adesso rassicurante assieme a lei sul confine dell'ulteriore tragitto. E' il mare delle Mauritius dove è finalmente arrivata ma in un percorso integrato, con tutto il buio e l'osare di un percorso che permette il transito simbolopietico di un ritorno alle origini transgenerazionali, mare sempre presente in lei, ma in un altrove che catturava parte dell'apparato psichico con conseguente, erronea, diagnosi di deficit cognitivo. L'uomo pelato robusto: basta guardare il fascino del relatore!

5. 5° sogno

Entro nella stanza da letto dei miei genitori osservando incuriosita di cosa era composta; mi guardo intorno osservando tutta la stanza, mi accorgo che ai piedi del letto c'è un grande baule che colpisce la mia attenzione, non lo avevo mai notato prima, continuo curiosa la mia esplorazione, ma la cosa che mi era rimasta negli occhi e nella mente era il grande baule che giaceva ai piedi del letto, più mi avvicinavo al baule e più aumentava la mia voglia di scoprire cosa ci fosse dentro, la mia curiosità era molta, ma il mio spavento altrettanto.

Arrischiandomi, con la paura che arrivassero i miei, mi reco ai piedi del letto verso il grande baule, cerco di aprirlo, era molto pesante, riesco a sollevare la parte superiore e con mia grande sorpresa, dentro nel fondo, vi trovo una splendida sfera che al tatto aveva una consistenza particolare, sembrava plasmabile alle mie mani, era trasparente come fosse di vetro; mi accorgo che all'interno di questa sfera erano adagiati brillanti coralli e splendide conchiglie, uno accanto all'altro. A questo punto il sogno cambia scenografia e mi

ritrovo in una piazza dove vi era una rotonda, proprio in quel momento mi appare una luna bianca e luminosissima, era splendida. L'elemento particolare di cui mi accorgo è che le mie sorelle rimanevano accecate dalla sua luce ed io invece no. Quando vidi l'effetto che questa luna faceva sulle mie sorelle, d'istinto mi venne di coprire la mia sfera, per proteggerla dalla grande luce, ma mi accorsi che man mano che coprivo la sfera la luce della luna si affievoliva fino a scomparire. Rimasi molto stupita di questa correlazione tra la luna e la mia sfera ma non capii se le due cose erano collegate, allora lo rifeci, tolsi le mani dalla sfera e la luna risplendette nuovamente di tutta la sua luce, nuovamente accecando le mie sorelle ma non me.

Connessioni:

l'esperienza che più ha entusiasmato all'inizio Janet in questo sogno è il potere che ha acquisito di riuscire a gestire l'illuminazione accecante della luna bianca tramite la sua sfera. Abbiamo sottolineato che questo potere era per la prima volta nelle sue mani, inoltre le sue sorelle venivano accecate dalla luce, ma lei no; la novità in questa occasione era che lei aiutava le sorelle nel momento del loro accecarsi. Insieme, dopo alcune riflessioni, sottolineiamo quanto quelle conchiglie e quei coralli siano legati alla storia della sua mamma, al mondo della mamma e di quanto lei ne sia stata per molto tempo l'esclusiva custode.

6. Il sogno di Sofi

Ero in un villaggio, con delle strutture antichissime e ballavo intorno al fuoco con altre donne, abbassando gli occhi mi accorgo di avere indosso il vestito caratteristico Mauriziano.

Connessioni:

Sofi mi dice che sì è stata alle Mauritius ma che non ne ha un ricordo così affettivamente presente. Tra l'altro la mamma gliel'ha fatte odiare con le sue continue sottolineature melanconiche. Nel proseguire delle associazioni emerge con chiarezza che anche Sofi sapeva poco di queste sue origini e di quanto le sarebbe piaciuto riappropriarsene senza più una mediazione materna, ma con un percorso personale. Le racconto allora il sogno di Janet del mare oscuro, della lunga immersione fino al mare con i coralli. Le due sorelle camminano assieme. E così Sofi può capire meglio se stessa, Janet e la madre.

Il lavoro che abbiamo cercato di realizzare nel corso della terapia di Janet, ma anche in quella delle sorelle, è stato quello di costruire un campo gruppale che potesse essere flessibile, agevolando rimandi da un campo terapeutico all'altro nell'unitarietà del territorio terapeutico gruppale anche se variamente dislocato. Una delle procedure utilizzate per raggiungere l'obiettivo è stato di condividere con le sorelle di Janet i sogni che riportava Janet in terapia riguardanti la sua storia, ma anche la storia familiare. Abbiamo visto come questo incontrarsi in territori inesplorati per tutte e tre le sorelle, abbia costruito un codice identitario individuale ma anche familiare. Dall'esplorazione dei sogni di Janet è emerso come i sogni riguardanti il mare potessero essere precursori simbolici del materiale secluso autisticamente fin dalla prima infanzia. Nel corso dello svolgimento della terapia, si è potuto osservare come le fantasticherie di Janet possano essere viste come un tentativo di salvaguardare il mondo transpersonale delle origini della mamma. Stiamo cercando ancora oggi di finalizzare la terapia come rammendo, per tutti i membri di questa famiglia, dei transiti lacerati all'inizio della storia. Riassumendo in queste poche righe il percorso fatto nei due anni di terapia e sogni, quello che abbiamo provato ha costruire è il rendere

transitabili territori, e abitabili scenografie, per Janet, ma anche per tutta la sua famiglia. Le identità si erano perdute nel corso del tempo in una traslocazione fisico-emotiva che andava per la prima volta mentalizzata in una nuova trama simbolica. L'equivoco interpretativo delle difficoltà sui sei anni tra due paradigmi possibili del comprendere un impasse evolutivo ha generato una storia terapeutica e sociale terribile per il vivere di Janet e dei suoi famigliari.

Un'ultima notazione. Negli incontri familiari ci si è resi consapevoli di come la difficoltà di transito di Janet e le sorelle sia stata anche la rappresentazione della difficoltà della mamma, anche lei ferma da moltissimo tempo su una linea di confine che non le permetteva di vivere appieno la sua identità, il suo ruolo di madre, ma anche quello di figlia. La madre ha compreso che vi erano molte storie e scenografie delle quali riappropriarsi riarricchendole di senso, tutto questo per poter renderle esplorabili e transitabili, aiutando così se stessa, suo marito e le sue figlie.

All'oggi Janet sta concludendo il suo ultimo anno di istituto professionale, pesa circa venticinque chili in meno, è sempre vestita in modo molto curato, la sua ciocca bianca è diventata una civetteria, fa battute a raffica su tutto e tutti ("sommiglio a Kun fu Panda"). Spesso mi porta delle canzoni scritte da lei con le quali mi comunica i suoi stati d'animo, ma anche il lavoro che sta facendo con me. Arriva dal suo paesello da sola in treno e ritorna allo stesso modo, partendo alle tre del pomeriggio e tornando circa alle sette di sera. Studia per la patente, litiga con la madre per i soldi della palestra ma anche per sistemare il computer.

L'ultimo problema in ordine cronologico che abbiamo affrontato è la sua partenza per le Mauritius per Natale, riflettendo se era utile andare ora o in estate. Mi spiega che all'epoca del suo ultimo viaggio

era molto piccola, che non ricordava molto e avrebbe gradito riandarci per le feste.

Nell'ultima seduta con la famiglia è emerso che per problemi economici purtroppo non potrà partire. Ne ha provato molto dolore e rabbia. Ha reclamato che si è sentita presa in giro e che non era possibile che non avessero i soldi; addirittura ad un certo punto ha detto al papà che lui era sgradevole, perché se voleva poteva prendere un prestito; il papà le ha spiegato con molta pazienza che non avrebbe avuto i soldi per restituirlo; lì per lì si è placata, ma poi si è ricaricata e gli ha detto: "allora mi dai i soldi per la palestra" obbiettivo comunque importante.

Ma quale territorio mentale abita oggi Janet? Nella seduta individuale dopo quella familiare, memore di quello che era successo in quella seduta, le chiedo "ma come mai volevi andare proprio per Natale?" Lei mi risponde con un'aria molto seria, ma con faccia da furbetta: "voglio andare a ritrovare le mie origini."

Sono rimasto sconvolto e mi sono detto "forse era presente nel nostro gruppo di lavoro e non ce ne siamo mai accorti!"

Commento a "Campo gruppale virtuale: La storia di una migrazione riconnessa nel tessuto onirico" di Giuseppe

D'Onofrio

Gabriele Profita

Il contributo si sofferma sulla trasmissione psichica tra le generazioni a partire dalla condizione dei bambini/adolescenti migranti, ponendo inoltre in evidenza come l'interrogarsi sull'origine della migrazione, sulle sue cause e sui processi che l'hanno reso necessario è un compito fondamentale della psicoterapia con pazienti migranti.

Sogno; Matrice familiare; Identità

Commentary on the paper: "Virtual group field: The history of migration in the reconnected tissue dream meaning" (by G. D'Onofrio)

The contribution focuses on the psychic transmission between generations starting from the condition of the child/adolescent migrant, also putting in evidence that the elaboration of the origin of migration, its causes and processes is a fundamental task in psychotherapy with migrant patients.

Dream; Family matrix; Identity

L'interessante lavoro di D'Onofrio permette alcune riflessioni di clinica transculturale che consentono di comprendere come si realizza la trasmissione psichica tra le generazioni a partire dalla condizione dei bambini/adolescenti migranti. Come si può intuire dal resoconto, il dispositivo approntato per il caso è molto complesso e rischioso e può dare luogo a critiche puriste. Il terapeuta, sembra in setting individuali, ha già in terapia le altre due sorelle e da una di esse viene a sapere delle condizioni di Janet. Tuttavia sembra che la possibilità di transitare da un campo mentale a un altro, tenendo conto della complessità culturale del gruppo familiare, di avere in cura diversi membri della stessa famiglia, espone al rischio di funzionare come guardiano del segreto. Vi è anche la possibilità di fungere da fluidificante dello stesso, da elemento di svelamento e contenimento

della sofferenza legata a esso. La supervisione del caso proposto sembra ne abbia evitato i pericoli maggiori e ha permesso una terapia *à plusierurs* senza difficoltà insormontabili. In ogni caso si tratta di un dispositivo non consigliabile senza adeguate protezioni.

Sembra intanto evidente che il disagio psichico, poi evoluto in disturbo, abbia avuto un esordio precoce nella vita di Janet. Sicuramente fin dalla scuola elementare, ma possiamo anche ritenere che dalla più tenera età vi siano stati problemi non evidenziati nel resoconto clinico. Non possiamo neanche fermarci alla prima infanzia. Occorre andare storicamente ancora più indietro: propongo come elemento importante per la lettura clinica del caso di considerare la relazione tra la mamma di Janet e la nonna come snodo critico del disturbo e, più in generale, delle sofferenze dell'intero gruppo familiare.

Rilevo alcuni elementi poco chiari (almeno per me) della storia di Janet.

1. La mamma di Janet, Brigitte, ha un ruolo fondamentale nella vita della bimba e nel processo di separazione, suo e della figlia, dagli incorporati culturali originari. Ci sembra sia stato impossibile per lei pensare non solo i temi culturali originari, ma anche la rottura affettiva con la madre e con la terra d'origine. La signora, ancora oggi, parla un italiano stentoreo, segno probabilmente di una difficoltà d'integrazione e di affiliazione alla realtà che la accoglie. Spesso le donne sono detentrici delle relazioni più profonde, incarnano e rappresentano il legame e si occupano di mantenerlo e trasmetterlo. Se tale legame, ripeto, originario e costitutivo non può essere rielaborato, a causa di rotture traumatiche, allora è possibile la trasmissione del nodo irrisolto alle generazioni successive.
2. Infatti, Brigitte ha avuto e forse continua ad avere una difficoltà

di relazione e un patente conflitto con la madre. La motivazione addotta da quest'ultima sembra risiedere nel suo colore della pelle, più scuro di quello delle altre le sue sorelle. Che cosa significa tutto ciò è poco esplicitato nel resoconto e consente solo di formulare alcune ipotesi eventualmente da verificare. La pelle più scura: frutto di una relazione extraconiugale e quindi della colpa? Un modo di porre l'accento su una gravidanza indesiderata e su una relazione rifiutata? Non sappiamo cosa sia realmente accaduto e tuttavia proprio in questo snodo potremmo ricercare alcuni aspetti della trasmissione intergenerazionale cui partecipa, più o meno inconsciamente, l'intero gruppo familiare. Vorrei rilevare che non si tratta solo del rapporto tra Brigitte e la madre, ma delle relazioni che intercorrono con l'intero gruppo familiare. Nessuno, infatti, è venuto in soccorso a Brigitte, nessuno ha saputo trattenerla, forse perché nessuno poteva intervenire senza attentare alla coesione gruppale. Era preferibile il sacrificio di un elemento della famiglia, Brigitte appunto, l'espulsione della colpa in nome della conservazione e del mantenimento della coesione gruppale?

3. Questi aspetti scarsamente esplorabili (gravidanza, prime relazioni madre/bambino, bambino immaginario/fantasmatico) sono con ogni probabilità, all'origine della partenza di Brigitte e della sua difficoltà di **filiazione** al gruppo familiare e di **affiliazione** al gruppo di accoglienza. Alcune domande: sappiamo che le madri europee/occidentali basano molto delle relazioni iniziali con il bambino sullo sguardo. E' attraverso lo sguardo intenso e comunicativo che avvengono le prime e più profonde interazioni (tutte le rappresentazioni della Vergine e del Bambino nella iconografia religiosa pongono l'accento

quest'aspetto). Le madri africane non utilizzano lo sguardo nelle proprie interazioni primarie, ma il corpo. Le prime interazioni avvengono attraverso il toccare il bimbo, cullarlo, massaggiarlo, l'averlo sempre fasciato intorno al corpo. Non vi è un modo buono o cattivo, ma un diverso modo di essere buone madri. Nella relazione tra Brigitte e le figlie, qual è stato il canale d'interazione?

4. Il problema della filiazione richiama l'iscrizione a un ordine familiare necessario, far parte del gruppo familiare significa avere un posto definito in un ordine plausibile e condiviso. Se tutto ciò avviene in modo sufficientemente accurato è più semplice l'affiliazione a un altro gruppo. E' proprio questo lo snodo cruciale in cui va anche collocata la funzione del terapeuta e del dispositivo clinico istituito, ma di questo parliamo più avanti.

Possiamo allora ipotizzare almeno questi passaggi nell'eziologia del disturbo.

La nonna di Janet, come già detto, ha avuto un'evidente difficoltà nel concepire la relazione con Brigitte e nel determinare la necessità d'intraprendere un viaggio che la porterà in Italia. Vi è stato e qual è stato il suo progetto migratorio? In che misura a questo progetto hanno contribuito tutti gli altri membri della famiglia? E' stata una fuga volontaria? Un allontanamento che il gruppo familiare ha generato e messo in atto più o meno consapevolmente? In genere nelle società tradizionali colui che parte deve realizzare un progetto concepito dall'intero gruppo familiare e funzionale ai suoi bisogni. La rottura tra Brigitte e la madre lascia pensare che questo non sia potuto accadere. Interrogarsi sull'origine della migrazione, sulle sue cause e sui processi che l'hanno reso necessario sarebbe un compito fondamentale e, per quel che è dato sapere, poco chiaro o poco

elaborato. Si potrebbe anche ipotizzare qualche tipo di sortilegio, attuato dalla madre di Brigitte che la richiami sempre alla sua filiazione problematica?

La nostalgia intensa che Brigitte riversa copiosamente sulle figlie potrebbe essere proprio la testimonianza di un legame di richiamo? Se così fosse, nonostante gli anni trascorsi in Italia, un matrimonio con un uomo italiano, la formazione di una famiglia e una vita relativamente tranquilla, tutto ciò non risolverebbe la conflittualità nata nel legame precedente e questa sarebbe trasmessa ai figli.

Non sappiamo nulla di quanto accaduto tra Brigitte e sua madre. Eppure sembra proprio che in questa storia poco definita si possa ritrovare il filo originario che annoda tutte le vicende psicopatologiche della famiglia, di Brigitte e dei suoi figli, fino a Janet.

Tutto ciò richiama immediatamente la "presenza" della nonna lontana e occultata ma sempre sovrastante e forse resa visibile nel mare ora scuro, ora cristallino dei sogni. Nei sogni di Janet il mare sembra essere l'icona fondamentale di un difficile transito tra filiazione al gruppo familiare e affiliazione al nuovo mondo. Il mare oscuro e minaccioso, foriero di pericoli sempre in agguato e che si materializzano in elementi terrifici: squali, tempeste, pericoli di annegamento. Anche il mare, bellissimo e cristallino, della "sua" isola appare sempre infido, luogo da bonificare, anche quando si mostra in tutta la sua bellezza. Tuttavia la madre non sembra essere la possibile artefice di tale opera. Brigitte si sottrae ai suoi compiti di rêverie e ai suoi doveri elaborativi e sembra non poter fare altrimenti. Vi sono sullo sfondo, altri mediatori familiari. Il gruppo familiare, quello ristretto, ma anche quello allargato che abita nell'isola sembra potersi occupare di passaggi impervi è sempre difficoltosi. L'elemento problematico sembra essersi insediata nella frattura mai sanata e mai presa nella dovuta considerazione tra i due mondi, nel solco che li

separa e che non può essere attraversato. Sembra sia stato accettato un destino immutabile e ritenuto tale, non problematizzato, in cui le domande, le richieste di trasformazione non possono essere formulate e, quindi non possono trovare risoluzione.

E tuttavia nel sogno del baule, della sfera luminosa e della luna accecante è possibile ritrovare elementi di una trasformazione. Luce che si fa, ma anche che può generare accecamento. Al tempo stesso luce che è tenuta segreta e nascosta (il baule) sotto sorveglianza dei genitori. Appare proprio come un segreto di famiglia che non può essere svelato, i cui guardiani sono i genitori e il baule deve essere custodito nella stanza da letto, nel luogo delle origini. Eppure Janet può gestire tale fascio luminoso e perfino proteggere le sorelle dall'accecamento. C'è molta distanza dal 1° sogno quando Janet, presa dal gioco alla Playstation, rimane intrappolata e non riesce più a venirne fuori; anzi non ha più i comandi in mano ma ricopre il ruolo di uno dei personaggi. E' da osservare, che in questo caso si tratta di un gioco di zombi, di morti che ritornano! Di quali morti si tratta è forse rintracciabile proprio nella storia di Brigitte e della mamma, in quel nocciolo oscuro che ha determinato la fuga (?), la migrazione e le vicende successive. Forse gli zombi sono le presenze degli antenati e degli invisibili in cui si resta intrappolati senza possibilità di distanziamento.

Ritorno adesso al tema del procedimento terapeutico che in situazioni di clinica delle migrazioni riveste un'importanza fondamentale. Ho fatto riferimento al problema della filiazione e dell'affiliazione, che ricordo riguarda il problema dell'iscrizione nelle generazioni e quello successivo relativo all'iscrizione nei gruppi dove adesso vive Janet. Per quanto riguarda il problema dell'affiliazione è evidente che Janet non ha la possibilità di vivere compiutamente le sue relazioni attuali con i gruppi scolastici o di amici del suo presente. già fin dalla scuola

elementare è difficile ogni inserimento nel gruppo dei pari e sembra che anche gli insegnanti non riescano a fare molto per aiutare la piccola, anzi non trovano altra soluzione che il ricorso alle strutture sanitarie. Il richiudersi di Janet in un mondo domestico con le sue escursioni solo nel virtuale sembra essere l'unica strada percorribile e così, infatti, procede.

I due mondi che interagiscono e confliggono in Janet quello della madre, le Mauritius con le storie e le vicende di Brigitte e quello occidentale in cui è nata, non trovano dialogo e conciliazione. Tutti i figli dei migranti devono fare i conti con questi due mondi. E' necessario che i mondi che hanno modellato Janet siano messi in relazione tra loro. Ma questo non è potuto accadere. Le fratture tra Brigitte e la madre sono avvolte in un segreto non elaborabile. Come sostiene S. Tisseron (*"Secrets de famille mode d'emploi"*, Ramsay, Paris, 1996) "il segreto cessa di essere un fatto normale e diventa un fatto patologico nel momento in cui cessiamo di essere i suoi "guardiani" per diventare suoi "prigionieri". Nei sogni di Janet è presente sempre il conflitto tra i due mondi rispetto ai quali non può ben destreggiarsi: ha paura, oscilla tra il gettarsi nelle acque cristalline e il cercare appigli sicuri. Le acque sono sempre infestate di animali mostruosi. Dove può risiedere Janet se non nel transito continuo tra i due mondi? La terapia non può che aiutarla in questi passaggi. Ma perché questo sia possibile occorrono connessioni che devono risiedere anche nella mente del terapeuta. E' possibile stabilire dei ponti e delle connessioni tra le storie dei personaggi della vicenda? Più in particolare è possibile "convocare" la nonna, ossia renderla soggetto attivo e non occultato delle relazioni familiari? E con essa o tramite essa tutto il gruppo familiare originario? Si tratterebbe di storicizzare una figura, fin qui mitica e potente, che tanta influenza ha avuto sulle vicende reali della famiglia di Brigitte e

che pure rimane priva di consistenza. Come riannodare il filo interrotto tra i due mondi? Il tentativo frustrato del viaggio alle Mauritius potrebbe essere riproposto e aggiornato anche mediante un qualsiasi collegamento *reale* con il territorio lontano. Come questo possa essere realizzato non sono in grado di dirlo e però appare come il passaggio essenziale per la risoluzione del conflitto.

Decostruzione nosografica in un campo gruppale: Peculiare rammendo di una vita nella tessitura dei sogni

Gerardo Di Carlo, Lorenzo Mosca

Il contributo, commentando criticamente i limiti della nosografia psichiatrica, propone un approccio che vada oltre la classificazione diagnostica, evidenziando inoltre la funzione terapeutica della narrazione onirica del curante nell'attribuzione di senso alla storia di vita del paziente.

Sogno; Limiti della nosografia; Narrazione

Nosographic deconstruction in a group field: Peculiar mending of a life in the weaving of dreams.

The contribution, commenting critically the limits of psychiatric nosology, proposes an approach that goes beyond the diagnostic classification, also highlighting the therapeutic function of the psychotherapist's dream narrative in the attribution of meaning to the history of the patient's life.

Dream; Limits of nosology; Narration

1. La diagnosi di Rita

La documentazione sulla storia clinica di Rita inizia dal primo ricovero a Roma a fine dicembre 1992; dalla paziente ci sono state riferite notizie poco circostanziate rispetto ai precedenti contatti con i servizi di igiene mentale.

Dalle cartelle di ricovero si può osservare un'estrema volatilità dei quadri clinici, che variano sia tra i differenti servizi, sia all'interno dello stesso ricovero. Ripetutamente emerge la sensazione degli operatori sanitari di essere di fronte ad una donna che *finge*, che ha un'attitudine *manipolativa* e la cui sintomatologia varia secondo i sintomi che le vengono suggeriti. A queste intuizioni non fa seguito, però, un approfondimento che chiarisca la reale situazione di vita della paziente.

L'evoluzione delle diagnosi mostra una progressione da forme psicopatologiche più lievi (stato ansioso in disturbo della personalità) a quadri di psicosi grave, nonostante le sintomatologie descritte non segnalino un peggioramento così evidente nel tempo. Nel 2005 è stata effettuata una valutazione psicodiagnostica strutturata con test proiettivi, che conferma l'estrema gravità del disturbo di Rita: *"le risultanze psicodiagnostiche evidenziano una condizione di ritardo mentale lieve (Q.I.= 68) nell'ambito di una strutturazione psicotica della personalità con caratteristiche di schizofrenia paranoide"*.

I primi 15 anni di trattamenti psichiatrici, compreso il primo anno e mezzo di terapia con noi, sono fermi a questa rappresentazione. Di seguito esporremo la storia di vita di Rita così come lei stessa l'ha raccontata quando abbiamo cominciato a chiedergliela!

2. La storia di Rita

Rita nasce quarantuno anni fa a F., in provincia di Brindisi, primogenita di due fratelli (G e T) e due sorelle (A e An). Il padre è descritto come severissimo, manesco e intransigente, unica autorità in famiglia a cui nessuno, neanche la madre, poteva opporsi. Sembrano tutti costretti a subire il suo controllo e le sue angherie. All'età di 21 anni Rita, insieme alla sorella A, che ne ha 19, invece di recarsi dal dentista in un paese vicino, prendono il treno per Bari: una piccola fuga, di cui diverse volte avevano parlato e che dovrebbe concludersi il giorno stesso. Giunte a Bari e spinte dalla paura di una violenta reazione paterna, prendono il primo treno in partenza dalla stazione: è il diretto per Roma. Alla stazione Termini mentre Rita telefona ad una vicina di casa, perché faccia da tramite col padre, A. viene avvicinata da due immigrati tunisini che subito presenta alla

sorella; i due le invitano a seguirli e offrono loro il pranzo. Nei mesi che seguono le due sorelle rimangono a Roma, ciascuna convivendo con uno dei due tunisini; Rita comincia una relazione durata tre anni con M. (*"era violento ma gli volevo bene"*), con cui gestisce una birreria che diventa la loro fonte di reddito. Il compagno verrà in seguito arrestato per spaccio e rimpatriato e Rita, ripensando a quel momento in cui la sua vita è stata travolta dagli eventi, ci dice con le lacrime agli occhi: *"da allora non ci ho capito più niente"*.

Sola a Roma comincia a non dormire, a perdere i capelli e a credere di avere un brutto male che la fa deperire. Per questo vende la birreria e salva i suoi risparmi in banca. Si rivolge a numerosi medici sperando di essere aiutata a star meglio; si reca addirittura in Francia per un ricovero, ma torna quasi subito in Italia ed è in stato confusionale in treno quando viene ricoverata in regime di T.S.O. a Lecco. Da quel momento è un susseguirsi di ricoveri anche molto ravvicinati, volontari e non, che non alleviano le sue sofferenze, e di un tentativo di suicidio per defenestrazione in ospedale, finché non viene stabilmente seguita in un C.I.M. Segue diverse attività riabilitative, frequenta corsi di informatica, per cuoco e per parrucchiera, ma non riprenderà più a lavorare dopo la vendita della birreria. Riprende i contatti con i genitori, i quali a più riprese vengono a Roma a trovarla e alloggiano presso la sua nuova casa. Nel frattempo ottiene la pensione di invalidità grazie alla diagnosi di schizofrenia paranoide, fattale dalla curante al C.I.M.; in tempi recentissimi, a seguito dell'interessamento del padre, risulterà idonea anche per l'assegno per l'accompagnamento. Rita si rivolge al Day Hospital di Psichiatria del Policlinico Gemelli, dove la incontriamo per la prima volta, per rinnovare la certificazione dell'invalidità. Inizia un viaggio, un'esperienza terapeutica e umana che dura tuttora.

3. La decostruzione della diagnosi

Quando abbiamo visto per la prima volta Rita alcuni fattori hanno influito su quest'incontro. Il primo è stato l'inesperienza: quello che abbiamo fatto è stato prendere alla lettera le parole che ci venivano riferite e più non dimandare, in linea con quella psichiatria clinica che si contenta di fare domande standard, riempire questionari, tirare somme e così fare diagnosi. Il secondo fattore, figlio del primo, è stato affidarci alla mentalità che spesso viene insegnata agli specializzandi di Psichiatria, anche se il più delle volte si tratta di un sapere non esplicito e cioè che *le malattie mentali sono cose che le persone hanno*, come l'herpes o, con più finezza, sindromi ad eziologia *ancora* sconosciuta, ma ben delimitabili e diagnosticabili. Le conseguenze di un tale approccio sono molte, spesso semplificanti, talvolta nefaste: una cosificazione dell'essere umano, una sua riduzione a mero oggetto di studio e di manipolazioni. Il più delle volte le persone diventano le proprie diagnosi (il tale è schizofrenico, il talaltro è borderline etc.) e così sono le malattie mentali che possiedono le persone. Un paziente siffatto è un paziente sottratto al flusso del tempo e al succedersi di eventi nuovi; l'impossibilità di vederlo al di fuori degli schemi autoavverantisi delle diagnosi non consente di immaginare cambiamenti stravolgenti e men che meno remissioni (il discorso è tanto più valido quanto più la diagnosi si fa grave).

Inizialmente abbiamo trascritto in cartella i numerosi sintomi che lei ci riferiva, scritto poche righe sulla storia di vita ed impostato una pesante terapia farmacologica, con visite di controllo a cadenza all'incirca mensile. Durante queste visite Rita ci appariva ogni volta sempre uguale, ci raccontava sempre gli stessi sintomi, sempre gli stessi eventi. Ciononostante si è stabilita con l'andare del tempo

un'alleanza fatta di simpatia e sincera dedizione ai nostri incontri, da ambo le parti; siamo convinti che questo periodo sia stato propedeutico allo stabilirsi della fiducia da parte di Rita e abbia permesso gli sviluppi successivi, quando la nostra relazione avrebbe cambiato marcia. In tal modo siamo andati avanti per circa un anno e mezzo, finché si è posta la scelta tra il continuare a seguirla oppure inviarla nuovamente ai Servizi di riferimento. La prima opzione significava dare spazio ai dubbi che sempre più spesso si insinuavano in noi circa la reale condizione psicopatologica di Rita. Cresceva la nostra pratica, la nostra esperienza e aumentava la nostra capacità di osservare meglio senza apporre subito etichette. Il passaggio che ci apprestavamo a compiere è iniziato con un transito vero e proprio (da un ambulatorio ospedaliero ad una stanza del Servizio di Psicoterapia) e con l'infittimento degli incontri, fino a stabilire una cadenza settimanale. Cominciare se così si può dire, vista la lunga gestazione, una psicoterapia con una persona con una diagnosi senza scampo, senza storia passata, e senza futuro, destinata all'*eterno ritorno dell'uguale*, è de facto, implicitamente, una decostruzione. Primo obiettivo emerso in supervisione è stato ricostruire una storia credibile di questa donna, che ne raccontava una versione striminzita e poco attendibile nella sua linearità priva di tragico, una storia in cui la famiglia era scomparsa senza lasciare tracce. Facendo finalmente domande accurate e con un lavoro che ancora va avanti, la storia di Rita ha preso forma, gli eventi si sono concatenati, stupendo noi stessi ma anche lei ("*queste cose non le ricordavo proprio*"; "*prima di voi non me le ha chieste nessuno*").

Secondo obiettivo è stato quello di utilizzare le scenografie oniriche per accedere proprio alle fattualità perdute in Rita. Desideriamo sottolineare un uso peculiare dei sogni: la scena onirica non è utilizzata come rimando all'intrapsichico, ma agli eventi concreti e

sconnessi della vita di Rita. Se sogna un monopattino (v. sogno successivo) chiediamo se da bambina aveva un monopattino, chi glielo aveva regalato, dove lo usava, e così via. Entrambi questi obiettivi trovano una rappresentazione nel primo sogno del dr. Di Carlo, che dà avvio ad un'intensa comunicazione, mediata dai sogni, all'interno del gruppo terapeutico.

4. Sogno del dr. Di Carlo di fine gennaio 2008

Io e il dr. Mosca, partiti da Roma in tandem, eravamo in Puglia. In una città che sembrava Brindisi prendevamo una strada statale che supponevo portasse a Taranto, ma che era sbagliata. Chiedevamo informazioni ad un gruppo di persone sul ciglio della strada che non ci aiutava granché e che ad un certo punto mi sembravano minacciosi. Lì vicino c'era una casa di campagna piena di gente dove riparavo il tandem. Ripartivamo e il tandem si scompondeva in due parti, poi riagganciate. Ritornati in città ci fermavamo in un centro commerciale a chiedere informazioni sulla strada: gli impiegati ci stampavano una cartina simile alla ricevuta di un ticket sanitario. Ritornare al punto di partenza e ripercorrere il viaggio, approfondendo il contesto e le motivazioni alla sua origine, segna l'avvio del nuovo percorso. La condivisione di questo sogno in seduta ci consente sia di comunicarle il nostro intento, sia di aprire le porte alla dimensione onirica.

28/2/2008. *Ero in casa con A. e un suo amico quando d'improvviso mi ritrovavo su un lago simile al Tevere a fare sci nautico su un monopattino (sic) con al mio fianco sempre A. Ci trainava una fune ed andavamo velocissimo (avevo paura). Arrivavamo infine alla riva e finiva il sogno.*

Elementi come il monopattino e la presenza di A. aprono alla dimensione del gioco e alla sua condivisione con persone giovani e rassicuranti. Le associazioni conducono al padre che la portava a pattinare. Le facciamo notare come, nonostante la paura della velocità, riesca a raggiungere la riva, cioè un luogo sicuro. Si mostra un'immagine di Rita diversa da quella che generalmente comunica: emergono competenze e legami con persone che esulano dall'immagine di maschio padrone che aveva sempre dominato le sue descrizioni.

13/3/2008. *C'è una festa di paese a Frosinone dove cucinano la pasta coi broccoli ma la fanno male; io lo faccio notare ai cuochi (non lavano la verdura).*

18/3/2008. *Stendo una pasta verde, strana, non so, forse fatta coi piselli. Due cinesi volevano rubarmela ma io avevo fame e non glielo permetto.*

Questi sogni conducono al confronto tra tradizioni differenti e alla difficoltà di ritrovare nel Lazio ciò che aveva in Puglia; personaggi estranei alla sua cultura, inoltre, assumono atteggiamenti persecutori. Le associazioni fanno emergere la centralità del cibo e della cucina nella sua famiglia, in cui il padre portava assai spesso verdure dal mercato e la madre le cucinava. Rita comincia a parlare spesso di cucina e gradualmente prende coscienza di condividere quest'aspetto con i suoi genitori. Inizia inoltre con una certa regolarità a portarci delle pietanze che ha preparato.

2/4/2008. *Ero a F., avevo fatto la spesa, due buste piene (c'era molto caffè), ma quando comincio a sistemarla nella dispensa mi accorgo che di caffè ce ne sono già due pacchi scaduti. Mia madre mi dice di non buttarlo e di prenderne un pacco. Avevo paura che mi facesse male perché scaduto, ma lei mi dice che il caffè, come l'olio, non scade.*

Appare in modo esplicito la rilevanza degli insegnamenti e delle usanze familiari, che non "scadono" nonostante distanza, tempo ed eventi di vita.

Chiedere a Rita di ricostruire dolorosi passaggi esistenziali non è stato semplicemente scrivere una più accurata anamnesi, ma portare con fatica alla luce pezzi seclusi di sé, un rammendo di pezzi gettati nella cesta dalla magliaia che, a furia di strapparne via, si era ritrovata con un singolo striminzito lembo in mano. Ricostruire una storia è quindi comprendere e dare senso a una concatenazione di eventi apparentemente frammentati. Via via che Rita ha iniziato a descrivere nuove scene, episodi e ricordi, sono progressivamente e di molto diminuite le lamentele sui sintomi. Non ci ha più parlato di voci, di malattie che la rodono da dentro (quando vi accenna riesce non solo a discuterne ma anche a riderne a volte): adesso ci stupisce parlando di Super-Io, oppure con una folgorante citazione di Jung sulle persone nevrotiche in cui si era riconosciuta! Anche la maniera in cui si presenta è cambiata, è diventata più curata, benché conservi la propria originalità. Un percorso ulteriore compiuto insieme è stato ed è di proporre a Rita continui rimandi alla vita che conduceva in Puglia, alle esperienze di quel periodo, alle figure della sua famiglia, eventi e persone che sembravano spariti in un troppo radicale tentativo di annullamento, che ovviamente si ritorceva contro di lei lasciandola senza origini, sola in una terra straniera e senza una terra in cui fosse possibile ritornare.

29/5/2008. *Ero davanti ad un bar sulla strada di casa mia a F. con mio fratello G. Dovevamo tornare a casa, ma lui prende una strada di campagna. Io inizialmente lo seguo, ma è buio, non so dove vada questa strada e avevo paura che mi potesse fare del male. Decido di tornare indietro sui miei passi. Poi però ci ripenso, mi dispiace lasciare solo mio fratello, non so che fine possa fare, allora torno*

indietro, ma non lo trovo più. A questo punto vado verso casa seguendo la strada normale, arrivo in una piazza dove si svolge una festa di paese, incontro papà convinta che mi avrebbe rimproverato, invece non lo fa, chiede solo dove sia mio fratello.

19/6/2008. *È un flash. Cercavo di parlare con mio padre, non c'era ansia, l'atmosfera era tranquilla. Cercavo di parlargli senza aggredirlo.*

In entrambi i sogni si rafforza l'immagine di un padre più accessibile e dialogante. Il primo sogno apre alla storia del fratello G., anch'egli andato via di casa, ma deceduto precocemente in un incidente d'auto. Un giorno Rita ci ha spiegato che è grazie allo spirito del fratello se si è salvata dal suicidio tentato poco dopo la sua morte: i loro destini erano differenti. La storia dei fratelli viene spesso usata per ribadire l'inevitabilità della sua fuga: Rita afferma che rimanere a casa l'avrebbe condotta al ricovero in una Comunità Terapeutica come i due fratelli rimasti in Puglia. La partenza, così repentina da F. con l'iniziale annullamento dei contatti con la famiglia, sembra essere stata un trasloco davvero radicale che Rita ha fatto portandosi dietro l'intero paese, come se sul treno che la portava a Roma ci fosse tutta la sua casa, quindi come se non ci fosse stato alcun viaggio (cfr. sogno seguente).

5. Sogno del dr. Di Carlo del 10/10/2008

Sono in un appartamento che divido con mia sorella che mi mostra la sua stanza arredata con gusto. Scendiamo al piano di sotto e ci troviamo nello scompartimento di un treno. Una figura, infagottata in un cappotto nero, sta cercando di entrare dalla porta a vetri. So che ci vuole fare del male e per questo spingo mia sorella su per la scala,

con l'intento di chiuderci a chiave nella stanza. L'uomo entra e dopo di lui altri tre figure, sempre coi cappotti. In stanza i nostri aggressori hanno predisposto di avvelenarci tramite gas che si sono liberati nell'aria. Vedo la schiena di mia sorella immobile davanti a me e non posso chiudere la porta perché immobilizzato: capisco che siamo morti. In quel momento entra uno degli uomini col cappotto.

Questo sogno ci permette di rafforzare il tema della migrazione incompiuta, un trasloco mai effettuato del tutto che la posiziona in un non luogo, in cui ha perso la sintonia con le sue origini e non l'ha ancora trovata con la sua destinazione. Un tale assetto (straniera in terra straniera) dà spazio a istanze persecutorie aspecifiche, che lei attribuisce indistintamente tanto alle poche persone con cui si relaziona quanto a tutti gli estranei, riducendo drasticamente la possibilità di accedere ad una qualunque forma di intimità e di reciprocità.

Non potevamo saperlo all'inizio, ma di grande aiuto si è rivelata la circostanza assolutamente fortuita di costituire un gruppo con più terapeuti che pazienti! La possibilità di diversificare gli interventi, gli approcci e di giocare sulle differenze di appartenenza geografica si sono rivelate una proficua risorsa. L'essere il dr. Di Carlo pugliese ha consentito a Rita il rispecchiamento in una figura familiare, domestica, riconoscibile ("lei lo sa com'è da noi" etc.). Più complicato è stato inquadrare il dr. Mosca, perché nato all'estero in un altrove non conosciuto e quindi "perturbante". Giocare sulle nostre appartenenze ci ha permesso di lavorare sul limite, sempre delicatissimo per lei, tra conosciuto e sconosciuto, tra amici e potenziali aggressori, tra lei e gli altri; l'inserimento di elementi nuovi, ma non temibili, le ha mostrato che la diversità le appare minacciosa finché è sconosciuta. La paranoia intesa come atteggiamento naturale e onnipresente di diffidenza dell'uomo nei

confronti del simile (*homo homini lupus*), del paesano nei confronti del forestiero (colui che viene da fuori dei confini): con questa facciamo i conti con Rita, straniera a Roma e sradicata dalla sua Puglia, fuggiasca ma sempre in treno, lontano da casa ma mai partita davvero. Le nostre sedute sono il porto franco degli scambi tra i luoghi, dei traffici di senso, il luogo in cui imparare che gli altri sono semplicemente diversi ma comprensibili, il luogo in cui si può addirittura ridere dei propri timori. Ridere è l'antidoto naturale alla paranoia, provoca il crollo ontologico della paranoia.

Abbiamo cercato di scavare, nello scrivere questa relazione, entro l'epistemologia degli errori diagnostici che con tanta frequenza vengono ripetuti nell'uso automatico di categorie psicologiche e psicopatologiche. Ci siamo chiesti cosa fosse successo a Rita nei momenti di crisi che l'hanno portata a quei frequenti ricoveri con costruzione progressiva di una cronicizzazione semantica. Una suggestiva lettura possibile è che si sia trattato di un particolare stato crepuscolare: sotto la spinta di un pericolo mortale, nel crepuscolo le percezioni e le rappresentazioni psichiche possono essere notevolmente deformate da affetti violenti, restringendo notevolmente il contatto con la realtà multiforme. Forse Rita, come Biancaneve, fuggendo si è trovata in un luogo pieno di figure minacciose; lei stessa ha spesso descritto la sua situazione di vita come un "*cartone animato*", aggiungendo "*mi sembra di essere vissuta finora come in un Sogno*". E i sogni hanno curato il Sogno rendendo la vita una ipseità storica, parola complessa che significa solo "la vita di una persona".

**Commento a "Decostruzione nosografica in un campo
gruppale: peculiare rammendo di una vita nella tessitura dei
sogni" di Gerardo di Carlo e Lorenzo Mosca**

Ugo Corino

L'autore enfatizza l'utilità della diagnosi dinamica, una descrizione che prefigurando come funziona "una mente" coinvolta in una certa patologia, orienta e aiuta lo psicoterapeuta nel prevedere una serie di passaggi comunicativi e relazionali nel rapporto con la paziente.

Sogno; Limiti della nosografia; Narrazione

Commentary on the paper: "Nosographic deconstruction in a group field: Peculiar mending of a life in the weaving of dreams" (by G. Di Carlo & L. Mosca)

The author emphasizes the usefulness of psycho-dynamic diagnosis, a description that foreshadowing how a "mind" involved in a given psychopathology works, orient and aid the psychotherapist in providing a series of steps in communication and interpersonal relationship with the patient.

Dream; Limits of nosology; Narration

Innanzitutto una relazione di pregio per diversi motivi: freschezza e franchezza nella presentazione del caso, coinvolgimento ed investimento etico-professionale forte (doppiamente meritevole in quanto egodistonico con l'ambiente formativo a cui i due autori sono iscritti – aspetto drammatico su cui ritornerò). Un atteggiamento di ricerca e disponibilità a sperimentare se stessi in modo nuovo all'interno di relazioni di cura difficili e su casi complessi, avventurarsi nel non noto, e al tempo stesso garantendosi un insieme di punti di riferimento sufficientemente solidi (essere in due; trovare un supervisore e un gruppo per confrontarsi).

Se questi sono alcuni dei meriti insiti nello scritto che ho potuto conoscere in anticipo altrettante sono le questioni che, a partire dal caso presentato, possiamo evidenziare per avviare un dibattito sulla

attualità della clinica *psi*.

Un primo nodo riguarda la formazione dei nuovi terapeuti della salute mentale, dove l'interesse per il paziente, la sua storia, il suo funzionamento intra ed intersichico, i suoi gruppi di riferimento se non assente è comunque in secondo (o terzo) piano rispetto ad una diagnosi classificatoria (una sorta di anatomia psichica o nel caso degli psicologi una anatomia psicoanalitica ma pur sempre anatomia) e la conseguente presa in carico farmacologica -nella migliore delle ipotesi- integrata con un "intrattenimento" riabilitativo.

Infatti Rita come soggetto (extra diagnostico), come persona portatrice di una storia e di un percorso di "cura" può delinarsi ed apparire solo dopo tanto tempo agli occhi ciechi (opacizzati dalla formazione psichiatrica?) dei due giovani specializzandi. *"I primi 15 anni di trattamenti psichiatrici, compreso il primo anno e mezzo di terapia con noi, sono fermi a questa rappresentazione di Rita"* ci dicono gli autori, assorbiti anch'essi da cartelle cliniche e da un'ampia varietà di diagnosi più o meno sofisticate.

Cartella clinica e diagnosi presentate e percepite dai nostri due formandi come indispensabili e fondamentali in realtà (un po' perversamente) utilizzate e proposte loro (nella cultura professionale attuale) come difesa evitante l'incontro tra soggettività e storie. Ecco come Di Carlo e Mosca si raccontano:

"Di seguito esporremo la storia di vita di Rita così come lei stessa ce l'ha raccontata quando abbiamo cominciato a chiedergliela!". Cosa mai sarà successo ai colleghi? Cosa avrà fatto Rita da rendersi meno opaca, oppure quale illuminazione sulla "via di Pontalti" da risvegliare un interesse, un desiderio esplorativo, un bisogno di conoscere di andar oltre un "ovvio" ed un "noto" sterili ma rassicuranti?

Quali decondizionamenti, quali autonomie, o affrancamenti saranno

mai scattati da rendere i nostri due autori da tranquilli e stanziali operatori del "catasto clinico", a intraprendenti esploratori di dinamiche relazionali-soggettuali?

Anche in questo caso possiamo fare alcune ipotesi grezze:

a) erano ciechi e standardizzati in quanto geneticamente poco dotati di acume psichico,

oppure

b) adattati, conformati alla cultura professionale proposta dalla "casta universitaria" (o già immersi nel futuro ruolo d'impiegati della nomenclatura psichiatrica più o meno anti o democratica?);
od ancora

c) Rita si rendeva inavvicinabile ed invisibile (magari per "testare" se loro si accorgevano di lei) proprio creando attorno a se la stessa nebbia in cui era sospesa?

Io propendo per la seconda (pur riconoscendo la terza come necessaria e altrettanto probabile): gli indicatori nel testo sembrano suggerire una simmetria tra l'abbandono di Rita da parte del suo contesto così come l'abbandono dei due giovani colleghi da parte dell'istituzione (finiscono coll'esser tutti e tre sospesi nel vuoto). Escludo la prima per le ovvie ed evidenti competenze sviluppate nel corso della relazione, circa la terza (cioè che Rita abbia avuto bisogno di un tempo per potersi far vedere ed accettare di essere vista) ritengo che seppur probabile non era ancora qualcosa di previsto e pensato nel campo professionale dei due terapeuti.

Mi spiego meglio e approfitto altresì per riprendere il tema della diagnosi. A cosa mi serve la diagnosi? Parlo qui di diagnosi dinamica, cioè di una descrizione che prefigurando come funziona "una mente" coinvolta in una certa patologia, ci orienti e ci aiuti a prevedere una serie di passaggi comunicativi e relazionali nel rapporto con la paziente.

L'altro punto, sempre in merito alla terza ipotesi è: quanto sono i pazienti ad investire su di noi o quanto è necessario che sia il terapeuta a desiderare di lavorare con quel paziente e quindi a fare una sorta di investimento anticipatorio?

Ma proviamo ancora una volta a lasciare la parola ai due autori:

"Incontrando Rita non abbiamo né contattato la precedente curante, né provato a chiamare parenti disponibili ad un colloquio, perché ne potessimo avere delucidazioni (naturalmente queste ipotesi concrete non sono venute in mente neanche al nostro referente). In pochi incontri abbiamo trascritto in cartella i numerosi sintomi che ella ci riferiva, abbiamo scritto poche righe sulla storia di vita ed impostato una pesante terapia farmacologica, effettuando visite di controllo con cadenza all'incirca mensile." (...) "Così siamo andati avanti per circa un anno e mezzo, finché si è posta la scelta tra il continuare a seguirla oppure inviarla nuovamente ai servizi di riferimento (perché paziente "poco remunerativa", così ci è stato detto). Decidere di continuare a seguirla era non solo una scommessa che ci sentivamo di fare (anche perché eravamo consci dell'importanza che avessero per Rita stessa i nostri incontri, importanza che ci comunicava non solo a parole) ma conteneva altresì i germi del dubbio che sempre più spesso si insinuava in noi, nelle nostre discussioni (cosa ha Rita? Ma è davvero schizofrenica? e così via)".

Ed ancora ecco che qualcosa si attiva o come diceva un bel film con J. Nicholson "Qualcosa è cambiato"

(...) "Gli effetti si sono visti anche nel luogo scelto per la continuazione della terapia, non più un ambulatorio ospedaliero ma una stanza del Servizio di Psicoterapia ed in questo passaggio c'è la cifra del transito che abbiamo operato, noi tre. Decidere inoltre di infittire la frequenza degli incontri (prima uno ogni tre settimane, poi su indicazione del supervisore ogni due e finalmente uno a settimana

su richiesta della stessa Rita) sono certamente altri indicatori del diverso modo di pensare a e con questa persona, un modo finalmente prospettico e potenzialmente evolutivo”.

Nell'avviarmi a concludere il commento al caso vorrei ancora evidenziare due aspetti: il primo inerente la terapia con due terapeuti, la seconda l'uso dei sogni in queste terapie. L'essere due (terapeuti) per un verso -anche in rapporto all'esperienza (o inesperienza)- permette di sentirsi meno insicuri, fragili ecc.; una sorta di appoggio reciproco sia durante la seduta sia nelle fasi di preparazione o di commento a valle dell'incontro.

Per un altro verso non escluderei, e forse dovremmo poter riflettere con maggiore attenzione, il fatto che per alcuni pazienti gravi la possibilità di avere più di un riferimento, anzi una coppia terapeutica (nel caso mono sessuale), può significare.

Ne cito rapidamente tre: non essere in balia di una sola persona (anche dal punto di vista fattuale), la possibilità di diffrazionare i transfert e quindi anche l'intensità dei legami, la possibilità di sperimentare le diversità (anche tra i terapeuti) senza troppe lacerazioni.

Circa i sogni non v'è dubbio che sono una via maestra per l'accesso ad alcune parti ignote della e per la paziente, ma in questo caso come giustamente ci segnalano gli autori

"Desideriamo sottolineare un uso peculiare dei sogni. La scena onirica non è utilizzata come rimando all'intrapsichico ma come rimando agli eventi concreti e sconnessi della vita di Rita. Se sogna un monopattino (v. sogno successivo) chiediamo se da bambina aveva un monopattino, chi lo ha regalato, dove lo usava, e così via”.

Con il paziente grave il problema è quello di collegare eventi emozioni anche recenti che egli tende attraverso l'uso di meccanismi difensivi arcaici ad annullare (diniego; scissione o più correttamente

l'esternalizzazione della vita psichica, ecc.).

Molto bello il fatto che i due terapeuti sognino e utilizzino i loro sogni (il primo che ci segnalano riguarda un viaggio in tandem in cui loro due vanno in Puglia regione della paziente) per avviare un rapporto di delicata curiosità o di desiderio conoscitivo e di vicinanza umana (se non sbaglio uno dei due colleghi è anch'egli pugliese).

Una possibile analogia (se non nel contenuto e nella forma, ma nella sostanza – cioè come comunicare con e attraverso quali canali) con il disegno speculare progressivo di cui parlano Benedetti e Peciccia; od ancora ai discorsi sulla "rêverie" a cominciare da Bion sino ad A. Ferro.

Potremmo forse vedere se qui si tratta di sogni speculari e progressivi, oppure del mettere il proprio apparato psichico (quello dei terapeuti) per "pensare i pensieri" per la paziente".

Certo in questo caso la paziente sembra avere ancora una buona serie di capacità residue, o esser meno grave dei casi riportati dagli altri autori.

Un ultimissimo aspetto che il testo non evidenzia, è il dosaggio o se vogliamo il rapporto tra la dimensione ricostruttiva della storia della paziente (attraverso i sogni) e la sua situazione attuale, la sua condizione di vita nel quotidiano.

Questo per distinguere o evitare il rischio di delirare in due (in questo caso in tre!) o più correttamente, rimanere in una sorta di bolla autistica in cui il paziente ci colloca nella relazione con lui, proprio per evitare di parlare della sua vita attuale, del quotidiano e delle emozioni ed affetti ad essi collegati.

Riferimento quest'ultimo ancora una volta al problema tecnico del trattamento del paziente grave in setting ambulatoriali.

SEZIONE ALLIEVI

Il gruppo di elaborazione tirocinio del Laboratorio di Gruppoanalisi: Da dispositivo didattico a comunità di apprendimento

*Manuela Materdomini, Antonio Dragonetto, Simona Ciccarelli,
Serena Canetri, Enkelejda Dervishi, Marzia Fabi, Grazia Serantoni,
Loris Verdirame*

In questo lavoro sono discussi i fattori trasformativi di un gruppo esperenziale di elaborazione del percorso di tirocinio. Si ritiene che l'evoluzione del gruppo e dei suoi partecipanti si inscrivano all'interno di una dimensione condivisa generatrice di un vero e proprio processo di apprendimento fondato sull'esperienza diretta, caratterizzata dalla condivisione cognitiva ed emotiva dei vissuti individuali, che diventano punti di riferimento interni a ciascuno dei membri.

Gruppo di apprendimento; Comunità di apprendimento; Funzione trasformativa

The elaboration group training of the Laboratorio di Gruppoanalisi: From teaching to learning community

This work deals with the transformative factors of a group experiential training. It is argued that the evolution of the group and its participants is inscribed within a shared dimension generating a real learning process based on direct experience, characterized by cognitive and emotional sharing of individual experiences, which become key points for each member.

Median Learning group; Learning community; Transformative function

1. Premessa

In questo lavoro verrà presentata la storia dell'evoluzione di un gruppo all'interno di una dimensione condivisa generatrice di un vero e proprio processo di apprendimento fondato sull'esperienza diretta, caratterizzata dalla condivisione cognitiva ed emotiva dei vissuti individuali, che diventano punti di riferimento interni a ciascuno dei membri.

Nel gruppo di elaborazione tirocinio, abbiamo lavorato in maniera continuativa e periodica in un contesto didattico che ha assunto i

caratteri di un dispositivo gruppale di formazione; questo ha permesso di creare, tra noi specializzandi, un "campo mentale psicologicamente orientato che è andato a costruire un assetto istituzionale interno ed esterno, cioè un intreccio-matrice portatore di determinate coordinate (comunità di apprendimento)" (D'Elia, 2009). In particolare, il gruppo di elaborazione tirocinio si è trasformato in comunità di apprendimento attraverso una riflessione, una verifica e una revisione costante del campo mentale condiviso e dei vissuti riportati; questo passaggio ha permesso di farci acquisire capacità di svolgere specifici compiti nelle attività lavorative di tirocinio, di riflettere su noi stessi e sul nostro operato, di correggere flessibilmente il nostro assetto professionale, di accrescere le capacità di gestione della complessità e del pensiero complesso, degli obiettivi produttivi e dell'efficacia organizzativa (Lo Verso, 2002; D'Elia, 2009).

Attraverso la condivisione delle singole realtà esperienziali inerenti alle attività di tirocinio e, più in generale, al contatto con contesti di cura istituzionali, si è dato vita a uno scambio in cui il passaggio dal livello pragmatico a quello teorico e dalla dimensione individuale a quella transpersonale è avvenuto in modo fluido. Proprio quest'oscillazione fluttuante del raccontato e del pensato ha rappresentato la base per la creazione dell'apprendimento stesso inteso come "... oltrepassamento dei saperi aldilà dei preconcetti che li hanno rinserrati, sconfinamenti che culminano nella creazione di nuove connessioni di senso di saperi già istituiti." (Coppola e Lo Verso, 2008, 24).

Il "microcosmo sociale" individuale è diventato un'importante risorsa da cui è stato possibile attingere al fine di potenziare la crescita individuale e collettiva di tutti i membri (Di Maria e Venza, 2002) di quel dispositivo didattico che progressivamente si è trasformato in

comunità di apprendimento. Quest'ultima, come suggerisce Dell'Aquila (2004), possiede un inestimabile valore intrinseco nel promuovere la nascita del sapere mediante "... formazioni sociali che si differenziano da quelle atomizzate [...] in quanto non si fondano su un flusso monodirezionale che da un centro (il docente) viene irradiato verso la periferia, ma sperimentano forme comunicative più paritarie, basate su processi interattivi tendenzialmente orizzontali. ...Questo tipo di comunità, definibili "comunità di pratiche", sono sottese da una concezione del sapere come risultato di un processo nel quale i soggetti mettono reciprocamente a disposizione le loro esperienze" (Dell'Aquila, 2004).

Nei paragrafi successivi si fornirà una descrizione ed un'analisi della storia del gruppo di elaborazione tirocinio e della risonanza che l'esperienza ha avuto in ognuno di noi.

2. La storia di un'esperienza

Il Gruppo di elaborazione tirocinio si è articolato in dieci incontri, di due ore ciascuno, distribuiti nell'arco dell'intero anno accademico 2007-2008. L'analisi dell'andamento del gruppo può essere effettuata tenendo conto di almeno due livelli: il primo riguarda i processi dinamici che si sono sviluppati all'interno del gruppo e che ne hanno caratterizzato le diverse fasi (costituzione, sviluppo, conclusione); il secondo, invece, il dispiegarsi delle esperienze di tirocinio dei singoli e delle loro competenze professionali maturate, e il passaggio da osservatore a tirocinante attivamente coinvolto nell'esperienza clinica.

2.1. La costituzione del gruppo

Il gruppo è stato costituito da individui che si conoscevano da poco, senza familiarità pregressa, e che non sapevano con chiarezza cosa aspettarsi dall'esperienza del gruppo elaborazione tirocinio. Ci si è avvicinati all'esperienza con curiosità e timore, con entusiasmo ma anche con un'incertezza rispetto al nostro agire professionale. Nei primi incontri ci si è trovati a rappresentarsi come *tirocinanti osservatori* nei diversi luoghi del tirocinio, e poi a raccontarsi con preoccupazione, perplessità, disorientamento, sensazione di trovarsi nel vuoto, crisi. Il vissuto prevalente è sembrato essere l'ansia, legata non solo all'entrare in contatto con strutture istituzionali ancora sconosciute, ma soprattutto all'intraprendere un percorso di definizione e consolidamento di un'identità professionale che, a posteriori, sembra essere originata da quel rapporto dialettico, sempre vivo nel gruppo, tra identità professionale individuale e identità sociale di ruolo e di "mestiere".

Soprattutto nella prima parte dell'anno, il racconto dell'esperienza ha rappresentato un motore ed una fonte di una profonda risonanza emotiva individuale che, nell'elaborazione del gruppo, è diventata in primo luogo risonanza sia pure implicita del gruppo stesso. Grazie alle restituzioni e agli stimoli del conduttore essa si è trasformata in una più complessa e approfondita elaborazione cognitiva. In particolare, si è assistito alla costituzione di un processo di apprendimento di tipo "radiale" e "circolare", fondato su una progressiva strutturazione "a stella" del processo di gruppo, sia pure con l'elemento strutturante centrale assunto dal ruolo del conduttore. Nel gruppo disposto come una stella "tutte le persone si collegano, non lungo una catena, ma con un punto centrale che funge da raccordo e da centro." (Neri, 1995, p. 38-39).

La strutturazione a stella valorizza il “confronto tra vertici differenti per raggiungere una conoscenza di ciò che per una persona è troppo arduo pensare. Per una sola persona, infatti, può essere difficile suddividersi in tanti punti di vista diversi, mentre se ogni punto di vista è rappresentato da un membro del gruppo, ognuno può fruire contemporaneamente anche degli altri punti di vista.” (Neri, 1995, p. 39-40).

La non saturazione dei discorsi affrontati, ma soprattutto il concludere gli incontri con interrogativi aperti hanno consentito l’apertura di spazi nuovi e inaspettati di riflessione nei quali sono potuti germogliare interrogativi, riflessioni, pensieri nuovi su questioni più trasversali. In effetti, si può dire che il gruppo abbia lavorato su più livelli: 1) analisi delle esperienze individuali; 2) riflessione sul ruolo del tirocinante, sull’istituzione che lo ospita, sull’osservazione come strumento elettivo a sua disposizione; 3) elaborazione del risvolto emozionale relativo alle esperienze di tirocinio; 4) costituzione di legami tra i membri del gruppo.

2.2. La fase di sviluppo

Questa fase della vita del gruppo si è aperta con uno sguardo riflessivo sul procedere del tirocinio, meno caratterizzato da ansia e frustrazione e con una diversa consapevolezza del proprio ruolo clinico. Da *tirocinante osservatore* il punto di osservazione è evoluto verso quello di *tirocinante attivo*: si inizia ad entrare in profondità nelle esperienze, nel caso clinico, nella difficoltà e nell’importanza della diagnosi nel lavoro clinico.

La storia di uno di noi è paradigmatica di questa fase. In una struttura universitaria pubblica, particolarmente ricercata per le

psicodiagnosi in situazioni peritali, con implicazioni legali, giuridiche e previdenziali, la prima -breve- fase del tirocinio si è caratterizzata per una sorta di passiva osservazione delle procedure e dei protocolli in essere nella struttura (colloquio, test strutturati e proiettivi, relazione finale e referto), attraverso l'osservazione di colloqui e somministrazioni di test da parte del tutor o di specializzandi più avanzati e attraverso lo studio di cartelle cliniche già archiviate. Rapidamente però tale posizione di *tirocinante osservatore* è evoluta in quella di *tirocinante attivo*, con la progressiva assunzione di responsabilità professionali di tutte le fasi del processo verso il paziente richiedente la psicodiagnosi, sotto la supervisione costante del tutor. La distintività di tale passaggio non è stata tanto quella di trasformare l'attività del tirocinante in attività sostitutiva della struttura, quanto il confronto tra tirocinante e tutor. Esso si è fondato su un'esperienza clinica diretta che ha permesso di sperimentare un ruolo attivo, in cui più che il *fare* (dimensione costitutiva attraverso la gestione attiva del paziente) è stato fondamentale il *riflettere* sui casi sotto la supervisione del tutor, attraverso l'individuazione di spazi e momenti dedicati. Tale modalità ha lasciato di volta in volta molte questioni aperte, dal punto di vista teorico e metodologico, che hanno poi trovato nel dispositivo didattico del gruppo elaborazione tirocinio un luogo di condivisione, analisi e approfondimento. Le situazioni di diagnosi a fini peritali infatti ha di volta in volta evidenziato i legami tra dimensioni professionali caratteristiche (il linguaggio e i costrutti della psicologia) e le situazioni di vita dei soggetti (pensioni, risarcimenti, perizie, affidi, pensioni di invalidità, etc.) mettendo il gruppo in condizione di elaborare un pensiero sui diversi problemi discussi, in termini di responsabilità, di approccio terapeutico, di presa in carico della problematica di cui il paziente è portatore. Il gruppo di elaborazione tirocinio si è andato così configurando come

palestra ove sperimentarsi nelle proprie insicurezze e contemporaneamente creare le condizioni per dare un senso all'esperienza formativa nella sua interezza. Esso ha rappresentato quel luogo psichico all'interno del quale i membri hanno potuto dare forma ad un processo mentale creativo, che ha consentito di sviluppare un'autonomia riflessiva personale e di cogliere l'opportunità di dare un nuovo e originale senso alla propria esperienza di allievo di una scuola di specializzazione in psicoterapia. In un altro caso, ad esempio, il gruppo ha potuto usufruire dell'esperienza di uno dei membri, che si è trovato a ricontrattare il suo ruolo, da operatrice di comunità a tirocinante, nello stesso tipo di struttura, ma in due realtà diverse. La scelta di effettuare il training nello stesso tipo di struttura è stata fatta proprio per avere l'opportunità di esplorare nuovi modi di pensare il lavoro. Il primo impatto è stato abbastanza destabilizzante, perché quello che veniva chiesto alla collega era di restare soltanto ad osservare. Accettare di essere un semplice spettatore non solo contrastava con la funzione ricoperta nella comunità in cui lavorava, ma faceva sentire la collega in uno stato di indefinitezza. Gli ospiti della strutture, invece, sembravano avere un'idea molto più chiara del suo stare tra loro, anche se questo contribuiva ad aumentare il suo senso di smarrimento. L'impegno messo per svincolarsi dalla tentazione di "agire" è stato però ripagato, sia attraverso l'emergere di un'immagine accurata del luogo e delle dinamiche in esso contenute, sia grazie all'instaurarsi di un rapporto di fiducia con gli operatori della comunità, che ha consentito alla collega di riconoscere il proprio ruolo all'interno di questa esperienza. Dopo questa fase di inserimento, per la collega è stato possibile partecipare alle riunioni di équipe, che si svolgevano settimanalmente: questa è stata anche l'occasione per comprendere meglio come si possa declinare in

maniera differente e più produttiva il ruolo di psicologo all'interno di una comunità terapeutica.

A partire da questo momento, è diventato, quindi, un passo quasi naturale approfondire l'analisi dei vissuti rispetto al tema dell'identità professionale, come identità personale e sociale.

Inoltre, diversamente dalla fase iniziale in cui non era chiaro fino in fondo il senso dello stare insieme e il significato preciso del tirocinio, nella fase centrale della vita del gruppo si sono definiti in maniera chiara obiettivi e richieste. Questo chiarimento ha permesso a tutti di svolgere in maniera più consapevole la propria attività nell'istituzione ospitante e di superare quelle resistenze paralizzanti che impedivano ad alcuni di intraprendere l'attività.

La variabile tempo ha facilitato l'emergere di uno scambio più ricco e di un ascolto attivo da parte dei partecipanti. Il gruppo di elaborazione tirocinio è diventato, pertanto, luogo di integrazione e di elaborazione soggettiva e gruppale di un sapere nello stesso tempo individuale e socializzato. L'esperienza individuale di uno è diventata esperienza di un gruppo più allargato, i cui componenti partecipano sia pure "in assenza" fisica dell'esperienza, traendone gli apprendimenti generalizzabili.

2.3. La conclusione dell'esperienza

La fase di conclusione si è caratterizzata per l'assunzione di una più solida certezza di poter essere un *tirocinante attivo*, proiettato all'acquisizione di nuove professionalità criticamente costruite. Il gruppo è diventato lo spazio che ci permette di "fermarci e di elaborare" le esperienze vissute nei diversi contesti organizzativo-lavorativi e di conoscere nuove realtà.

Proprio a quest'ultimo aspetto si lega il racconto dell'esperienza di uno dei membri del gruppo che ha svolto il tirocinio presso un Centro Prevenzione Tumori e una Clinica di oncologia pediatrica: nel gruppo, inizialmente, sono stati portati i dubbi, le ansie e le perplessità di chi non si è occupato di pazienti psichiatrici, ma di persone che richiedono un intervento psicoterapeutico a breve termine in seguito a un evento traumatico come una diagnosi di tumore propria o di un loro caro, oppure che hanno bisogno di sostegno psicologico nei momenti terminali di vita. Le caratteristiche di un'utenza così particolare – nella quale si osservano soprattutto problemi di depressione reattiva, di difficoltà familiari e/o legate alla propriocezione e di disturbi legati alla sfera della gestione dell'ansia –, la necessità di lavorare in équipe con professionisti (medici chirurghi, oncologi, infermieri specializzati, etc.) che non hanno un background professionale vicino alle discipline psicologiche e la richiesta continua di gestione delle dolorose complessità causate dalla malattia oncologica hanno provocato, in chi raccontava, sentimenti di insicurezza riguardo alla parzialità ed eccessiva specificità del suo training. Nel gruppo che ascoltava, invece, questo vissuto è stato accolto e riletto secondo una modalità di valorizzazione di questa esperienza particolare: è stato ricordato innanzitutto che la Gruppoanalisi si è sperimentata, nei suoi inizi, proprio con patologie reattive e in setting particolari.

Infine, questo racconto ha permesso agli altri membri del gruppo di venire a contatto con altre realtà e altri tipi di *domanda di psicologia*, elicitando anche il desiderio di sperimentarsi in futuro in contesti diversi (come quelli dell'assistenza domiciliare ai malati cronici, del sostegno al lutto, delle terapie distrazionali nei reparti ospedalieri, etc.) da quelli legati specificatamente alla cura e alla riabilitazione psichiatrica.

Si è giunti alla conclusione dell'esperienza con la consapevolezza di quale fosse il vero senso di un "gruppo di formazione in assetto dinamico": costruire un mondo interno a ciascuno con la stessa matrice costruttiva dinamica del mondo esterno così come lo percepiamo; avviare un confronto dinamico con le idee degli altri; fruire dell'opportunità di sperimentazione e costruzione di un pensiero nuovo mediante un brainstorming sempre più ricco e creativo.

La conclusione di questa esperienza ed il periodo di sospensione tra la fine del primo anno e l'inizio del secondo hanno favorito la sedimentazione e l'elaborazione ulteriore del lavoro svolto. Infatti, il riverbero delle influenze dei processi di formazione rimane anche al di fuori dell'aula e "... quanto ha luogo nell'aula è in attiva relazione con la mente individuale e contribuisce grandemente all'attribuzione di senso che il soggetto conferisce all'esperienza che dentro l'aula prende forma" (Di Maria e Venza, 2002, p. 175).

2.4. Il ruolo del conduttore

Il ruolo giocato dal conduttore è stato di fondamentale rilevanza per l'andamento del gruppo. I suoi interventi di restituzione hanno favorito una più complessa elaborazione cognitiva dei contenuti riportati da ciascun partecipante ed hanno dato origine ad una riflessione sulla prassi d'intervento in ambito clinico e non. Nel corso dei diversi incontri, il conduttore ha oscillato tra una conduzione più attiva e direttiva ed una "catalitica" (Foulkes, 1948), in cui la guida del gruppo è stata più indiretta. In effetti, negli incontri iniziali egli ha suggerito ai partecipanti delle proposte su come organizzare parte del lavoro, sollecitando lo spirito di ricerca di ciascuno, stimolando un processo di apprendimento il più possibile

attivo in cui l'esperienza che conta è quella che si fa al momento. Inoltre, assumendo all'occorrenza la leadership senza, tuttavia, che questa si trasformasse in una conduzione autoritaria, egli ha permesso che il gruppo crescesse e si integrasse nell'accettare ogni cosa portata in discussione come argomento di comune interesse (Foulkes, 1948) e che diventasse il campo in cui depositare i primi semi di una progettualità professionale futura.

Attraverso la promozione della *partecipazione attiva* dei membri, la *comunicazione* in atmosfera permissiva e l'*auto-osservazione*, il conduttore ha potuto, infine, perseguire quello che secondo Foulkes (1948) rappresenta il suo scopo principale e cioè "rendere tutti i membri del suo gruppo partecipanti attivi nella soluzione dei loro problemi" (ibidem, p. 25-26).

3. Conclusioni

Il gruppo di elaborazione tirocinio ha favorito nei partecipanti l'autonomizzazione consapevole di un ruolo, con il passaggio da *tirocinante osservatore* a *tirocinante attivo*.

L'esperienza ha promosso lo sviluppo di un senso della gruppalità che si è rivelato costituire la base per la strutturazione dell'identità professionale di ciascuno.

Ex post possiamo dire oggi che la storia dell'esperienza è stata la storia della nascita e della progressiva strutturazione di una *comunità di apprendimento*. Quest'ultima, basandosi sulla condivisione e negoziazione delle informazioni al fine di costruire nuovi sensi e nuovi significati (Varisco, 1995), è definibile come "...processo che riunisce (in una comunità) azioni altrimenti individuali di autoformazione per obiettivi comuni di apprendimento" (Batini e Fontana, 2009, p. 2).

Nella comunità d'apprendimento, che per noi ha trovato vita nel gruppo di elaborazione tirocinio, è riuscita a germogliare una prima progettualità professionale per la quale si è rivelata essere indispensabile una dimensione di gruppo.

Bibliografia

Batini, F. e Fontana, A. (2009). *Comunità di apprendimento*. Testo disponibile al sito: www.edscuola.it/archivio/ped/apprendimento.pdf

Coppola, E. e Lo Verso G. (2008). Topoi scientifici: il Mediterraneo e il modello gruppoanalitico soggettuale. *Gruppi*, vol. X n.2, p. 24.

D'Elia, L. (2009). *Autoimprenditoria professionale*. Comunicazione orale nel corso dei Seminari teorico-clinici del Laboratorio di Gruppoanalisi, sede di Roma.

Dell'Aquila, P. (2004). *E-learning e comunità di apprendimento*. Paper presentato nel workshop A.I.S. "Il lavoro dell'educazione: valori, pratiche, luoghi", Roma, 11 novembre. Testo disponibile al sito: www.sociologiaeducazione.it/documenti/dellaquilaais.pdf

Di Maria, F. e Lo Verso G. (a cura di) (2002). *Gruppi. Metodi e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.

Di Maria, F. e Venza, G. (2002). Il gruppo di formazione. In: F. Di Maria e G. Lo Verso (a cura di), *Gruppi. Metodi e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina, pp. 171-211.

Foulkes, S.H. (1948). *Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica*. Roma: Edizione Universitarie Romane, 1991.

Lo Verso, G. (2002). Parametri di differenti set(ting) dei gruppi clinici.
In F. Di Maria e G. Lo Verso (a cura di), *Gruppi. Metodi e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina, pp. 1-34.

Neri, C. (1995). *Gruppo*. Roma: Borla.

Varisco B.M. (1995). Alle radici dell'ipertestualità. In: A. Calvani e B.M. Varisco (a cura di), *Costruire-decostruire significati*. Padova: Cluep.

ESPERIENZE CLINICHE NEL SOCIALE

Dal corpo all'anima: Un'esperienza di sensibilizzazione affettiva di un gruppo a termine di famiglie adottive

Francesca Cattafi

Questo lavoro avanza una riflessione critica sui tradizionali corsi di formazione destinati ai futuri genitori adottivi, solitamente incentrati sul fornire informazioni ma che trascurano i significati emotivi complessi che invece caratterizzano l'esperienza di adozione. Viene proposto quindi un modello di formazione di gruppo esperienziale volta a promuovere il benessere psico-fisico delle famiglie e prevenire i fallimenti adottivi.

Adozione; Gruppo di formazione esperienziale; Benessere genitoriale

From the body to the soul: the affective sensitization in a short-term group of adoptive families

This paper puts forward a critical reflection on traditional training courses for prospective adoptive parents, usually focused on providing information but who neglect the complex emotional meanings that characterize the experience of adoption. It is proposed therefore a model of experiential training group to promote the mental well-being of families and to prevent adoptive failures.

Adoption; Experiential training group; Parental well-being

Il lavoro che intendo presentare è il frutto della mia esperienza di vita in qualità di "aspirante genitore adottivo" e giovane professionista psicologa.

Negli ultimi anni ho conosciuto il mondo dell'adozione, apprendendone la complessità e partecipando ai corsi che gli enti territoriali propongono con l'obiettivo di formare i genitori adottivi. Tali eventi formativi da una parte, sono utili per rendere consapevoli i genitori della complessità del "percorso\processo adottivo", dall'altra, rischiano di svuotarlo dei significati emotivi complessi che invece lo caratterizzano, perché le innumerevoli informazioni potrebbero saturare la possibilità di esperire il mondo emotivo.

I partecipanti, infatti, si trovano invasi da una serie d'informazioni senza avere la possibilità di riconoscere le emozioni e fronteggiare la paura che in loro ci sia veramente qualcosa di sbagliato e di diverso...che abbiano subito una terribile punizione: gli è preclusa la possibilità di poter avere dei figli biologici. In tutti gli incontri a cui ho partecipato negli ultimi anni le emozioni sembravano essere il nemico pubblico numero uno. Nonostante ne venisse sottolineata l'importanza nella strutturazione del legame con i figli non c'era un dispositivo adatto ad accoglierle. Essendo associata ad un ente di volontari costituito da famiglie adottive e professionisti che vi operano, ho iniziato ad osservare i percorsi di crescita genitoriale che venivano avviati. Era necessario creare un luogo dove le emozioni potessero incominciare ad essere pensabili, verbalizzabili e comunicabili nella promozione del benessere psico-fisico della relazione genitori-figli. Lo sviluppo mentale di questi soggetti è legato l'uno all'altro. La sofferenza di entrambi può generare un caos in cui il dolore psichico aumenta in modo ponderale portando al fallimento del percorso adottivo. In questo caso la paura della coppia diventerebbe realtà. Il figlio sarebbe l'estraneo, colui il quale rappresenterebbe il fallimento: l'impossibilità a procreare.

In una relazione genitoriale qual è quella adottiva, mi è sembrato necessario creare uno spazio che permettesse ai partecipanti di confrontarsi rispetto a dubbi e fantasie, con l'obiettivo d'integrare l'esperienza mentale a quella fisica, utilizzando come strumento il corpo che è uno dei mezzi di comunicazione tra genitori e figli. Tutti nascono fisicamente, ma i figli adottivi necessitano di rinascere psichicamente dai genitori adottivi.

I bambini chiedono di metterli al mondo nuovamente attraverso il gioco "del parto", di farli nascere "psichicamente". I figli hanno bisogno del contatto col corpo della madre, di appoggiarsi al suo

ventre, di sentire il suo calore, di rinascere o forse, chissà, nascere per la prima volta emotivamente, attraverso una mamma che non può donare loro la vita fisica ma quella psichica.

Ricordo una serata in un gruppo di auto-aiuto: una donna ha raccontato che la propria bambina, con lei ormai da circa tre anni, le chiedeva di farla uscire dalla pancia e nel mentre mamma e figlia andavano strutturando il loro legame, la bimba desiderava che la madre le raccontasse la sua storia.

Il bisogno di risposte, di collegare il passato al presente e al futuro, di continue conferme, di creare la propria storia con i genitori adottivi senza negare un passato che appartiene loro.

Il sapere che sono stati voluti e che continuano ad essere amati sono le costanti dell'essere figli e genitori adottivi; perché entrambi si adottano ed entrambi devono unire le loro storie che sono state così differenti fino ad un certo punto della loro vita. Il gruppo che sto per presentare è stato un mezzo attraverso il quale i partecipanti hanno potuto sperimentarsi nella relazione ludica con i bambini riscoprendo l'importanza del corpo e del simbolo come strumenti di comunicazione e di trasformazione del legame affettivo. L'esperienza creativa ha permesso attraverso il riconoscimento di affetti e rappresentazioni simboliche di costruire e riconoscere un linguaggio che facilitasse la verbalizzazione e la pensabilità di affetti e sentimenti comuni e condivisi dai partecipanti.

“Costruire la pensabilità è uno dei compiti della vita...” e “...le fondamenta dello spazio della pensabilità e della creazione dei pensieri, sono iscritte nella relazione tra genitore e bambino... genitore e bambino sono legati in modo indissolubile nella costruzione del contenitore mentale, la presenza dell'uno determina cambiamenti nella mente dell'altro. Proprio in quanto genitore e bambino condividono questo legame, la sofferenza del bambino diviene

inevitabilmente sofferenza dei genitori e di conseguenza succederà che il genitore sofferente diminuisca la sua capacità di aiutare la crescita mentale del figlio” (Miglietta, 2005). Con questo gruppo si è cercato di fare sperimentare ai genitori la dimensione dell’insaturo, dell’et-et, nel tentativo di promuovere la pensabilità e la comunicabilità delle emozioni.

1. La costruzione di un setting “su misura”

Col fine primario di promuovere il benessere psico-fisico delle famiglie e prevenire i fallimenti adottivi, dopo avere analizzato i bisogni dell’associazione, insieme ad un collega danzamentoterapista abbiamo elaborato il dispositivo. Il gruppo, si è svolto in una cittadina della Brianza Milanese, era formato da 14 adulti e 6 bambini: tre fratelli di sei, cinque e quattro anni; due sorelle di sei e due anni; e un bimbo di due anni. Tre coppie avevano già adottato, quattro erano in attesa di partire per l’adozione internazionale. Per poter iniziare il lavoro è stato necessario creare un “format” che fosse accettabile dall’associazione e quindi dai genitori. Per questo motivo il gruppo è stato a breve termine. Gli incontri sono stati quattro, della durata di 90 minuti i primi tre e di 2 ore e 30 minuti l’ultimo. Sono stati condotti dal danzamentoterapeuta e dalla psicologa. L’assetto gruppale di quattro incontri poteva essere accettato; un gruppo a termine più lungo, inizialmente avrebbe certamente spaventato i genitori. Essi avrebbero potuto vivere il dispositivo a lungo termine come conferma delle paure sottostanti; cioè, che nelle loro famiglie ci sia qualcosa di sbagliato e innaturale.

Negando il gruppo, avrebbero negato la diversità.

Gli obbiettivi:

1. Sviluppare le potenzialità genitoriali;
2. Stimolare la percezione emotiva proveniente dal proprio corpo, dal corpo del bambino e dal gruppo fornendo l'opportunità di un suo riconoscimento;
3. Promuovere l'elaborazione affettiva dell'esperienza avuta;
4. Incoraggiare riflessioni relative alle caratteristiche del legame familiare;
5. Favorire il confronto tra le diverse esperienze genitoriali;
 1. per le coppie che hanno già adottato, ripercorrere parte della storia familiare;
 2. per le coppie in attesa d'adottare, confrontarsi rispetto alle fantasie relative alla genitorialità adottiva.

1.1. Il primo incontro

I partecipanti hanno potuto sperimentarsi in una dimensione ludica insieme ai bambini, riscoprendosi in un corpo adulto a volte un po' impacciato nel rincorrersi l'uno con l'altro, imitando le gesta del mondo animale. Successivamente, il sottogruppo dei bimbi ha continuato con l'elaborazione grafica nella sala accanto, mentre gli adulti si sono confrontati rispetto all'esperienza appena conclusa. E' emerso con intensità il tema dell'abbandono, la paura d'essere stati dimenticati dall'associazione che li accoglie e li contiene. Se nei bambini è un fatto realmente avvenuto, l'abbandono, per i genitori è un timore che viene vissuto durante il traumatico iter che porta alla decisione d'adottare e al dubbio sulla effettiva possibilità che possa avvenire legalmente. Le coppie si sentono emarginate e abbandonate dall'istituzione, che viene vissuta giudicante durante tutto il percorso verso l'idoneità adottiva. I colloqui con i servizi sono spesso

estenuanti, indagatori e a volte la ferita della sterilità ancora sanguinante provoca un dolore che sembra insopportabile.

Per i coniugi, non è semplice comprendere che anche attraverso gli incontri con i servizi sociali si stanno preparando ad accogliere il loro bambino. La possibilità di mettersi in discussione, di elaborare il dolore, di modificarsi è necessaria per poter promuovere il processo di attaccamento col figlio.

La società viene vissuta come stigmatizzante. Il gruppo affronterà questo tema confrontandosi con le difficoltà scolastiche dei bambini. Sono quindi giunti a discutere dell'importanza, per loro, del riconoscimento del ruolo genitoriale da parte della società, del bisogno di dimostrare che si può essere figli di una coppia che non ha donato la vita. I partecipanti si sono scambiati idee rispetto a come affrontare l'iter scolastico. L'inserimento nella scuola potrebbe rappresentare sia, l'ingresso ufficiale dei bambini adottati nella società sia, l'evento pubblico che garantisce ai coniugi il recupero di un ruolo sociale adeguato in quanto in grado d'essere genitori.

E' emersa con forza la paura che nuovamente la differenza possa essere evidenziata e diventi motivo di emarginazione, così come lo è stato per i genitori quando hanno saputo che non avrebbero potuto avere figli. *"L'assetto iniziale del gruppo si è quindi fondato su un comune senso di essere rifiutati dalla "famiglia civile", (...) il comune sentirsi orfani e respinti, poteva anche avere a che fare con l'esperienza adottiva, con la paura di non riuscire a costruire una famiglia accogliente"* (Saottini, 2004).

Una donna ha esclamato: *"l'attesa è difficile"* una madre le ha risposto: *"poi quando arriverà tuo figlio non te lo ricorderai più tutto questo dolore, si dimentica"*. Come una madre che ha già affrontato il dolore del parto e desidera incoraggiare la donna che ancora deve fronteggiarlo. L'attesa del bambino, se pur si differenzia dalla

gravidanza biologica, attiva ansie e preoccupazioni che sembrano essere simili a quella di una gravidanza naturale: il pensiero che qualcosa possa non funzionare, della malattia, che possa accadere un danno irreparabile, il timore che la vita cambierà per sempre, che la relazione coniugale si modificherà e la paura di non essere dei buoni genitori. A tutto questo si aggiunge l'ignoto, quel bambino il cui volto è difficile da immaginare, che si teme e si desidera contemporaneamente.

L'incontro tra il bambino desiderato, immaginato e quello reale è caratterizzato dalla diversità e il genitore necessita di una capacità di rielaborazione dell'immagine del proprio figlio, che nel caso dell'adozione s'interseca col passato d'entrambi, che ha portato alla costituzione di una nuova famiglia. Tale processo può essere doloroso perché riattiva le sofferenze della storia familiare. Il bambino è portatore della diversità, è l'estraneo poiché non nato biologicamente in quella famiglia e rappresenta la rottura nel passaggio generazionale. Il gruppo si è confrontato col tentativo di annullare le differenze tra il figlio reale e quello desiderato che potrebbe corrispondere al desiderio di negarne le origini.

Nel frattempo i bambini nella stanza di fianco hanno prodotto dei disegni liberi insieme al collega DMT.

1.2. Il secondo incontro

Al secondo incontro hanno partecipato gli adulti. Dopo un primo momento in cui, condotti dal DMT, sono stati stimolati a prendere contatto con le emozioni provenienti dal corpo, sono stati proiettati i disegni elaborati la volta precedente dai bambini. Si è chiesto ai presenti di interagire con le immagini attraverso la rappresentazione

fisica, ad esempio potevano muoversi nello spazio, toccare le diapositive e modificarle col proprio corpo: la mano di un adulto poteva diventare l'arto mancante nella proiezione del disegno. Nell'ultima fase è stata promossa l'elaborazione verbale. Il gruppo, in un primo momento, ha evidenziato quanto fosse difficile lasciarsi andare, agire fisicamente comportamenti differenti da quelli usuali. È stato quindi evidenziato come sia difficile utilizzare le norme come strumento educativo e relazionale, perché se permettono di creare dei confini all'interno dei quali strutturare la relazione, dall'altra parte il rischio è che diventino rigide e perdano di significato emotivo. Un genitore ha detto: *"ma è difficile, perché la società t'impone delle regole, la scuola pretende delle cose e tu devi rispondere a quelle richieste"*. Gli adulti, sperimentando la fatica del lasciarsi coinvolgere dalle emozioni, hanno vissuto il bisogno dei bambini di avere al loro fianco dei genitori che possano "giocare" con le norme e modificarle in base al divenire evolutivo psico-affettivo del figlio. Quando uso il termine giocare, intendo dire che la figura educativa deve poter creare le regole e sperimentarle adattandole alle necessità del bambino, tenendo in considerazione anche le richieste e gli obiettivi per promuovere un accomodamento sociale. Attraverso la dimensione ludica i partecipanti hanno potuto sperimentare la rottura degli schemi comportamentali, interrogandosi sul significato della norma nella relazione con i figli. La quale non è solo strumento pedagogico ma anche mezzo relazionale, che contiene e mette ordine.

I genitori, stimolati dai disegni, si sono confrontati con la paura che i propri figli abbiano qualcosa di sbagliato, di malato. Lo hanno fatto cercando d'analizzare le immagini proiettate, provando a controllare le proprie angosce e il terrore che nella propria famiglia ci sia qualcosa che non sia "normale".

Il tentativo del gruppo di tenere tutto sotto controllo è stato interrotto

quando un aspirante mamma ha raccontato il sogno fatto la notte prima: *“ero incinta al quarto mese, l’ho comunicato ai miei genitori i quali mi hanno detto che era finito tutto bene, avevamo il nostro bambino! Ma io rispondo di no, che il mio bambino è quello là, quello che deve arrivare, non quello della pancia!”*.

In questo modo, è stato possibile ricondurre il gruppo, a prendere contatto con le emozioni, che aveva cercato di controllare attraverso l’analisi dei disegni. Il sogno ha comunicato al gruppo la possibilità di investire emotivamente il bambino adottato, di affermare che è lui il figlio desiderato e che non lo si cambierebbe con il bambino biologico. Nella rappresentazione onirica la donna lo ha detto ai suoi genitori, evidenziando la possibilità di superare il dolore, per non avere generato un erede per la famiglia allargata, affermando la legittimità della scelta adottiva ma anche evidenziandone la problematicità.

Il messaggio, che è possibile elaborare il lutto per la sterilità, e attendere con gioia il figlio adottato, riscattando la scelta genitoriale dalle richieste della società è quindi giunto al gruppo. Il racconto del sogno ha permesso ai partecipanti di riconoscersi in una storia comune. Chi deve affrontare il dolore per la sterilità biologica ha potuto sperimentare che è possibile farlo, chi l’ha già elaborato ha potuto riattraversare la complessa esperienza dell’attesa del figlio. I nonni nel sogno della donna, ricordano che la sterilità è una ferita profonda, che intacca l’immagine che l’individuo ha di sé. La coppia non risponde alle attese sociali e della famiglia allargata. Non può provvedere al compito di procreare un erede e promuovere la continuità della razza umana, gratificando il bisogno d’onnipotenza, nell’illusione della propria immortalità con la nascita del bambino.

1.3. Il terzo incontro

Il terzo incontro ha visto nuovamente il gruppo al completo. Il legame genitoriale è stato simbolizzato attraverso l'esperienza ludica-corporea della DMT introducendo l'elemento dell'elastico¹. Quest'ultimo, per le sue caratteristiche, permette di sperimentare la vicinanza fisica e la lontananza "l'elasticità della relazione", che può modificarsi e assestarsi e non strapparsi o rompersi.

Le famiglie, attraverso lo stimolo ludico, hanno rappresentato la loro unione. Chi ancora non aveva figli, l'essere prima coppia e poi la scelta genitoriale. Per chi aveva già adottato è stato possibile ripercorrere, attraverso l'osservazione del gioco simbolico dei primi, le tappe del loro diventare famiglia riscoprendo l'unione originaria, quella della coppia. Quindi il gruppo è stato nuovamente suddiviso: i genitori hanno avuto lo spazio per la riflessione emotiva verbale, mentre i figli in presenza del DMT, hanno utilizzato i colori a dita per realizzare una rappresentazione grafica. Gli adulti si sono confrontati rispetto alle caratteristiche della relazione con i propri figli ritrovando nella storia degli altri la propria esperienza, fronteggiando il senso di solitudine. Hanno potuto osservare le potenzialità dei figli e riconoscere la tendenza a "patologizzare" quello che è invece un percorso evolutivo che per quanto tortuoso è in continuo divenire. Il lavoro del gruppo ha permesso lo svelarsi dei giochi proiettivi, riconoscendo il timore genitoriale che il figlio possa avere una grave sofferenza psichica. Tale preoccupazione potrebbe essere dettata dalla consapevolezza della complessità del percorso adottivo. Nella stanza accanto si sentivano le risate dei piccoli, quando ho aperto la porta, lo scenario ci ha avvolto. I colori si erano mischiati cadendo sul

¹ L'elastico per la DMT è un mediatore di contatto del "regno medio", questo ultimo nel corpo umano è simbolicamente la sede delle emozioni. Il cuore si trova nel "regno medio".

pavimento e i bambini e il mio collega avevano parti del corpo dipinte. I genitori mi sono sembrati atterriti! Una bambina avvicinandosi a me ha chiesto: *"Come mi chiamo io?"*². Con quella domanda stava cercando di dar senso al suo essere in quella famiglia, di dare risposta a tutti i dubbi che il gruppo aveva espresso sino a quel momento. Aveva bisogno di trovare un continuum tra il suo presente e il suo passato per potersi affacciare al futuro. Stava chiedendo aiuto per poter elaborare l'immagine di sé e integrare la sua vita attuale con quella vissuta prima dell'adozione.

Gli adulti hanno faticato ad accogliere l'elaborazione creativa dei figli. Essi hanno chiesto di poter cancellare le emozioni rappresentate dai colori pulendo il corpo dei bambini e anche la stanza (il pavimento infatti era stato colorato). L'incontro si è concluso con l'assegnazione di un compito per casa: *"la famiglia inventa una storia..."*.

Al quarto incontro erano presenti gli adulti. Col fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi pre-posti è stato fatto compilare loro un questionario. Tale strumento ha permesso un'analisi qualitativa dell'andamento del lavoro che si andava concludendo oggettivamente mostrabile all'associazione. Il fine era di promuovere ulteriori eventi di sostegno alla genitorialità adottiva che favorissero le elaborazioni degli affetti e non che alimentassero il processo "intellettualizzante" osservato in altri gruppi. Inoltre è stato possibile cogliere il clima emotivo circolante ed esplicitarlo verbalmente. Nell'hic et nunc gruppale si sono attivati i vissuti di abbandono, solitudine, angoscia e la paura del giudizio che caratterizzano la storia delle famiglie adottive. L'immediatezza della fine del gruppo (Corbella, 2003) ha facilitato l'esplicitazione di tali tematiche e i partecipanti hanno verbalizzato il timore di dover affrontare da soli le emozioni di cui

² La bimba prima dell'adozione si chiamava Laura, il giudice con la sentenza ha deciso di modificare il suo nome in Lara.

sono diventati maggiormente consapevoli. La dimensione temporale nei genitori adottivi acquista un valore fondamentale perché negli anni dell'attesa, è necessario che si preparino all'arduo compito adottivo. Un tempo che appare infinito e che è necessario colmare di significato perché possa essere prolifico e creatore della genitorialità. Successivamente ciascuna coppia ha raccontato la propria storia adottiva ricucendo i pezzi di un passato "strappato". I genitori infatti faticano ad accettare la sterilità ad arrendersi a ciò che viene percepito come un "difetto", cercano di dargli un senso, a volte ritrovato con l'arrivo del figlio, il cui passato spesso gli è negato... è sconosciuto. La relazione familiare è stata sperimentata in un continuum spazio-temporale, in cui l'esperienza di uno, apparteneva all'altro in un gioco dialettico tra presente, passato e futuro. In questa spirale del tempo, hanno preso forma i racconti di ciò che i genitori sanno del passato dei figli, attualizzandoli, evitando la rottura del tempo a cui i bambini adottivi sono spesso sottoposti. I partecipanti si sono riconosciuti in un destino comune, recuperando il desiderio di avere un figlio che può anche essere diverso da quello immaginato.

2. Conclusioni

Attraverso questo percorso i genitori, insieme ai figli, hanno sperimentato il piacere del gioco creativo come strumento di promozione del cambiamento, in cui gli adulti hanno potuto esperire la fisicità come stimolo evocativo e rappresentativo delle emozioni, avendo la possibilità di riflettere rispetto al corpo come canale comunicativo ma anche trasformativo.

Il movimento fisico ha apportato cambiamenti e modifiche emotive

che sono state accolte dal gruppo, l'esplicitazione verbale ne ha facilitato la pensabilità.

Attraverso gli stimoli proposti, gli adulti hanno testato la modalità relazionale tipica dei bambini: la fisicità. Hanno iniziato a riconoscere le caratteristiche del bambino reale e a differenziarle da quello di fantasia. Una mamma ha detto: "*Non solo era diverso da me, ma anche da ciò che io mi immaginavo!*". Descrivendo la sua difficoltà nell'accogliere e riconoscere le peculiarità del figlio. Il genitore deve essere in grado di accoglierne la diversità, mostrando apprezzamento quando il bambino manifesta i suoi interessi, capacità, creazioni, sforzi, passioni e determinazioni (Hoffman, 2005). Modificando il progetto di vita che i genitori avevano fantasticato per lui.

Gli adulti, sono riusciti a cogliere empaticamente i bisogni dei piccoli. Sono passati dall'essere "sclerotizzati" sulle difficoltà dei bambini allo sperimentare le proprie, iniziando a mettersi in discussione e a confrontarsi con gli altri partecipanti.

Bibliografia

Corbella S. (2003), *Storie e luoghi del gruppo*. Ed. R. Cortina, Milano.

Hoffman J.M. (2005), "Lo spazio dell'infanzia", in J. Martin Maldonado-Duran (a cura di), *Infanzia e salute mentale. Modelli di intervento clinico*. Ed. R. Cortina, Milano.

Miglietta D. (2005), "Costruire la pensabilità. Il lavoro terapeutico con i bambini e i loro genitori". *Gruppi vol. VII n.1\2005*. Ed. F. Angeli, Milano.

Pezzoli F. (2006), "La contrattazione con l'istituzione: l'analisi della

domanda e la definizione dei parametri dell'intervento", in Pezzoli F. (a cura di), *Gruppi di genitori a conduzione psicodinamica. Dall'esperienza clinica alla sistematizzazione teorica*. Ed. F. Angeli, Milano.

Saottini C. (2004), "L'intimo straniero: filiazione e affiliazione in un gruppo omogeneo di genitori di bambini nell'adozione internazionale", in Corbella S., Girelli R., Marinelli S. (a cura di), *Gruppi omogenei*. Ed. Borla, Roma.

Saottini C., Pacis D., Leporati M. (2005), "Un gruppo omogeneo di genitori: l'adozione prende vita". *Gruppi vol. VII n.2\2005*. Ed. F. Angeli, Milano.

RASSEGNA E RECENSIONI

**Giorgi, A., Giunta, S., Coppola, E., Lo Verso, G. (2009).
*Territori in controluce: Ricerche psicologiche sul fenomeno
mafioso. Milano: Franco Angeli.***

Recensione a cura di Paola Cavani

L'individuo, seguendo un vertice interpretativo epistemologicamente complesso, oltre ad essere un prodotto eminentemente relazionale, che nell'essere-con crea le sue connessioni intrapsichiche e le arricchisce di senso, risignificandole, agisce e si muove all'interno di uno spazio pieno, etnico-abitativo, fatto di codici, convenzioni e connessioni implicite ed esplicite, che nel momento dell'azione rielaborativa dell'uomo sul mondo agiscono retroattivamente, definendolo a loro volta: un topos spaziale e culturale che sembra narrare uno specifico topos psichico che a sua volta porta nella sua filigrana la morfologia territoriale che lo ha nutrito.

Muovendosi all'interno di questo orizzonte teorico, il testo di Giorgi, Giunta, Coppola e Lo Verso propone una modalità pionieristica ed innovativa di lettura del fenomeno mafioso che, adottando una prospettiva micro-analitica, è in grado di scandagliare le declinazioni "locali" del più generale psichismo mafioso.

Nel corso degli ultimi anni, le Cattedre di Psicologia Dinamica, Clinica e Psicoterapia dell'Università degli Studi di Palermo hanno coordinato due progetti di ricerca ministeriali (PRIN 2004; PRIN 2006) nel corso dei quali sono state indagate le modalità di funzionamento psichico degli uomini di Cosa Nostra, le vie di sviluppo, mantenimento e trasformazione del fenomeno mafioso nel corso del tempo, nonché le ricadute a livello psichico che tale organizzazione criminale ha su chi con essa condivide lo spazio sociale; tale analisi è stata poi progressivamente estesa anche ai fondamentalismi del panorama italiano, dando vita così ad una feconda opera di confronto fra Cosa

Nostra, Camorra e 'Ndrangheta. Parallelamente al bisogno di allargare al continente il raggio d'azione della ricerca, si è avvertita però la pungente necessità di una sorta di ripiegamento intra-regionale, andando a intercettare le puntuali concrezioni che compongono lo psichismo mafioso all'interno di singoli specifici territoriali, nella consapevolezza che "la presenza umana si *progetta* nel mondo *relativamente* alla memoria transpersonale del luogo in cui viene <<gettata>>" (p.38): qui, la genesi di questo testo.

Gli autori, prestando la prospettiva gruppoanalitica soggettuale alla lettura del fenomeno mafioso, portano avanti una pregevolissima opera analitica dell'intreccio tra mafia e territori, mettendo a punto, a partire dalla tecnica del focus group, un nuovo dispositivo in grado di tenere insieme ricerca clinica e psicosociale: i gruppi di "elaborazione clinico-sociale".

All'interno di tali assetti operativi, condotti secondo un vertice psicodinamico e gruppoanalitico, gli Autori colgono il complesso confondersi tra un "li e allora" individuale ed il "qui ed ora" dell'accadimento gruppale, facilitando l'individuazione, all'interno di una trama poliedrica e multiforme, di un ordito costante in grado di parlare il linguaggio di un transpersonale etno-antropologico che sostanzia una particolare forma di sicilianità; una sicilianità "altra" fatta di opache e impenetrabili simbolizzazioni emotive altrove date, pensate, poste e in-poste ma iterativamente rivissute di generazione in generazione, di vita in vita.

L'innovazione più feconda di tale lettura complessa sta però proprio nella prospettiva "micro contestuale" adottata, figlia dei macro modelli esplicativi del fenomeno mafioso, che consente un penetrante strabismo interpretativo, capace di tenere insieme le singole realtà territoriali, al cui interno lo psichismo mafioso si declina in modo peculiare ed irripetibile, e il più vasto universo sociale, in cui

individuo, realtà mafiosa e appartenenze territoriali si incontrano, dando luogo a meta-interpretazioni e letture trasversali che delineano topografie psico-territoriali altrimenti impalpabili. I gruppi di elaborazione clinico-sociale divengono quindi il proscenio in cui l'ideografico ontologico, il nomotetico filogenetico-transpersonale e la storia territoriale si incontrano nel confronto fra le singole storie di convivenza con la violenza mafiosa, aprendo varchi ad un pensiero elaborativo in grado di trasformare spinte centripete, che parlano di paura, rassegnazione, impotenza e bisogno, in movimenti centrifughi, fatti di fiducia, coraggio e autodeterminazione desiderante.

Si tratta quindi di progetto di ricerca che, osservando al negativo i singoli territori considerati, ne coglie somiglianze trasversali e unicità irripetibili, rinsaldando il legame heiddegeriano uomo-mondo e sottolineando ancora una volta l'importanza della parlabilità e del distanziamento evolutivo dal proprio *humus* primigenio come strumenti per il passaggio da paradigmi esistenziali dalle fattezze mitologiche a mortali, quindi umani, copioni storicizzati.

Il libro, inoltre, evidenziando le relazioni circolari fra sviluppo economico, potere mafioso e beni relazionali, porta avanti una sottile ma coraggiosa opera di denuncia delle carenze di sviluppo locale e del depauperamento delle relazioni solidali nei territori considerati, e indica al contempo future prospettive di intervento, coniugando così feconde ricadute fattuali ed eleganza teorico-speculativa.

Partendo dal topos marsalese della portualità aperta sul mediterraneo, si passa attraverso la roccaforte psichico-territoriale campobellese, salendo fino alla terricola mafia corleonese e poi più in là, fra i brulli paesaggi di Palma di Montechiaro, surreale crocevia di più province in cui la mafia si chiama Stidda, per ridiscendere fino all'altra sponda dell'isola su cui si adagia il distaccamento residenziale della mafia cittadina, Bagheria: all'interno di questo vagabondaggio

isolano gli Autori delineano magistralmente un patchwork territoriale poliedrico e multiforme, fatto di spaccati psico-antropologico-culturali irriducibilmente dissimili ma al contempo figli di un'unica invariante, se non solo epidermicamente, madre: una "Cosa Nostra" che si spalma arrogante sull'identità di una terra in cui però, nonostante le ferite, *il mare si indovina sempre tra gli ulivi.*

Mazzucchelli, F. (Ed.) (2008). *Il diritto di essere bambino: Famiglia, società e responsabilità educativa*. Milano: Franco Angeli.

Recensione a cura di Simone Bruschetta

Propongo, grazie ed un affettuoso e competente stimolo di Fiorella Pezzoli (che ringrazio per avermelo fatto conoscere) la lettura di questo libro a tutti gli psicoterapeuti interessati a riflettere sulla seguente ipotesi di lavoro.

Il lavoro psicoterapeutico con bambini può essere oggi finalmente inteso, alla luce delle più recenti elaborazioni teoriche ed epistemologiche gruppoanalitiche, come la frontiera ultima (o prima!) o se si preferisce l'altra faccia della stessa medaglia del lavoro sociale orientato allo sviluppo locale ed alla salute mentale di comunità. Questo libro è una delle migliori testimonianze della suddetta ipotesi, in quanto ci permette di vedere come lavorare oggi con l'infanzia vuol dire lavorare sull'interfaccia tra i processi affettivi familiari ed i codici di appartenenza sociale. Prendersi cura di un bambino, vuole infatti dire, per qualsiasi professionista clinico-sociale (tra i quali includo gli psicoterapeuti), prendersi cura della sua famiglia (che il bambino ha diritto ad avere preservata dal disagio per poter usufruire di una relazione affettiva che sia la più stabile e sollecita possibile), ma anche prendersi cura della comunità socio-politica di appartenenza (perché questa possa farsi carico del futuro delle giovani generazioni permettendo a tutti i bambini di crescere per diventarne membri attivi). In sostanza, vuol prendersi cura delle reti comunitarie che attraversano le famiglie e le istituzioni di appartenenza tanto del bambino quanto dello stesso professionista che vuole esercitare il proprio dovere etico e civico, prima ancora che deontologico e professionale, nei confronti di esso.

Per questo motivo il lavoro psicoterapeutico con i bambini non può che essere pensato, gruppoanaliticamente, come multipersonale, inter-istituzionale e trans-contestuale; e quindi come un processo, che esita da una dispositivo, che mira ad intervenire non soltanto su una singola persona, ma su una rete di relazioni tra persone, in ultima analisi, sui modelli culturali che fondano le matrici identificative dei membri di una data comunità di vita e di lavoro. Francesca Mazzucchelli ci fornisce a tal proposito una base di conoscenze indispensabili alla formazione di qualsiasi psicoterapeuta che si approccia riflessivamente al senso del proprio lavoro nei confronti dei bambini che incontra attraverso di esso e della comunità sociale alla quale, i quanto professionista, offre un servizio confrontandosi con le effettive domande che essa pone.

In questo volume, diviso in tre parti, pur non essendo curato da un gruppoanalista, (l'autrice è comunque una specialista nella psicoterapia dell'adolescenza ad indirizzo psicodinamici), gli autori rappresentano perfettamente, nell'articolarsi dei loro contributi, lo scenario socio-culturale che viene ad attivarsi dentro qualsiasi dispositivo diagnostico-terapeutico organizzato, dai professionisti della salute mentale, nella presa in carico della sofferenza e del disagio anche di un solo bambino.

Il libro, per intenderci, non parla di psicoterapia propriamente detta, se non in un paio di articoli (della stessa Mazzucchelli, di Sarah Miragoli e Elisa Stagni Brenca, nella seconda parte) rivolti alla cura dei disturbi evolutivi conseguenti al trauma dell'abbandono, del maltrattamento, dell'abuso o della violenza familiare. Ma in esso è possibile osservare le dimensioni culturali collettive che animano, attraversano ed organizzano i processi mentali degli adulti che si ritrovano alle prese con una responsabilità specifica (dovuta ad una altrettanto specifica condizione familiare, sociale o professionale) nei

confronti delle generazioni più piccole ed indifese delle loro comunità di vita e di lavoro.

In particolare lo psicoterapeuta potrà riattraversare, attraverso la lettura (specie della prima parte, composta da sei capitoli) del libro, le dinamiche culturali dalle quali originano i contenuti basilari del suo pensiero professionale (temi etico-culturali), i modelli operativi teorico-tecnici (codici scientifico-epistemologici), e le istituzioni socio-professionali di origine della sua prassi (matrici di identificazione). Sono questi, sei capitoli di grande spessore scientifico e valore euristico, che permettono un'immersione nelle sei dimensioni principali in cui è possibile declinare la modulazione le rappresentazioni del rapporto intergenerazionale che si organizza nel setting specifico della psicoterapia al di là delle modalità tecniche di strutturazione del dispositivo. Mi riferisco cioè alle sei dimensioni su cui poggiano le appartenenze culturali, sociali, scientifiche e formative che danno forma concreta ad ogni incontro adulto-bambino dentro un contesto professionale definito: la dimensione *politica, giuridica, sociologica, sanitaria, psicologica ed antropologia*.

La prima dimensione, che tratta la prima parte del libro è quella essenzialmente *politica* della progettazione di interventi mirati al bene comune. Intendendo questo come la prospettiva programmatica di una *welfare* che sappia far fronte alle esigenze attuali della popolazione senza compromettere la prospettiva temporale verso la quale le giovani generazioni sono proiettate. Tale prospettiva è quella che permette cioè a ciascun individuo di assumere responsabilmente e competentemente la specifica visione del mondo che ispira la propria classe sociale di appartenenza, prima ancora che la propria professione, nelle scelte politiche che mirano ad organizzare la convivenza civile in una data comunità in un determinato momento storico. Il capitolo di Cinzia Canali e Tiziana Vecchiato è illuminante a

proposito, e ci porta dentro il mondo della progettazione sociale e delle istituzioni politiche deputate alla tutela dei diritti dell'infanzia, concentrandosi su quelli che riguardano la partecipazioni delle nuove generazioni ai processi di sviluppo futuro delle loro comunità di appartenenza.

La seconda dimensione è quella *giuridica*. Il contributo di Elena Merlini procede, in proposito, attraverso un excursus storico dalle fonti del diritto dell'infanzia alle normative più recenti in vigore nel nostro paese; presentandoci infine l'istituto giuridico della tutela legale dei minori in presenza di crisi familiari o di situazioni contestuali che mettono a rischio la salute di quest'ultimi. Sono questi temi culturali, codici affettivi e modelli sociali con i quali ogni psicoterapeuta entra, anche solo inconsapevolmente in contatto, qualunque sia il servizio che una qualsiasi committenza pone al suo lavoro; se non altro per il fatto che occupandosi di persone non ci si può non occupare del fatto che persone si diventa grazie ad altre persone ed all'esperienza della relazione con e tra esse ed, ancora, grazie agli apprendimenti ed agli intenzionamenti che organizzano tale relazione.

Il contributo di Lino Sartori si pone invece su una dimensione *sociologica* di analisi delle relazioni pubbliche tra l'istituto giuridico della famiglia e le tradizionali agenzie educative comunitarie; così come queste stanno cambiando in questo particolare momento storico. Il capitolo si conclude con una disamina sulle rappresentazioni mentali che ciascun membro della famiglia costruire nel rapporto con altre istituzioni sociali e con i mezzi di comunicazione di massa che ne oggi, molto più di ieri, fondano l'identità.

Il quarto capitolo, di Alberto Pellai, ha un taglio prettamente *sanitario* e tratta del diritto dei bambini a ricevere non soltanto la migliore

possibilità di crescere in salute (tutela), ma anche la più efficace educazione alla salute (istruzione specifica). Tutto ciò affinché i bambini possano venire responsabilizzati rispetto all'importanza della protezione del proprio stato di benessere psicofisico e della salvaguardia dei propri contesti di socializzazione e consapevolezza di sé. Sembra che su questo si fondi lo sviluppo di una propensione alla partecipazione sociale oltre che della salute mentale di una comunità. La quinta dimensione, quella prettamente *psicologica*, ci viene presentata da Fiorella Pezzoli, come la dimensione identitaria della gruppaltà antropologica di base dell'essere umano e come la dimensione clinica dell'intervento sullo stato di malessere generato dall'illusione dell'onnipotenza individualistica che si innesta nella mente dei membri appartenenti a quelle comunità sociali che non riescono più a declinare simbolicamente i passaggi evolutivi che regolano le relazioni tra le generazioni. Secondo l'autrice del capitolo il gruppo clinico-dinamico sembra infatti essere il dispositivo di intervento psicologico ottimale per permettere l'accoglienza, a piccole dosi, della complessità dell'attuale vita relazionale, nella mente di chi si trova in stato di malessere.

Il sesto capitolo infine, permette a Chiara Lainati, di analizzare la dimensione *antropologica* delle separazioni e dei ricongiungimenti nei membri delle famiglie attraversate dal fenomeno migratorio. Sia rispetto ai membri che restano, sia rispetto a membri che partono, sia rispetto alle separazioni/ricongiungimenti tra culture, sia rispetto alle separazioni/ricongiungimenti tra generazioni. Un capitolo affascinante che propone temi che non si riferiscono soltanto alle culture o alle persone straniere, ma che attraversano tutti noi professionisti delle relazioni con l'Altro.

Rispetto ai sei capitoli della seconda parte, oltre ai primi due già accennati, riguardanti la relazione clinica e la responsabilità sociale

nei confronti della famiglia maltrattante e dell'infanzia violata, sono da segnalare il terzo ed il quarto (Augusta Foni e Lino Sartori), riguardanti i nuovi contesti relazionali di cura ed educazione dell'infanzia alternativi o supplementari alla famiglia, ed il quinto e sesto capitolo (Giuseppe Pellizzati e Gustavo Pietropolli Charmet) sulla funzione perturbante che la "nuova adolescenza" svolge nelle nostre comunità, soprattutto quelle professionali.

La terza parte, come dice la stessa curatrice del volume, offre brillanti divagazioni sui temi cui esso è dedicato. Tra i vari capitoli segnalo, il primo, quello sull'origine dell'Istituto degli Innocenti di Firenze e degli omologhi istituti di ricovero e cura dei bambini più sfortunati delle comunità cittadine che a partire dalla fine del Medio Evo in Italia iniziarono a riconoscersi come tali ed a investire con lungimiranza nella formazione delle nuove generazioni per proprio futuro sviluppo politico ed economico. La lotta laica contro l'emarginazione ed a favore della partecipazione di tutte le classi sociali alla vita della comunità civile che ha contraddistinto la cultura rinascimentale, può oggi rifondare la cultura professionale di tutti coloro che si pongono il problema quotidiano di un rapporto ri-generativo tra le generazioni.

Il voluto gioco di parole vuole qui ricordare che lavorare con i bambini significa anche rinascere ogni giorno, non tanto come nuovi bambini tragicamente "giovanili" o "infantili", ma come nuovi cittadini che potranno a loro volta fare rinascere le comunità di vita cui appartengono assieme ai bambini con i quali lavorano. Lavorare con i bambini vuole infine dire giocare a costruire una nuova cultura politica, nella quale ad esempio la prevenzione primaria non è soltanto l'assistenza medico-psicologica, pre-natale e post-natale, fornita alle madri ed alle famiglie di basso livello socioeconomico (seppur utilissima e sacrosanta ancorché poco diffusa e per la quale ogni professionista della salute mentale deve continuare a battersi),

né solo l'appropriato utilizzo della disciplina dell'adozione e dell'affido dei minori, intesa come guida giuridica alla creazione di nuovi legami sociali (e non come semplice procedura di rescissione di vecchi legami familiari, che invece andrebbero sempre rigenerati). Ma vuole anche dire un *welfare* sociale che permetta a tutti i membri di una famiglia (madri, padri, figli e non solo) di affrontare con il maggior sostegno possibile il difficile compito imposto loro dai doveri familiari e da quelli sociali e professionali, oggi sempre più in conflitto tra loro.

Il diritto di essere bambino è quindi quello che ciascuno di noi si riconosce nella possibilità di rigenerare la proprie comunità di vita e di lavoro trasformandone irreversibilmente le relazioni sociali, proprio come ogni bambino trasforma irreversibilmente le relazioni familiari per il semplice fatto di essere bambino. Il diritto di essere bambino diventa così, per riconnettermi all'ipotesi di lavoro proposta in testa, l'altra faccia della stessa medaglia del riconoscere ad ogni bambino il diritto di essere sé stesso. Solo riconoscendo il travaglio dell'appropriazione di un diritto ad esistere in senso autentico e quindi esercitando una valenza trasformativa sulla comunità antropologica dalla quale veniamo fuori (*existiamo*), è possibile risignificare costantemente come professionisti il proprio servizio alla comunità sociale cui apparteniamo, assicurandone così lo sviluppo economico, politico e culturale.

Rassegna bibliografica internazionale

A cura di Valentina Lo Mauro, Pietra Daniela Di Paola

Pochi mesi fa, si chiudeva a Palermo una ricca ed intensa mostra dedicata alla Spagna e alle espressioni artistiche che nei vari momenti e movimenti politici e culturali, mettevano in forma ed in colore le inquietudini, le ansie, i desideri e le passioni, i sogni e talvolta gli incubi, che la storia produce nei singoli e nelle comunità nel suo quotidiano e umano costruirsi.

Il percorso della mostra e il nostro viaggio dentro e attraverso la Spagna si concludeva, o si apriva... dipende da come decidiamo di entrare dentro le storie, con un frase di Antonio Machado che recitava: *Tras el vivir y el soñar, está lo que más importa: el despertar*, tra il vivere e il sognare c'è la cosa più importante: il risveglio.

Questo ricordo e questa frase sono riportate alla nostra memoria e al nostro momento attuale da uno degli articoli presentati in questo numero della rivista che sottolinea, in particolare, l'uso dei sogni in psicoterapia come lavoro di connessione tra vita vissuta e vita sognata e ricostruzione di storie e geografie reali disarticolate.

Al risveglio avviene la narrazione del sogno, operazione creativa che trasforma l'esperienza notturna, privata e singolare del sogno, in evento relazionale, plurale e pubblico. Decidere di narrare un sogno, a chi raccontarlo, dove e come farlo, apre ad un infinito di possibilità. In questo spazio ci proponiamo di passare in rassegna alcuni scritti che Robi Friedman, psicologo clinico e analista di gruppo, Israel Institute of Group Analysis, dedica allo studio ed alla analisi dei sogni e delle loro narrazioni come avvenimenti relazionali.

Nel volume *I sogni nella psicoterapia gruppo* Robi Friedman, in collaborazione con Claudio Neri e Malcolm Pines, propone una

riflessione teorica sugli aspetti costitutivi della relazione tra gruppi, sogno, pratica analitica e realtà contemporanea.

Gli autori sottolineano come l'interesse per il sogno abbia da sempre rappresentato uno dei principali cardini della teoresi psicoanalitica, conferendo a Sigmund Freud, con "L'interpretazione dei Sogni", il merito di averne descritto i principi generali di funzionamento e di aver contrassegnato la forte valenza intrapsichica di tali concettualizzazioni. Freud definì il sogno come una modalità allucinatoria di realizzazione di un desiderio inconscio, di un desiderio della veglia e di un desiderio sessuale infantile rimosso. Il simbolo analitico è descritto come una struttura atta a rappresentare i processi psichici rimossi mediante delle reti connettive che lo associano ad essi: le pulsioni, ed assume la dimensione dell'altrove nello spazio del rimosso evocativo della condizione dell'assenza.

Nel gruppoanalitico tale rimosso si configura, invece, come una reale condizione psichica dell'assenza, del non esser-ci determinata dalla presenza di un campo mentale, condiviso dai partecipanti, costantemente in divenire.

L'interesse degli autori alla tematica dell'onirismo gruppale pone l'accento sulle diverse caratteristiche mostrate dal sogno nel contesto di gruppo rispetto ai racconti offerti in analisi individuale. L'attività onirica narrata nel gruppo si configura secondo René Kaës, autore del saggio "La trama polifonica dell'intersoggettivo nel sogno", come "... una polifonia di più discorsi e di più figure..". Nel testo, Kaës avanza la sua ipotesi di ricerca sulla trama polifonica dell'interdiscorsivo nel sogno partendo da un processo parallelo di analisi dei racconti onirici, sia di quelli che nascono nel processo associativo gruppale, sia di quelli narrati sul lettino che mettono in scena un gruppo come contenuto manifesto. Ciò che egli definisce "interdiscorsivo" nel gruppo è "l'effetto della molteplicità dei soggetti

parlanti” come se si creasse una doppia catena associativa costituita dall’incrocio di quella dei singoli soggetti con quella creata dalla risonanza della successione dei loro enunciati. Le parole di Kaës nel testo sottolineano come il sogno abbia “origine in una serie di enunciati ed enunciazioni sentiti il giorno prima nel gruppo” e che tale attività posseda in nuce una qualità trasformativa che consente di modificare tali produzioni polifoniche restituendole alle associazioni del gruppo con una nuova raffigurazione pre-conscia.

Gli autori sottolineano quanto i sogni rappresentino lo scambio più autentico tra individuo e gruppo in grado di favorire processi di cambiamento e sviluppo.

In altri lavori sul sogno, Friedman approfondisce ulteriormente la proposta di riconsiderare il modo con cui in terapia si utilizzano i sogni, affiancando alla interpretazione degli aspetti intrapsichici del sogno, il lavoro sugli aspetti interpersonali ed intersoggettivi del racconto. Friedman sottolinea come accostarsi al sogno come evento intrapsichico, autocontenente ed autosviluppante, non costituisca l’unica possibilità di utilizzo del sogno in psicoterapia. Questa lettura del materiale onirico si basa sull’ipotesi che sognare è tanto una creazione intrapsichica che fornisce rappresentazioni del sé ed apre una finestra sui modi personali di pensare e affrontare eventi ed emozioni, quanto un evento interpersonale nel momento in cui viene messo in forma di narrazione.

Lo spazio interpersonale che si crea fra il sognatore che racconta il sogno e gli uditori che lo ricevono e che “sognano il sogno”, può rappresentare un’opportunità per continuare la metabolizzazione avviata mediante il processo del sogno, narrare un sogno significa spesso operare attraverso i suoi contenuti un’influenza su una relazione o sulla qualità delle relazioni, innescando processi trasformativi tanto in chi ha prodotto il sogno quanto in chi lo ascolta.

Friedman individua due funzioni intersoggettive del sogno, la prima funzione è il rapporto con un "contenitore-su-richiesta", la narrazione di un sogno origina dalla necessità di un Altro significativo in grado di contenere e avviare processi di pensiero ed elaborazione delle emozioni. L'autore propone un approccio evolutivo bi-fasico alle emozioni "non-pensabili", una prima fase, autonoma, in cui il sognatore cerca di farvi fronte proprio attraverso il sogno, se quest'ultimo non è sufficiente, in una seconda fase, relazionale e intersoggettiva, in cui la narrazione del sogno attiva processi di contenimento ed elaborazione.

Una seconda funzione intersoggettiva del sogno è il desiderio inconscio di influenzare i sentimenti dell'uditorio e di stabilire un nuovo genere di rapporti con esso. Ciò avviene attraverso l'analisi delle emozioni, degli stati d'animo e dei sentimenti provati, durante il racconto del sogno, dal sognatore e da chi lo ascolta, e legati non solo ai contenuti del sogno ma anche al modo con cui essi vengono narrati.

Entrambe le funzioni sono intersoggettive, nel senso, scrive Friedman, che interpenetrano confini psichici interpersonali. L'interazione avviene attraverso proiezioni che incontrano identificazioni e pensieri che ricercano e trovano pensatori.

La narrazione di un sogno è anche una richiesta di partecipazione psichica, l'autore definisce partecipazione uno spazio intersoggettivo in cui vi è la possibilità di mutua e reciproca elaborazione delle difficoltà emotive. Il lavoro sui sogni favorisce la crescita e lo sviluppo del gruppo terapeutico come uno spazio relazionale disponibile ad un reciproco contenimento, in cui il prendersi cura dell'altro avviene attraverso sentimenti di partecipazione e non solo di condivisione di momenti di partecipazione emotiva. Lo sviluppo della mutualità è un tema che rinvia al sociale e ai conflitti che nel sociale si generano

quando lo spazio pubblico si anima di storie e appartenenze culturali in guerra.

Segnaliamo al lettore alcuni titoli in cui rintracciare e approfondire la proposta di Friedman sull'approccio intersoggettivo ai sogni: Friedman, R. (2002), *Il racconto di un sogno come richiesta di contenimento nella terapia di gruppo. La via regia attraverso l'altro*. In Pines, M., Neri, C., Friedman, R. (a cura di) (2005), *I sogni nella psicoterapia di gruppo*. Borla, Roma.

Friedman, R. (2002), *Developing Partnership Promotes Peace: Group Psychotherapy Experiences*, in *Croatian Medical Journal*, Vol.43, 2, 141-147

Friedman R. (2004), *Dreamtelling as a request for containment-Reconsidering the Group-Analytic Approach to the Work with dreams*.in *Group Analysis*. Vol 37, 508-524

Friedman R. *Il racconto del sogno come richiesta di contenimento. L'approccio intersoggettivo ai sogni*. in www.funzionegamma.edu

Segnaliamo, anche, un workshop dal titolo: *Three Uses Of Dreams In Groups. Dream-telling as a request for containment*.

Il workshop, condotto da Robi Friedman, è organizzato dall'Institute of Group Analysis dal 3 al 4 aprile 2009. (info sul sito dell'Institute of Group Analysis, www.groupanalysis.org).

Il workshop ha per tema l'analisi di tre possibili modi di utilizzare il sogno in psicoterapia, informativo, formativo e trasformativo. L'attenzione è rivolta alla gruppoanalisi e alle teorie relazionali che hanno posto l'accento su due funzioni svolte dalla narrazione dei sogni, una funzione inconscia ed una intersoggettiva.

Il workshop prevede sessioni di approfondimento teorico e sessioni di lavoro esperienziale in assetto di large group e small group.